

Instituto Nacional de
Salud Pública



Informe Final

Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009

Gustavo Nigenda
Coordinador

Equipo de trabajo

Coordinador: Dr. Gustavo Nigenda

Responsable por componente:

Metodología. Dr. Javier Idrovo/ Dra Marta Caballero

Medicamentos. Dra. Veronika Wirtz

FPGC. Mtra. Belkis Aracena

Afiliación. Dra. Clara Juárez /Dra. Sandra Sosa

Caracterización REPSS. Dra. Luz María González

Recursos Humanos. Lic. José Arturo Ruiz

Investigadores:

Lic. Elizabeth Aguilar, Lic. Iván Gómez, Mtra. Jacqueline Alcalde, Dr. Javier Idrovo, Mtra. María Cecilia González.

Investigadores de campo:

Pastor Bonilla, Cristina Herrera, Nancy Mena, Ana Emilia Quiroz.

Coordinación Logística:

Lic. Rosa María Bejarano

Asesores:

Dr. Michael Reich, Dr. Jason Lakin, Dr. Miguel Angel González Block,

Mtro. Emanuel Orozco

Índice

I. Introducción	1
II. Antecedentes.....	4
II.1 Financiamiento del SPSS	4
II.2 Afiliación.....	7
II.3 Prestación de servicios	9
III. Evaluación del Sistema de Protección en Salud	12
IV. Metodología de la evaluación.....	17
Introducción	17
VI.1 Ámbito de la evaluación.....	18
IV.2 Tipo de evaluación	19
IV.3 Fundamentos del análisis	20
IV.5 Validación de los instrumentos	25
IV.6 Fuentes de información: levantamiento, procesamiento y análisis de los datos.	25
IV.7 Componentes e indicadores incluidos en la evaluación	34
IV.8 Formas de priorización	36
IV.9 Limitaciones de la evaluación	37
Capítulo 1. Caracterización del Régimen Estatal de Protección Social en Salud	39
Introducción	39
1. Metodología	41
2. Resultados	49
3. Discusión	72
4. Recomendaciones	75
Anexo I. Estructura y modificaciones a los Acuerdos de Colaboración, Acuerdos de Gestión, Convenios de Colaboración y Compra de Servicios Privados hasta 2009.....	77
Capítulo 2. Procesos de Afiliación del Sistema de Protección Social en Salud	90
Introducción	90
1. Metodología	94
2. Resultados	96
3. Discusión	115
4. Recomendaciones	117

Anexo I. Concentrado de opiniones sobre el proceso de afiliación al SPSS. Informantes centros de salud rural.....	120
Anexo II. Concentrado de opiniones sobre el proceso de afiliación al SPSS. Informantes centros de salud urbano.....	122
Capítulo 3. Procesos financieros y operativos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)	124
Introducción	124
1. Metodología	126
2. Resultados	131
3. Discusión	146
4. Recomendaciones	148
Capítulo 4: Procesos de compra y distribución de medicamentos	151
Introducción	151
1. Metodología del componente de medicamentos.....	156
2. Resultados	160
3. Discusión	178
4. Limitaciones	183
5. Recomendaciones	184
Anexo 1. Opinión sobre la compra masiva de medicamentos para todos los estados	190
Anexo 2: Clave de los 312 medicamentos incluidos en CAUSES	192
Capítulo 5. Procesos de contratación de recursos humanos con financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud.....	199
Introducción	199
1. Metodología	202
2. Resultados	204
3. Discusión	230
4. Recomendaciones	234

I. Introducción*

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es una política pública inédita en la historia de la salud en México. Se estructura alrededor de un sistema de aseguramiento dirigido a la población con necesidades de salud no cubiertas por las instituciones de seguridad social que tiene como fin garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud y proteger financieramente al hogar reduciendo el gasto de bolsillo.¹ Este seguro ofrece un paquete de servicios definido a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y su financiamiento proviene de tres fuentes: recursos federales, recursos estatales y el aporte de la población, según su nivel de ingreso, de lo que está exento los dos primeros deciles.²

La importancia del SPSS para la población radica en la certeza que provee a las familias saber que ante la enfermedad de uno de sus miembros, no tendrían que desembolsar para cubrir los servicios obtenidos y los medicamentos prescritos, pues estarán cubiertos por el SPSS. Para el sistema de salud, la importancia reside en que se abre la alternativa de una reasignación de fondos federales frescos a los estados a través del pago de una prima fija por familia de acuerdo a su nivel de ingreso. Este mecanismo incrementa sustancialmente los recursos financieros para la salud a nivel local y al mismo tiempo que busca romper con la inercia del subsidio a la oferta a fin de abrir la alternativa a las familias de utilizar los servicios que mejor les satisfagan.

Desde su implementación en el año 2003 se estableció la necesidad de evaluar este programa de manera permanente en cuanto a su organización, avances y dificultades, según la normativa publicada en el Diario Oficial de fecha 15 de marzo de 2002. A partir de entonces se han realizado diversas evaluaciones del Programa los cuales han incluido el estudio de sus procesos gerenciales (2005 - 2006). La última evaluación con éste enfoque fue realizada en el año 2007. Esta evaluación incluyó un conjunto de procesos a saber: a) atención a beneficiarios y gestión de servicios; b) operación de fideicomisos; c) separación de funciones; recursos humanos, d) plataforma tecnológica;

* Elaborado por: Gustavo Nigenda, María Cecilia González-Robledo

e) compra, distribución y financiamiento de medicamentos; f) afiliación; g) utilización de servicios; h) calidad y trato adecuado; i) gasto catastrófico y de bolsillo y j) resultados en salud.³

La CNPSS atendiendo una serie de recomendaciones realizadas en diversos escenarios implementó un conjunto de modificaciones en los procesos gerenciales, entre ellos uno de los más importantes, fue la recomendación para los estados sobre la definición de topes para el gasto de diferentes rubros a través del Anexo 4 del Acuerdo e Gestión denominado *Concepto de Gastos*. Este acuerdo establece los porcentajes recomendados para la compra de medicamentos (30%), la contratación de personal (40%) y para garantizar acciones de promoción, prevención y detección oportuna (20%) y otros como la “regularización” de los 70,000 trabajadores contratados en todos los estados con fondos del SPS que implicó el otorgamiento, a los trabajadores, de una serie de beneficios definidos por la Ley. En la actualidad es importante evaluar estos procesos a la luz de los efectos que pudieron haber tenido sobre la operación del sistema y el logro de sus metas.

La evaluación del Programa del 2009 incluyó nueve estados (Morelos, Querétaro, Hidalgo, Jalisco, Campeche, Zacatecas, Baja California y el Distrito Federal) y cinco tipos de procesos: a) estructura operativa del REPSS; b) procesos de afiliación al SPSS; c) procesos de compra de medicamentos; d) flujos financieros y procesos operativos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y e) el proceso de “regularización” de recursos humanos.

La elección de los temas y procesos que se evaluaron fue concertada con la DGED a partir de los resultados obtenidos en anteriores evaluaciones y debido a la relevancia que cada uno de ellos representa en el contexto de desarrollo del programa. En este sentido, la caracterización del REPSS se consideró importante en cuanto al rol que desempeña en la consecución de los objetivos del programa; la afiliación por ser el punto de entrada de la población al programa y por ser un determinante del volumen de recursos financieros para la operación del programa; el FPGC por tratar de identificar la

relación entre el volumen de recursos que transfiere con la capacidad de proteger a la población ante gastos hospitalarios de alta especialidad; la compra de medicamentos porque es una de las demandas más importantes que plantea la población para la recuperación de la salud y los recursos humanos por ser un componente que aglutina aspectos financieros y políticos que repercuten en el programa. Todos ellos además, han tenido modificaciones en sus procedimientos por diferentes razones ya expuestas, y que se explicarán dentro del capitulado.

En este informe se organiza de la siguiente manera. En primer lugar se plantean los antecedentes del Programa. En segundo se desarrolla los métodos, niveles de análisis y disciplinas que guiaron las acciones emprendidas para la actual evaluación. Posteriormente se presentan los resultados de la evaluación de la estructura de los diferentes REPSS y sus procesos gerenciales, destacando los cambios que se han presentado desde el 2007 que identifican avances y retos para el futuro. Después se analiza el proceso de afiliación y re-afiliación identificando avances, problemas y prácticas que contribuyan al aprendizaje compartido de los niveles involucrados (federal y estatal) en la operación del sistema. Se continúa con la descripción de los flujos financieros y los procesos operativos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Después de la revisión del FPGC se analizan los procesos de compra de medicamentos para medir el grado de cumplimiento de la normatividad vigente. Finalmente se presenta el proceso de “regularización” de recursos humanos con financiamiento del SPSS y sus posibles efectos sobre la prestación de servicios de salud y la viabilidad financiera del sistema.

Referencias bibliográficas

¹ Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud. Evaluación del Seguro Popular de Salud. Informe 2002. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/transparencia/informes/segpopular/eval_octubre2002_seg_pop.pdf

² Presidencia de la República. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección social en Salud del 5 abril de 2004. Disponible en: [http:// www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

³ Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de Procesos Administrativos. Primera edición. Septiembre 2008. P. 160

II. Antecedentes*

Las reformas implementadas en las últimas décadas en América Latina han tenido en la mira la mejora en el acceso, calidad, eficiencia y equidad de los servicios de salud para la población general. México no ha sido ajeno a estos cambios, en particular porque a inicios del nuevo milenio fue uno de los países con mayor porcentaje de gasto de bolsillo en salud en la región.¹

En el año 2001 se implementa en México el Programa Específico de Protección Financiera en salud cuyo propósito fue “sentar las bases para que todas las familias mexicanas tuvieran acceso a algún esquema que les garantizara protección financiera”; fue así como se creó un tercer seguro público de salud para los segmentos de población que no contaban con opciones para protegerse financieramente contra gastos en salud, denominado Seguro de Protección Social en Salud (SPSS).²

En el desarrollo de este programa, sin antecedentes en el país, se identifican tres fases: 1) **arranque** que se hizo a través de un piloto que afilió a más de un millón de personas entre 2001 y 2003 en cinco estados, 2) **expansión** que se logra en el 2005 momento en el cual 31 estados se habían incorporado a él y 3) **consolidación** que se inició en marzo de 2006 momento en el cual entra en operación el Consejo Nacional de Protección Social, como órgano colegiado consultivo de la Secretaría de Salud (SSA) respecto de las acciones del SPSS y que continua hasta la fecha (tabla 1).³

II.1 Financiamiento del SPSS

Históricamente las principales fuentes públicas de financiamiento para la atención a la salud de la población sin seguridad social en México han sido el ramo 12 salud, el ramo 33 a través del Fondo FASSA y marginalmente el presupuesto del IMSS Oportunidades.

* Elaborado por: María Cecilia González-Robledo, Gustavo Nigenda

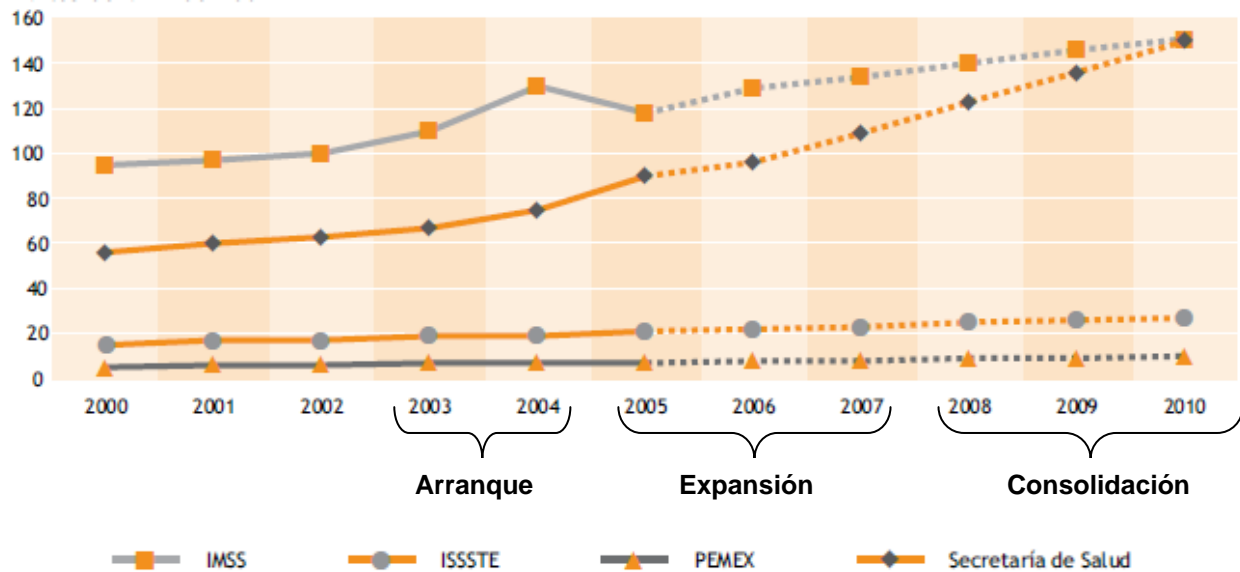
A partir de la implementación del SPSS en el 2004 y hasta el 2009, el gasto aprobado por los legisladores para los ramos 12 y para el FASSA ha crecido a una tasa media de crecimiento anual de 11.5% en términos reales disminuyendo la brecha entre el gasto en salud del IMSS y el gasto de la Secretaría de Salud, gracias a los recursos asignados al SP ^{4 5 6}

Tabla 1. Incorporación de entidades al Sistema de Protección Social en Salud

Años				
2001	2002	2003	2004	2005
Aguascalientes Jalisco Colima Tabasco Campeche	Baja California Baja California Sur Chiapas Coahuila Estado de México Guanajuato Guerrero Hidalgo Morelos Oaxaca Puebla Quintana Roo San Luis Potosí Sinaloa Sonora Tamaulipas Zacatecas	Michoacán Nuevo León Tlaxcala Veracruz	Querétaro Nayarit Yucatán	Chihuahua Distrito Federal Durango

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, México 2005

Tabla 2. Gasto en salud de la Secretaría de Salud y las instituciones de seguridad social, México 2000-2010



Fuente: Secretaría de Salud. PNS 2007-2012

Un elemento incorporado al Sistema de Salud en el 2004 fue el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) mediante el Artículo 77 Bis 29 de la Ley General de Salud,⁷ el cual cubría inicialmente cuatro intervenciones: Leucemia Linfoblástica, Cáncer Cérvico Uterino, Cuidados Neonatales, Tratamientos Ambulatorios de VIH/SIDA en niños y adultos.⁸ Para el 2007 al FPGC se agregaron las siguientes enfermedades: Cáncer de Mama, Tratamiento Antirretroviral de VIH/SIDA, Cataratas y los 10 principales tipos de cáncer en niños. En el 2007 también se adicionó la operación del Seguro Médico para una nueva Generación (SMNG).

El SMNG tiene como objetivo reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población de los recién nacidos; contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida; mejorar la salud de las familias de menos ingresos y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal. En la actualidad cubre 116 intervenciones.

II.2 Afiliación

Este proceso representa la vía de entrada al sistema. Su importancia se da en la medida en que es el medio por el cual se garantiza el acceso integral a los servicios públicos de salud y al financiamiento. Se considera relevante estudiar en la actualidad este proceso por varios motivos: el primero es que está por cumplirse el tiempo definido por la norma - 2010 -, en el que se llegará a la universalización del aseguramiento.⁹ Otra razón es debida a las modificaciones que se han llevado a cabo en esta administración sobre la prioridad de población a afiliar.

Los resultados de evaluaciones realizadas recientemente, muestran que en 2005 el SPSS cubría al 7% de la población. A finales del 2006 el programa cubría ya a casi cinco millones de familias, es decir más del 40% de la población no asegurada;¹⁰ en el 2007 esta cifra se incrementó en un millón de personas más alcanzando una cobertura del 47% (tabla 2) y en julio de 2009 se alcanzó la incorporación de 9.1 millones de individuos alcanzando una cobertura de 80% de la población no asegurada.¹¹

Tabla 2. Evolución de la cobertura de familias afiliadas al SPSS 2002 - 2007

Año	No. Familias afiliadas al SP
2002	295 511
2003	622 819
2004	1 563 572
2005	3 555 977
2006	4 636 362
2007	5 432 196

Fuente: Centro de Estudios de las Finanzas Pública
De la H. Cámara de Diputados.¹²

Las estrategias de afiliación y el tipo de población prioritaria sujeto de afiliación, han cambiado desde que se implementó el SPSS. Inicialmente las poblaciones prioritarias a afiliar eran las familias no aseguradas con mayores niveles de marginación pertenecientes a zonas rurales, las familias beneficiadas por programas prioritarios que buscan aliviar la extrema pobreza (Oportunidades, Liconsa) y las poblaciones

indígenas, no obstante, se presentaron obstáculos para este proceso debido a la falta de capacidad médica (infraestructura y personal) en estas zonas; condición que llevó a que la afiliación se enfocara a zonas urbanas. Hoy las poblaciones prioritarias son los recién nacidos (SMNG) y las mujeres embarazadas, no considerando la necesidad de protección de otros grupos vulnerables como los adultos mayores, migrantes, etc.

Las razones por las cuales se decidió sólo afiliarse a los recién nacidos y no a sus familias están basadas en la disponibilidad presupuestal, el cumplimiento programático de las metas anuales de afiliación y porque se planteó como estrategia para acelerar el descenso de las tasas de mortalidad infantil del país (así contribuyen al cumplimiento de objetivos estratégicos del PRONASA 2007-2012 y ODM, entre otros).¹³

II.3 Prestación de servicios

II.3.1 Los medicamentos

La compra de medicamentos es uno de los factores principales responsable del gasto de bolsillo de la población y sin duda alguna es el gasto que más afecta a la economía de las familias. Es por ello que el SPSS ofrece acceso a intervenciones en salud y medicamentos asociados que están incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

La evaluación de 2007 que se realizó sobre los procesos administrativos referentes a la adquisición y distribución de medicamentos mostraron que la introducción del SPSS se encontraba en diferentes fases en los estados de la República, de acuerdo con las condiciones específicas de cada estado y con los recursos financieros y humanos disponibles. En términos financieros, la proporción de gasto en medicamentos para el periodo del 2004-2006, correspondió al 13.3% (2 mil 954 millones de pesos) del gasto total del SPSS¹⁴ (información reportada por los entidades federativas a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). A partir de estos hallazgos y teniendo en cuenta recomendaciones derivadas de otras fuentes, surgieron modificaciones como por ejemplo la recomendación de tener un tope máximo del presupuesto de 30% para la compra de medicamentos y en la actualidad se explora la posibilidad de proponer compras consolidadas de medicamentos para todo el país.

Prácticas innovadoras en la compra de medicamentos se han observado en diferentes evaluaciones. Dos estados son de destacar. Uno es el estado de Querétaro donde constituyen un fondo con recursos que provienen del SPPS, Programa Oportunidades, Ramo 33 y aportaciones estatales para la compra de medicamentos, mostrando niveles muy altos de satisfacción por surtimiento completo de recetas. Un segundo caso a destacar es el estado de Jalisco, donde la contratación del sector privado para la compra y distribución de medicamentos ha generado resultados positivos. Las ventajas descritas por los actores son la eficiencia y rapidez en la entrega del medicamento al usuario, el ahorro en costos de almacenamiento y la garantía en el surtimiento completo

de recetas.¹⁵ Establecer los procesos de gestión que hicieron de éstos, procesos exitosos, justifica la evaluación de este componente.

II.3.2 Recursos Humanos

La incorporación de personal de salud a los servicios públicos para atender a la población cubierta por el SPPS se realizó mediante la contratación bajo la modalidad temporal por honorarios. No obstante por iniciativa de la Secretaría de Salud federal en conjunto con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público e integrantes del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, en el año 2007 se inició un proceso para mejorar la situación laboral del personal de salud conocido como *regularización del personal de salud en condición precaria* y que se implementó durante los años 2008-2009, buscando cubrir alrededor de 70 mil trabajadores. El financiamiento de este proceso pese a ser negociado con dinero de la Secretaría de Hacienda, tuvo que ser asumido por el SPSS, situación que ha introducido nuevos retos para el Programa. En este sentido, la presente evaluación recupera el tema de los recursos humanos centrándose en el proceso de regularización y algunos de sus efectos.

La “regularización” de los recursos humanos representa un proceso gerencial con alto contenido político donde los actores interesados mostraron visiblemente sus preferencias y capacidad para guiar el curso de los hechos. Este es un tema con dos claras aristas. La primera relacionada al derecho de los trabajadores a gozar de condiciones laborales de acuerdo a los fundamentos legales y la segunda, relacionada al papel que los trabajadores de la salud juegan, como factor productivo, en el desempeño del sistema y en el logro de sus objetivos.

Referencias bibliográficas

- ¹ Nigenda G. El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro. Nota técnica de salud No. 2/2005. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://www.iadb.org/sds/doc/SOCSeguroPopularSalud.pdf>
- ² Secretaría de Salud. Programa de Acción: Protección Financiera En Salud. Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/protfinan.pdf>
- ³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud Comunicación y Participación Social. Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud. Documento disponible en: http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGraISP.pdf
- ⁴ Fundar, Centro de Análisis e Investigación. Tendencias del Gasto en salud y en Infraestructura Sanitaria. Sf. Documento disponible en: <http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/tendenciasdelgasto.pdf>
- ⁵ Frenk J, Gómez-Dantés O, Knauth F. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. Bull World Health Organ 2009;87:542–548
- ⁶ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición, 2007. Disponible en: <http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pnscap1.pdf>
- ⁷ SEGOB. Sexto Informe de Gobierno, México 2006
- ⁸ http://www.senado.gob.mx/sqsp/gaceta/60/1/2007-04-10-1/assets/documentos/datasalud/2_2.html
- ⁹ H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Artículo Octavo de los Artículos Transitorios de Decretos de Reforma, 15 de mayo de 2003. P. 119 Disponible en: <http://www.consejomexicano.org.mx/documents/lgs.pdf>
- ¹⁰ Panel “Salud y Protección Social”. Foro Internacional sobre Políticas Públicas para el Desarrollo de México. BID, CEPAL, CIDE, OCDE, PNUD. 7 de febrero de 2007, Ciudad de México
- ¹¹ Secretaría de Salud. Segundo informe de gobierno 2009.
- ¹² H. Cámara de diputados LX Legislatura. Comité del centro de estudios de las finanzas públicas Centro de estudios de las finanzas públicas. Salud 2007 – 2008. Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0792007.pdf>
- ¹³ Hospital Infantil de México Federico Gómez. Evaluación del SMNG 2008. Componente I. Diseño.
- ¹⁴ SSA-INSP. Evaluación de los procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica, Secretaria de Salud, 2008.
- ¹⁵ INSP – Secretaría de Salud. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007. Resumen Ejecutivo. Primera edición, 2008.

III. Evaluación del Sistema de Protección en Salud

Dado que el Sistema de Protección Social en Salud dejó de ser una estrategia para convertirse en una política pública y un programa federal, el poder ejecutivo tiene como obligación que instancias externas a la Secretaría de Salud evalúen al programa tal y como se expone en el artículo 77 Bis 5, apartado A, fracción XVII y apartado B, fracción VI de la Ley General de Salud, así como el artículo 74 del Reglamento.

La evaluación formal al SPSS inició en el año 2005ⁱ. Desde entonces la Secretaría de Salud ha realizado evaluaciones periódicas de diagnóstico, monitoreo y supervisión entre las áreas responsables de la operación del Sistema y de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, quien se encarga de contratar a instituciones externas para asistir en este compromiso con base en la normatividad de la administración pública federal. De 2005 a la fecha las evaluaciones al SPSS se han enfocado a diferentes componentes, la selección de éstos responde la mayoría de las veces a solicitudes de la propia Secretaría de Salud o de la Comisión Nacional de Protección Social en salud.

Asimismo, desde el 2005 los indicadores a evaluar han estado enfocados a la prestación de servicios, mecanismos y procedimientos de afiliación, compra y abastecimiento en medicamentos y a procesos, financiamiento y efectos del SPSS. Cada una de esas evaluaciones ha tenido fuentes de información diversas, sin embargo han predominado la Encuesta Nacional de Salud, Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud, Encuesta Estatal de Protección Financiera, entrevistas a funcionarios, actores clave y grupos focales con población usuaria.

El objetivo principal de la evaluación externa del Sistema de Protección Social en Salud es analizar, a través de diversos indicadores, el avance y eficiencia en la consecución de las metas en el corto, mediano y largo plazo para identificar los procedimientos exitosos así como detectar los problemas para ajustar la implantación de la reforma.

ⁱ Desde 2003 se practicaron evaluaciones al Seguro Popular sin carácter formal.

Las tres primeras evaluaciones al SP prácticamente se concentraron en aspectos del componente operativo. Para la correspondiente al 2005-2006 se abarcaron puntos relacionados con componentes de impacto por ejemplo en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias (medición de los cambios en sus condiciones de salud) y cambios relacionados con la protección contra gastos catastróficos. La evaluación del año 2007 abarcó casi la totalidad de los componentes del SP: recursos humanos, afiliación, medicamentos, FPGC, separación de funciones y efectos en salud.

En el año 2005 y 2006 el diseño de la evaluación estuvo a cargo de la Universidad de Harvard, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. En esta ocasión, la evaluación se enfocó en los componentes de financiamiento, procesos gerenciales, efectos en la reducción del gasto catastrófico y las condiciones de salud de la población afiliada.

Para el 2007, la Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud la llevó a cabo el Instituto Nacional de Salud Pública bajo acuerdo con la Dirección General de Evaluación del Desempeño. La evaluación del SPS estuvo destinada al análisis de los procesos estratégicos en el financiamiento y operación del SPS, así como los efectos de la implementación del mismo en la transparencia de la asignación financiera, la calidad, la capacidad gerencial y disponibilidad de los recursos para la salud. La evaluación se llevó a cabo en las treinta dos entidades federativas.

En cada entidad se realizaron entrevistas con funcionarios clave de los Servicios Estatales de Salud y de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), a nivel gerencial y operativo, así como a usuarios del programa. A continuación se enlistan los temas que se evaluaron durante el 2007:

1. Atención a beneficiarios del FPCGC
2. Operación de fideicomisos
3. Separación de funciones
4. Recursos humanos
5. Plataforma tecnológica
6. Volumen de gasto de medicamentos
7. Afiliación
8. Utilización
9. Calidad y trato adecuado
10. Gasto catastrófico y de bolsillo
11. Efectos en salud

De acuerdo a King y colaboradores, utilizando datos de la evaluación 2005 - 2006, no es posible probar la existencia de mejoras significativas en las condiciones de salud, el acceso a medicamentos, la utilización de servicios y cambios en el perfil epidemiológico de la población afiliada al SPSS.¹ Los autores también argumentan fundamentalmente que el poco tiempo transcurrido entre el inicio del programa (etapa de consolidación) y la evaluación de impacto, podría estar determinando la no identificación de efectos. No obstante, desde la evaluación del SPSS en 2007 se observó la existencia de una gran heterogeneidad de modalidades de estructura y operación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) así como de los mecanismos que estos despliegan para asignar fondos y vigilar la forma en la que las unidades receptoras los utilizan para comprar medicamentos o contratar personal. Esta heterogeneidad gerencial y las ineficiencias asociadas a ella podrían estar teniendo un efecto sobre la no identificación de cambios y de ahí la importancia de su evaluación.

Desde 2008, y en parte considerando las recomendaciones de la evaluación 2007, la CNPSS ha introducido algunas medidas para buscar regular la forma en la que se ejercen los recursos. En el anexo 4 de los acuerdos de gestión se establecen porcentajes recomendados para la compra de medicamentos (30%) y la contratación de personal (40%). Asimismo, en 2008 se inició la “regularización” de los 70,000

trabajadores contratados en todos los estados con fondos del SPS. Esta regularización implicó el otorgamiento de una serie de beneficios definidos por la ley a los trabajadores con cargo al presupuesto del SPS y el pago de cuotas sindicales de todos los trabajadores. No obstante el acuerdo de regularización implica la contratación y recontratación del personal en períodos anuales sin derecho a permanencia definitiva. Los efectos en la gerencia de los recursos humanos regularizados no se conocen, sin embargo es previsible que el proceso haya al menos implicado un aumento en el costo de los contratos.

En el caso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, para la evaluación 2007 incluía 12 intervenciones. A la fecha esas intervenciones han aumentado en volumen incluidas las del Seguro para una Nueva Generación. El aumento en el número de intervenciones probablemente haya representado un aumento en el volumen de recursos financieros asignados por el fondo. Por otra parte, desde la evaluación 2007 se observó que la cadena de procesos iniciada por la construcción de casos, su referencia a la CNPSS, su valoración por esta instancia y su pago implican enormes dificultades que no parecen haber sido resueltas en los últimos dos años por lo que su evaluación resulta importante.

En la evaluación 2007 no se identificó el proceso de asignación de los fondos del CAUSES desde el nivel federal al estatal y al interior del nivel estatal. Se sabe a partir de observaciones no sistematizadas que existen diversas formas de entregar los recursos por parte del nivel federal y que esta decisión depende de las autoridades estatales. Es posible pensar que la no recepción de fondos directamente en el REPSS puede generar retrasos en la asignación a las unidades prestadoras e ineficiencias.

La forma en la que se estructuran los REPSS y su operación es decisión de las entidades mismas. En teoría los REPSS son el elemento fundamental que motiva la separación de la función de financiamiento de la función de prestación de servicios y se supone que a mayor autonomía de los REPSS mayor capacidad de operación bajo criterios técnicos. En la evaluación de 2007 se observó que la mayor parte de los

REPSS están supeditados funcionalmente a la jerarquía de la Secretaría de Salud Estatal independientemente de su estatus jurídico. No obstante se sabe que en algunos estados se ha buscado desarrollar un modelo de autonomía de operación del REPSS. De este hecho derivó que la evaluación 2009 se centrara en identificar las razones por las cuáles se busca este tipo de cambio y en aquellos estados donde la autonomía funcional ha avanzado, identificar qué beneficios ha generado.

El objetivo general de esta evaluación fue evaluar los procesos gerenciales seleccionados del SPSS a fin de obtener información que ayude a su redefinición y contribuya a que el sistema actúe de manera más eficiente y efectiva.

Los objetivos específicos fueron:

- a. Caracterizar la estructura del SPSS, identificando las fortalezas y debilidades de dicha estructura.
- b. Evaluar el proceso de afiliación al SPSS
- c. Evaluar el proceso de compra de medicamentos
- d. Evaluar los procesos financieros y operativos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).
- e. Evaluar el proceso de contratación de recursos humanos con financiamientos del SPSS.

Referencias bibliográficas

¹ King G; Gakidou E; et al. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. Lancet 2009; 373: 1447–54

IV. Metodología de la evaluación*

Introducción

Dado el interés de esta evaluación por profundizar en algunos temas gerenciales relacionados con los procesos que realiza el SPS, considerados como importantes y ante la posibilidad de identificar a partir de la pasada evaluación en 2007, se decidió seguir la misma aproximación metodológica. Es decir, se conceptualizó al SPS como un programa que cuenta con recursos (humanos y financieros), procesos, productos (como acceso, administración y calidad), y efectos, enmarcados dentro de un conjunto de condiciones sociales, culturales, económicas, políticas y legales específicas¹ que caracterizan la República Mexicana.

Desde el inicio del programa piloto, se establecieron procesos de evaluación para proporcionar información que enriqueciera la propia implementación. Al momento de la creación del Sistema de Protección Social en Salud, y registrado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se elaboró un marco de evaluación integral, que incluye los componentes financiero, gerencial y de impacto. A la fecha se han realizado diferentes ejercicios de evaluación que han comprendido los tres componentes comprometidos. Considerando que la última evaluación de impacto se realizó en 2005-2006 y que la próxima evaluación de impacto se podría llevar a cabo en los próximos dos años, se decidió que el ejercicio de evaluación 2009 del SPSS tuviera un marcado enfoque gerencial que busque dar respuesta a algunos interrogantes planteados en las evaluaciones pasadas, en especial la realizada en 2007.

En este capítulo se describe la estrategia general de evaluación a partir de la utilización de diseños mixtos; sin embargo, especificidades de cada método se puede encontrar en los capítulos respectivos. De esta manera se incorporaron múltiples perspectivas, métodos, múltiples niveles y múltiples disciplinas, que guiaron las acciones

* Elaborado por : Marta Caballero, Javier Idrovo

emprendidas para la actual evaluación. Primero, se listarán los objetivos perseguidos, así como el ámbito y tipo de evaluación. Posteriormente se describirán los fundamentos que guiaron el análisis usado, las fuentes de información generadas y utilizadas, tanto cualitativas como cuantitativas, y finalmente, algunas acciones específicas realizadas en cada uno de los componentes. Se finaliza con algunas formas de priorización y las limitaciones de dicha evaluación. De esta manera, la presente evaluación incluyó una amplia variedad de métodos de investigación, con aproximaciones cualitativas y cuantitativas, en los niveles local, estatal y federal, e incorpora las perspectivas de múltiples participantes en el sistema de salud.

VI.1 Ámbito de la evaluación

La evaluación se llevó a cabo en nueve entidades federativas y en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en el nivel federal. Entre septiembre y noviembre de 2009 se recolectó información en estas nueve entidades; en una primera etapa: Morelos, Distrito Federal, Hidalgo, Querétaro y Guerrero; y en una segunda etapa: Baja California, Jalisco, Campeche y Zacatecas. Cabe señalar que en el estado de Morelos se pilotearon los diferentes instrumentos utilizados en la evaluación, y en una segunda visita, se recolectó información útil para el análisis. Estos estados fueron seleccionados teniendo en cuenta que no se contaba con los recursos para incluir a todos los estados, pero buscando tener una aproximación que caracterizara a la variedad de experiencias estatales en la puesta en acción del Seguro Popular de Salud, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

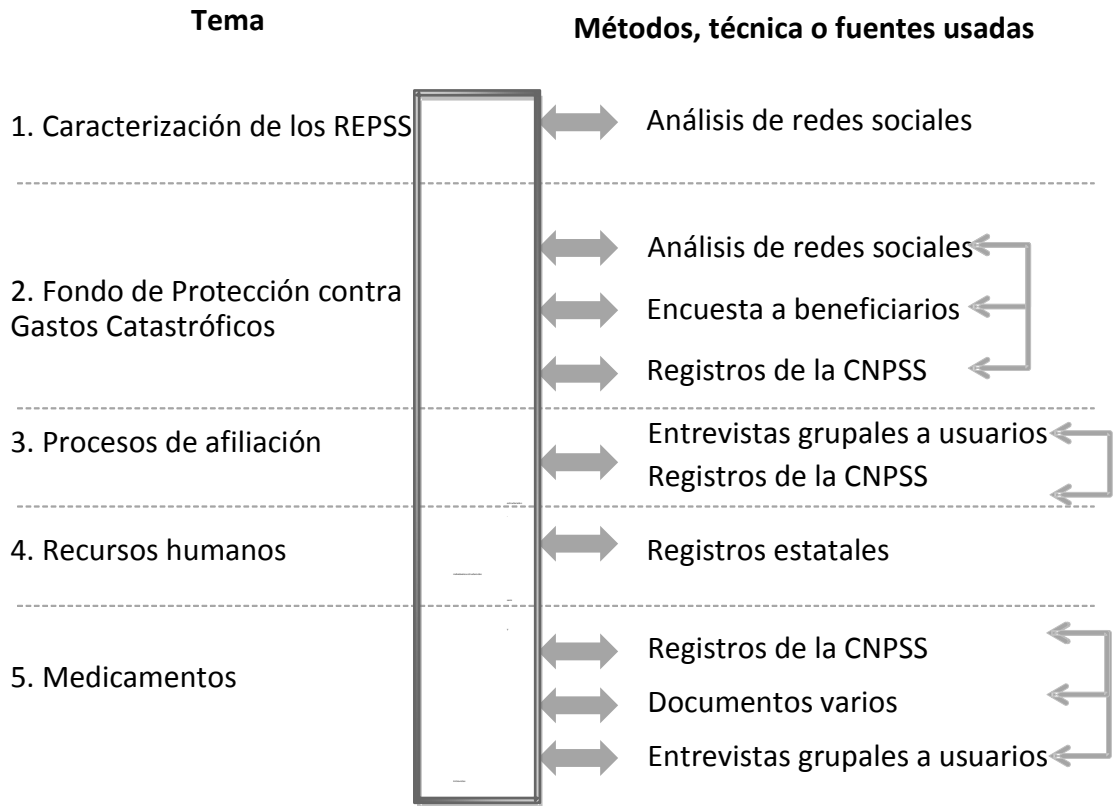
Tabla 1. Criterios usados para seleccionar los estados participantes en la evaluación del SPS 2009

Entidad federativa	Criterio de selección				
	Forma Jurídica del REPSS	Desempeño previo	Ubicación geográfica	Tiempo de incorporación	Mezcla público - privada
Baja California	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Campeche	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Distrito Federal	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Guerrero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Hidalgo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Jalisco	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Morelos	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Querétaro	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Zacatecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

IV.2 Tipo de evaluación

La presente evaluación se centró en el seguimiento de procesos y sus resultados intermedios. Con fundamento en la aproximación adoptada para este trabajo, esta evaluación incluyó los apartados que se encuentran ilustrados en la Figura 1 y desarrollados en el siguiente apartado. Dada la complejidad inherente a este tipo de estudios, para facilitar la comprensión primero se abordaran los principales fundamentos del análisis, seguidamente se describirán las fuentes de información usadas, tanto para el análisis cualitativo como el cuantitativo. Más adelante se detallarán los métodos de análisis usados para cada una de las temáticas abordadas.

Figura1. Diseño general de la evaluación



IV.3 Fundamentos del análisis

El tipo de estudio elegido para esta evaluación corresponde a un diseño mixto, o que incorpora componentes cualitativos y cuantitativos. Este tipo de estudios ha venido tomando acogida en los últimos 20 años, entre investigadores, principalmente de las ciencias sociales². Si bien cuando se usan conjuntamente métodos cualitativos y cuantitativos se suele hablar de triangulación metodológica, en realidad ésta corresponde solo a un tipo específico de aplicación de los métodos mixtos. Una clasificación más general³ reconoce varios tipos de diseños mixtos (tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de los diseños mixtos (basado en Greene, 1989).

Diseño de estudio	Característica principal
1. Triangulación	Busca la convergencia, corroboración o correspondencia de resultados obtenidos con diferentes métodos.
2. Complementariedad	Busca la elaboración, realce, ilustración y/o clarificación de resultados obtenidos con un método, con los resultados obtenidos con los otros métodos.
3. Desarrollo	Busca usar los resultados obtenidos con un método para ayudar el desarrollo o información de otro método; permite definir tipos de muestreo, implementación de acciones o las opciones óptimas de medición.
4. Iniciación	Busca el descubrimiento de paradojas y contradicciones, nuevas perspectivas de marcos teóricos, la reformulación de preguntas o resultados obtenidos con un método, con preguntas o resultados de otro método.
5. Expansión	Busca ampliar la amplitud y rango de la investigación, usando diferentes métodos para los diferentes componentes.

En esta evaluación del SPS se usaron algunos de estos diseños en diferentes componentes de la evaluación, tal y como se resume en la siguiente tabla:

Tabla 3. Diseño general de la evaluación del Sistema de Protección Social, México 2009

Componente	Diseño	Características principales
Caracterización del REPSS	Complementariedad	Se realizaron entrevistas a encargados, y se complementó la información con un análisis cuantitativo de redes sociales (medidas de centralidad) para indagar la estructura del REPSS y las Secretarías estatales de salud. Adicionalmente se describen los montos transferidos por la CNPSS a los estados.
FPGC	Complementariedad y expansión	Se usaron entrevistas a encargados, un análisis de flujos financieros y un análisis cuantitativo de redes sociales (medidas de centralidad) para comparar la normatividad con la práctica.
Recursos Humanos	Triangulación y complementariedad	Se usaron los registros estatales de recursos humanos y entrevistas a encargados. Los métodos estadísticos incluyeron correlaciones de Spearman y diagramas de dispersión con

Componente	Diseño	Características principales
		intervalos de confianza de 95% entre registros estatales de recursos humanos y registros del REPSS.
Afiliación	Complementariedad	Entrevistas a encargados y entrevistas grupales a usuarios. Análisis de registros de afiliación.
Medicamentos	Complementariedad	Se usaron los registros estatales de compra de medicamentos disponibles en la página web de la CNPSS y la información con entrevistas a encargados y a grupos de usuarios. Se usó estadística descriptiva y para la interpretación de los datos se complementó la información cuantitativa con la obtenida en las entrevistas y los documentos consultados.

IV.3.1 Descripción del análisis cualitativo

Dado que se planteó llevar a cabo una evaluación de procesos y resultados intermedios del SPS y recuperar tanto conceptos y experiencias como percepciones e interpretaciones de los funcionarios involucrados en la implementación y el funcionamiento del Seguro Popular, se consideró que una gran parte de la metodología empleada debía ser cualitativa. Esta evaluación cualitativa se centró en obtener información de primera mano sobre la forma en que se están llevando los procesos administrativos y de gestión, los funcionarios participantes en dichos procesos, sus formas de participación, la forma en la cual los funcionarios de la SSA, la REPSS y las unidades de salud han sido afectados por la implementación del SPS, así como visualizar las debilidades y fortalezas detectadas para su adecuado desempeño. Es bien sabido que cuando se persiguen este tipo de objetivos de evaluación, los métodos cualitativos juegan un papel fundamental. ⁴

Como se ha señalado en la bibliografía especializada⁵, el valor de la investigación cualitativa no radica en la explicación estadística de sus hallazgos sino en la posibilidad de profundizar en la comprensión de los procesos sociales estudiados incluidos los que

se llevan a cabo en instituciones públicas. La evaluación buscó caracterizar las variaciones en las ideas, vivencias, significados y percepciones de los *actores clave* involucrados en los procesos del SPS, así como la lógica de esas variaciones.⁶

IV.3.2 Descripción del análisis cuantitativo

En esta evaluación se usaron diversos métodos cuantitativos, que para fines de simplicidad pueden ser agrupados en dos grupos. Por un lado, están los que se usaron cuando el análisis se fundamentó en registros del REPSS, las SESAs o la CNPS; éstos son recolectados de manera sistemática como parte de los procesos de funcionamiento del SPS. Por el otro lado, están los que fueron explícitamente diseñados por el equipo evaluador para dar respuesta a los objetivos propuestos. El análisis de los del primer grupo incluyó estadística descriptiva, figuras y correlaciones. A continuación se explicarán los del segundo grupo, que por su complejidad mayor requieren mayor detalle.

IV.3.2.1 Análisis de redes sociales

Este tipo de análisis cuantitativo⁷ se realizó en dos componentes de la evaluación: la caracterización de los REPSS y las gestiones del FPGC. En el primer caso el objetivo fue realizar un análisis formal de la estructura del REPSS, en su relación con los SESAs. Durante la evaluación de 2007 se puso en evidencia que no existía una clara separación de funciones de financiamiento y prestación de servicios de salud⁸; es decir, que muchas decisiones no se toman de manera autónoma por el REPSS, sino que se ven influenciadas por uno o varios funcionarios de diferentes niveles jerárquicos de las SESAs. Para este análisis, se solicitó a los estados o se buscaron por la internet los organigramas del REPSS, la SESA, y en algunos estados, de todas las instituciones públicas. Dado que el grado de detalle de los organigramas institucionales fue diferente, para los análisis posteriores sólo se incluyeron las dependencias o cargos más altos, siempre evidenciando la direccionalidad de los tramos de autoridad entre éstos.

En la evaluación del SPS de 2007, realizada por el INSP, se pudo evidenciar que los procesos de gestión de los REPS y las SESAS relacionados con el FPGC (*i*)

acreditación de unidades, *ii*) notificación y validación de casos, *iii*) solicitud de fondos al FPGC, *iv*) aprobación de los casos y envío de fondos a los estados, y *v*) reembolso a las unidades de salud) se realizan de manera variada. Hubo estados donde las relaciones se limitan a lo estrictamente definido en las normas de la CNPSS, en otros hay apoyo entre el REPS y la SESA, mientras en otros parece existir relaciones de disputa o competencia entre estas instituciones⁹.

Pese a existir un Manual de Operación para la notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos¹⁰, no existe un seguimiento estricto a los procesos de gestión normados. Los hallazgos mostraron claramente que cada estado tiene procesos particulares, y no ha sido posible definir si hay una mejor manera de ejecutar dichos procesos. Por esta razón, el objetivo de este componente fue el de analizar formalmente la forma en la que se realizan las gestiones relacionadas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) dentro de cada uno de los estados. En este caso se realizó un análisis de redes sociales en el que la construcción de las redes conformadas por los procesos de gestión, se fundamentó en la técnica de muestreo de “bola de nieve”, donde cada nodo o informante indicó quienes son los nodos o informantes siguientes (en algunos casos también los previos). Este procedimiento se inició con un gestor médico de cada estado, y fue repetido con cada uno de los informantes identificados hasta encontrar quien se encargaba de enviar la información a la Comisión Nacional. En términos técnicos, el muestreo se realizó siguiendo los preceptos de Doreian & Woodard¹¹ y Burt & Ronchi¹².

En ambos análisis con los diagramas generados con este muestreo se generaron matrices en Excel®, siendo las dependencias los nodos de la red, las cuales luego fueron analizadas con el programa para análisis de redes sociales UCINET¹³. Los resultados se resumieron en grafos resumen de cada estado y de nivel de todo el SPS, junto a medidas de centralidad (grado, proximidad y mediación), que indican el poder de cada nodo y medidas generales de la estructura de la red (densidad).

IV.5 Validación de los instrumentos

Para la validación de los instrumentos se realizó una prueba piloto en el Estado de Morelos, en la que investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) entrevistaron, previo consentimiento del Secretario de Salud estatal, a funcionarios del REPSS, la Secretaría Estatal de Salud y algunas instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entrevistas fueron grabadas, con el objetivo de realizar un análisis que permitiera llevar a cabo los ajustes y correcciones pertinentes a las preguntas, antes de la aplicación a nivel federal y de las ocho entidades federativas seleccionadas.

Una vez realizada la prueba piloto se efectuaron reuniones con los investigadores responsables del diseño de instrumentos en las que se analizaron y discutieron los resultados obtenidos, procediéndose a la modificación de preguntas, rediseño de cuestionarios y guías de entrevista, diseño de máscaras de captura, y definición de acciones y lineamientos, en términos de logística, a tener en cuenta en cada estado.

IV.6 Fuentes de información: levantamiento, procesamiento y análisis de los datos

Teniendo en cuenta los fundamentos del análisis, el paso siguiente fue definir a detalle las fuentes disponibles de información y los métodos específicos de recolección de la información, procesamiento y análisis requeridos en cada caso particular. A continuación se describirán el muestro, el levantamiento y sus técnicas, procesamiento y análisis de las fuentes de información, tanto para los análisis cualitativos como cuantitativos.

IV.6.1 Métodos de investigación

Fueron seleccionados cinco procesos del Sistema de Protección Social en Salud: Caracterización del REPSS, Afiliación, Compra de medicamentos, Procesos financieros y operativos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y Contratación de Recursos Humanos con financiamiento del SPSS. Para la evaluación

de los procesos seleccionados se utilizaron dos tipos de metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa, y diversos tipos de técnicas de recolección de información: a) revisión documental, b) encuesta estructurada, c) entrevistas semiestructuradas, y d) entrevistas grupales (tabla 4).

Tabla 4. Resumen de la metodología para la evaluación del SPSS 2009

Característica	Cuantitativa	Cualitativa
Muestra	Por conveniencia	Por criterio Bola de nieve
Técnica recolección Información	Consulta de registros	Entrevista estructurada Entrevista Grupal
Fuentes	<u>Primaria:</u> Funcionarios del nivel estatal y federal de los REPSS y SS <u>Secundarias:</u> Documentos Página Web SPSS	<u>Primarias:</u> Funcionarios del nivel estatal y federal de REPSS y SS y usuarios.
Análisis de información	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Integración de bases de datos (Excel®) ◆ Análisis mediante estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión) ◆ Análisis de correlaciones ◆ Análisis mediante estadística inferencial (proyecciones) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Generación de matrices por componente y según informante ◆ Selección de ideas centrales y secundarias. ◆ Análisis documental ◆ Análisis de redes sociales.

El uso de métodos cuantitativos permitió establecer la magnitud de las variables de interés, o establecer relaciones entre las mismas variables. En contraste, el análisis cualitativo se consideró importante en virtud a la relevancia de recuperar conceptos, experiencias, significados y percepciones de los funcionarios participantes en la aplicación y el funcionamiento del SPSS. Este tipo de análisis busca caracterizar las variaciones en las ideas, vivencias, significados y percepciones de los actores clave que intervienen en los procesos del SPSS y en la lógica de tales variaciones. Además, con esta información se buscó relacionar de diversas formas los datos obtenidos de las diversas fuentes de información para construir una visión general, sustentada y

detallada de los procesos a fin de realizar recomendaciones que ayuden a su redefinición y contribuya a que el sistema mejore su desempeño.

IV.6.2 Organización de los temas de la evaluación

Como se señaló anteriormente, en los términos de referencia se identificaron cinco temas para la Evaluación del SPS. El proceso de obtención de la información, el diseño y levantamiento de las entrevistas y las entrevistas grupales, y el análisis de la misma, se inició teniendo en cuenta estos cinco temas. De acuerdo a las especificaciones de los actores clave, su formación y puesto de responsabilidad; la entrevista puso énfasis más en temas específicos, a excepción del Director del REPSS, a quien de acuerdo al diseño de su guía de entrevista se le solicitó que opinara sobre una mayor variedad de temas (tabla 5).

Tabla 5. Componentes e informantes participantes

Componente	Informante
Caracterización del REPSS	Director REPSS Director Administración y Financiamiento REPSS Director de Gestión de Servicios de Salud
FPGC	Director de Administración de Hospitales 2º y 3º nivel Encargado del FPGC del REPSS
Recursos Humanos	Director REPSS Gestor Médico Director de Recursos Humanos Personal Operativo (Médicos/Enfermeras)
Afiliación	Director REPSS Director de Afiliación y Operaciones Usuarios
Medicamentos	Responsable Compras medicamentos REPSS Director de Administrador y Finanzas SESA

IV.6.3 Selección de Informantes clave

Para determinar los informantes clave en primer lugar se realizó una categorización de los niveles en que opera el Seguro Popular y los roles que cada uno desempeña. Se consideraron tres niveles; en primer lugar el nivel federal que ejerce la función de rectoría y que define los lineamientos nacionales para la implementación de SPS. Segundo, el nivel estatal que es el que se encarga de gestionar y operar el Seguro Popular en el ámbito de cada estado, y el nivel local que cumple las funciones de prestación y/o entrega de servicios de salud según el CAUSES y el FPGC.

Una vez determinados los tres niveles de exploración de la operación del Seguro Popular se seleccionaron los informantes clave. El criterio principal para definir el informante clave fue la posibilidad de encontrar respuestas –basadas en experiencia- a las preguntas en uno o más componentes o temas. Los criterios específicos para la selección de dichos informantes fueron:

1. Ser funcionario del REPSS encargado de la gestión y operación del sistema en la entidad federativa.
2. Ser funcionario Federal o estatal de los Servicios de Salud Público.
3. Conocer en profundidad los procesos de gestión y administración del financiamiento, compra de servicios de salud, manejo del FPGC y rendición de cuentas.
4. Estar dispuesto a participar en la evaluación.

De acuerdo a los criterios señalados, en este sentido los informantes clave que se seleccionaron fueronⁱ:

Del nivel federal:

- ◆ Director General de Administración y Finanzas (CNPSS)
- ◆ Subdirector de Gestión y Transferencia de Recursos de la Dirección General de Administración y Finanzas (CNPSS)

ⁱ De acuerdo a la entidad el cargo del informante cambió.

- ◆ Subdirector de Seguimiento y Aplicación de los Recursos de la Dirección General de Administración y Finanzas (CNPSS)
- ◆ Director General de Gestión de Servicios de Salud (CNPSS)

Del nivel estatal:

- ◆ Director del REPSS
- ◆ Subdirector de Gestión de Servicios de Salud
- ◆ Subdirector de Administración y financiamiento
- ◆ Subdirector de Afiliación y Operación
- ◆ Director y/o subdirector de Administración y Finanzas de los Hospitales de tercer nivel.
- ◆ Gestor médico
- ◆ Responsable del proceso de compra de medicamentos por parte de Seguro Popular en cada de las entidades federativas seleccionadas.
- ◆ Director de Recursos Humanos del SESA
- ◆ Responsable de la Comisión de Regularización de Recursos Humanos del SESA

Otra técnica de muestreo utilizada fue la “bola de nieve” para el análisis de las gestiones relacionadas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

IV.6.4 Técnicas y fuentes de recolección de información

Diversas técnicas de recolección de información fueron empleadas para la evaluación. Estas son:

Entrevistas estructuradas que se aplicaron a **informantes del nivel estatal**, las cuales están integradas por preguntas cerradas y cuando la situación lo ameritaba, se solicitó justificación, aclaración o complementación de la respuesta para lo cual se dejaron espacios abiertos para que los entrevistadores registrasen lo que el informante manifestó.

Entrevistas estructuradas que se realizaron a **funcionarios de alto nivel directivo del ámbito federal** mediante guías de entrevistas, con la finalidad de recopilar información, opiniones y percepciones acerca de diversos tópicos generales y particulares propios del SPSS.

Análisis documental que comprendió el procesamiento analítico-sintético de manuscritos, oficios, registros, expedientes etc., en un contexto específico; en este sentido el proceso consistió en seleccionar los enunciados relevantes de un documento a fin de expresar su contenido sin ambigüedades para recuperar la información en él contenida y producir información relevante para la evaluación propuesta¹⁴.

Entrevistas grupales en las que se indagó sobre las barreras que enfrenta la población en los proceso de afiliación y reafiliación al Seguro Popular de Salud, el cual fue realizado en una zona rural y otra urbana por estado. Se abordaron, entre otros, los siguientes puntos sobre afiliación: conocimiento sobre requisitos para afiliarse, requisitos que tienen mayor dificultad para la afiliación, tipo de documentos difíciles de obtener, tipo de trámite y documento con el que concluye la afiliación, opiniones sobre el proceso de afiliación y reafiliación (tiempos de espera, tiempo dedicado, tipo de documentos, decil de ingreso asignado), conocimiento sobre el proceso de reafiliación, principales dificultades para reafiliarse y opinión sobre los periodos de reafiliación. Estas entrevistas a la población también incluyeron aspectos relacionados con el abastecimiento de medicamentos y el grado de satisfacción asociado.

Las fuentes de información utilizadas para la evaluación fueron primarias (entrevistas estructuradas, semiestructuradas y a profundidad) y secundarias (documentos e información disponible en la Web). La siguiente tabla presenta un resumen de las técnicas de recolección de información, instrumentos, informantes y tipo de información recolectada.

Tabla 6. Técnicas de recolección de la información, instrumentos e informantes de acuerdo a los objetivos de la evaluación, usados en las entidades federativas.

Técnica de recolección de información	Instrumentos	Informantes	Información suministrada
Entrevista estructurada	Guía estructurada	Director de REPSS	Opinión general sobre el funcionamiento del REPSS, sus principales problemas y retos, con énfasis en temas referidos a la estructura orgánica, procesos de gestión y administración del financiamiento, compra de servicios, rendición de cuentas y costos de transacción generadores de ineficiencias. El proceso de RRHH incluyó la determinación del volumen de personal contratado con recursos del SPSS en 2008 y 2009, identificar los criterios de contratación de personal con recursos del SPSS, obtener información sobre el volumen y tipo de personal contratado, sobre el paquete de intervenciones del CAUSES, e identificar los efectos de la condición laboral (particularmente el personal regularizado) sobre el desempeño de los recursos humanos contratados por el Seguro Popular
	Cuestionario	Subdirector de Gestión de Servicios de Salud (REPSS)	Opinión general sobre el proceso de gestión y administración de los recursos financieros, rendición de cuentas y costos de transacción generadores de ineficiencias sus principales problemas y retos, haciendo énfasis en aspectos de transferencia de fondos de la CNPSS a los REPSS, regulación y estructura orgánica.
	Cuestionario	Subdirector de Administración y financiamiento (REPSS)	Opinión general sobre el proceso de compra de servicios de salud y costos de transacción generadores de ineficiencias los principales problemas y retos haciendo énfasis en aspectos de mecanismos de contratación, pago y supervisión de proveedores, regulación y estructura orgánica. En el proceso de RRHH deberá determinar el volumen de personal contratado con recursos del SPSS en 2008 y 2009, e identificar los criterios de contratación de personal con recursos del SPSS.

Técnica de recolección de información	Instrumentos	Informantes	Información suministrada
	Cuestionario	Director y/o subdirector de Administración y Finanzas de los Hospitales de tercer nivel	Opinión general sobre el proceso de gestión y administración de los recursos financieros, rendición de cuentas y costos de transacción generadores de ineficiencias, sus principales problemas y retos, haciendo énfasis en aspectos de transferencia de fondos de la CNPSS a los REPSS, regulación y estructura orgánica.
Entrevista Estructurada	Cuestionario	Director de RRHH de SESA	Identificar el volumen de personal contratado con recursos del SPSS en 2008 y 2009, así como los criterios de contratación de personal con recursos del SPSS,
	Cuestionario	Director de Comisión de Regularización de RRHH SESA	Caracterizar los criterios de contratación de personal con recursos del SPSS, e identificar los efectos de la condición laboral (particularmente el personal regularizado) sobre el desempeño de los recursos humanos contratados por el Seguro Popular
	Cuestionario	Gestor médico SESA	Identificar el volumen y tipo de personal contratado, Identificar los efectos de la condición laboral (particularmente el personal regularizado) sobre el desempeño de los recursos humanos contratados por el Seguro Popular y determinar el nivel de conocimiento e identificación con el SPS por parte del personal contratado.
	Cuestionario	Responsable del proceso de compra de medicamentos REPSS	Se indagará sobre: los mecanismos y responsables de la selección de medicamentos para la compra por entidad y la organización y los procesos de compra con el fin de establecer: el perfil de los responsables de la selección de medicamentos; los criterios de selección de medicamentos; las razones para seleccionar medicamentos fuera del CAUSES; la temporalidad de las licitaciones; la frecuencia de licitaciones por año; el número de contratos con terceros; los tipos de contrato; los obstáculos principales que impiden la compra eficiente de medicamentos y los cambios principales en los mecanismos de compra de medicamentos.

Tabla 7. Técnicas de recolección de la información, instrumentos e informantes de acuerdo a los objetivos de la evaluación, usados en la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud.

Entrevistas semiestructurada	Guía entrevista	de	Director General de Administración y Finanzas (CNPSS)	Describir el proceso de transferencia de fondos del nivel federal al estatal e identificar los principales obstáculos tanto de la CNPSS como de los estados para que los dineros lleguen oportunamente.
			Subdirector de Gestión y Transferencia de Recursos de la Dirección General de Administración y Finanzas (CNPSS)	Describir los diversos pasos que se llevan a cabo en el nivel federal para la transferencia de fondos a nivel estatal e identificar los principales obstáculos que se presentan para realizarlo oportunamente.
			Subdirector de Seguimiento y Aplicación de los Recursos de la Dirección General de Administración y Finanzas (CNPSS)	Explorar la homogeneidad en los criterios de transferencia de fondos hacia las entidades federativas e identificar obstáculos en el proceso.
			Director General de Gestión de Servicios de Salud (CNPSS)	Explorar los principales obstáculos y problemas que presentan los REPSS para la compra de servicios de salud y la rendición de cuentas.

IV.6.5 Procesamiento y análisis de la información recolectada

El análisis cuantitativo de datos, de la información generada en las encuestas estructuradas y el análisis documental, fue capturada y procesada en bases de datos para su análisis en Excel®. Una vez estructuradas y limpias dichas bases, fueron procesadas en el paquete computacional Stata® v. 10 o UCINET® v. 6.02. En un primer momento se analizó la información obtenida a través de estadística descriptiva

(medidas de tendencia central y de dispersión) y luego fueron utilizadas medidas de correlación y estadística inferencial, las cuales fueron complementadas con la información suministrada por los informantes en las preguntas abiertas para construir una explicación más detallada de hallazgos encontrados.

Para el análisis de la información cualitativa recogida en el trabajo de campo se pidió a los investigadores de campo que al finalizar una entrevista individual o grupal anotaran en una matriz sistematizada y clasificada según componente y por informante, los aspectos más relevantes que el informante había reportado a lo largo de la entrevista con el fin de reducir al máximo los tiempos del proceso de sistematización de información, generar datos concretos y analizarlos de manera casi simultánea al levantamiento en campo de la información. A partir de estas matrices de resumen se generaron nuevas matrices de vaciado de la información según etapa de recolección de los datos en los nueve estados, por componente y por informante. Así los analistas podían tener una información general pero estructurada, recabada en cada estado en relación al SPSS y los 5 componentes de la evaluación.

IV.7 Componentes e indicadores incluidos en la evaluación

A continuación se listan los principales indicadores evaluados, para cada uno de los componentes de la evaluación:

IV.7.1 Caracterización del SPSS

1. Describir el diseño y organización de los REPSS.
2. Análisis cuantitativo formal de la situación jurídico-administrativa.
3. Análisis comparativo de las entidades seleccionadas.
4. Caracterización de los procesos de transferencia de fondos de la CNPSS a los REPSS

IV.7.2 Proceso de afiliación al SPSS

1. Análisis de los avances en el proceso de afiliación al SPSS por entidad
2. Caracterización de las familias afiliadas al SPSS
3. Identificación de las principales barreras para la afiliación al SPSS

IV.7.3 Proceso de compra de medicamentos

1. Análisis de los mecanismos de compra de medicamentos en los REPSS
2. Identificación de los procesos de compra de servicios en los REPSS
3. Caracterización de los costos de transacción en los REPSS generadores de ineficiencias en el uso de recursos
4. Cuantificación y comparación de los precios de compra entre entidades

IV.7.4 Procesos financieros y operativos del FPGC

1. Identificación de los procesos de transferencia de fondos a las entidades
2. Descripción de los mecanismos de compra de servicios
3. Caracterización de los costos de transacción de la transferencia de fondos del FPGC a las unidades prestadoras generadores de ineficiencias
4. Análisis de los flujos de información entre actores participantes.

IV.7.5 Proceso de contratación de recursos humanos con financiamiento del SPSS

1. Determinación del volumen de personal contratado con recursos del SPSS en 2008 y 2009
2. Identificación de la relación entre el volumen y tipo de personal contratado y el paquete de prestaciones del CAUSES.
3. Identificación de los efectos de la condición laboral (particularmente el personal regularizado) sobre el desempeño de los recursos humanos contratados por el Seguro Popular

4. Determinación del nivel de conocimiento e identificación con el SPSS por parte del personal contratado.

IV.8 Formas de priorización

Teniendo como fundamento las necesidades de la SSA, se consideró que la importancia de los resultados obtenidos durante la evaluación varía en el funcionamiento y los resultados esperados con el SPS. Sin embargo, para definir la prioridad de las recomendaciones que surgen de los análisis se incorporó también el criterio de la solidez de los resultados; es decir, que ante algunos temas se tiene más seguridad de los resultados, y por tanto de las recomendaciones que se pueden hacer. Esto se resume en la siguiente figura:

Figura 2. Priorización de los resultados de la evaluación del SPS 2009.

		Importancia	
		Alta	Baja
Solidez de los resultados	Alta	1	3
	Baja	2	4

Respecto a la solidez de los datos, se consideró una escala entre una y tres cruces; siendo esta última la que corresponde a la mayor solidez. *A posteriori* se hizo la siguiente clasificación: 1) caracterización de los REPSS: +++, 2) Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: ++, 3) procesos de afiliación: ++, 4) recursos humanos: ++, y 5) medicamentos: ++.

IV.9 Limitaciones de la evaluación

Esta evaluación del SPS tuvo limitaciones que es importante poner en evidencia, para así ponderar de manera adecuada los resultados obtenidos. La mayoría de éstas estuvieron relacionadas con tres factores: el tiempo, los recursos disponibles, y la ayuda brindada por los funcionarios estatales. Dado que el proyecto de evaluación fue ejecutado en un período menor a seis meses (desde su planeación hasta la entrega de resultados finales), sólo se tuvo la posibilidad de estar en cada entidad federativa durante cinco días hábiles; en algunas entidades fue necesario dedicar más días para completar la recolección de información. De esta manera, el apoyo brindado por los diversos funcionarios estatales y de la CNPSS resultó ser fundamental.

Así mismo, la crisis económica coyuntural así como los impactos de la epidemia de influenza AH1N1 tuvieron como efecto un recorte en el presupuesto originalmente destinado para la evaluación. De esta manera, sólo se tuvo acceso a la información que estuviese disponible en medio físico o electrónico, y a la brindada por los funcionarios que estuviesen presentes los días en que el equipo de investigadores recolectó la información. En este sentido, la evaluación debe considerarse como transversal en el tiempo, y es probable que no haya sido posible recabar algunas características y procesos específicos en algunos de los estados visitados.

En varias ocasiones no fue posible obtener información, tal cual era requerida por los investigadores; esto fue más frecuente en aquellos casos en que se necesitaba información detallada que involucraban la forma en que se ejercía algún tipo de manejo financiero y de la compra de medicamentos. Estos casos se pondrán de manifiesto explícitamente en el capítulo correspondiente a cada uno de los componentes.

Referencias

- ¹ Finn T. A guide for monitoring and evaluating population-health-environment programs. Chapel Hill, NC: USAID / Measure Evaluation; 2007.
- ² Greene JC. Is mixed methods social inquiry a distinctive methodology? *J Mix Meth Res* 2008; 2:7-22.
- ³ Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educ Eval Pol Anal* 1989; 11:255-74.
- ⁴ Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods* 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1990.
- ⁵ Morgan D. *Focus groups as qualitative research*. London: Sage Publications; 1988.
- ⁶ Kitzinger J. Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ* 1995;311:299-302.
- ⁷ Borgatti S, Everett M, Freeman L. *Ucinet for Windows: software for social network analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies; 2002.
- ⁸ González LM, Nigenda G, González-Block MA, Caballero M, Gómez P, Duarte MB, Cuadra M. Separación de funciones. En: González-Block MA, Nigenda G (investigadores principales). *Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos administrativos*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008:53-69.
- ⁹ Aracena B, Herrera C, Idrovo AJ, Avila L, Nigenda G. Operación de fideicomisos. En: González-Block MA, Nigenda G (investigadores principales). *Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos administrativos*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008:33-52.
- ¹⁰ Comisión Nacional de Protección Social en Salud / Dirección general de Gestión de Servicios de Salud / Dirección de Administración de Planes / Subdirección de Gestión de Gastos Catastróficos. *Seguro popular. Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos. Manual de operación*. México DF: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; 2009.
- ¹¹ Doreian P, Woodard KL. Defining and locating cores and boundaries of social networks. *Social Networks* 1994; 16:267-93.
- ¹² Burt RS, Ronchi D. Measuring a large network quickly. *Social Networks* 1994; 16:91-136.
- ¹³ Borgatti S, Everett M, Freeman L. *Ucinet for Windows: software for social network analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies; 2002.
- ¹⁴ Clauso García, Adelina y Antonio Carpallo, *Manual de Análisis Documental: Supuestos prácticos de Monografías*, Editorial EUNSA, Ediciones Universidad de Navarra, 2008.

Capítulo 1. Caracterización del Régimen Estatal de Protección Social en Salud *

Introducción

El capítulo presenta un panorama general del estado actual de la estructura, organización y funcionamiento de los Regímenes de Protección Social en Salud (REPSS) en nueve estados de la república. De la adecuada operación de estas dependencias, deriva el éxito del desempeño del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en su conjunto y por ende del objetivo esencial del sistema: llevar a cabo una protección financiera que resguarde la salud y el patrimonio de las familias que no cuentan con aseguramiento en salud.

Resultados obtenidos en la evaluación de 2007 indicaron avances en la operación de los REPSS. Estos se identificaron a partir de su capacidad de comprar servicios de salud mediante el desarrollo de acuerdos de gestión entre autoridades y prestadores dentro de una misma institución y entre agencias financiadoras y prestadores de servicios médicos de diferentes instituciones con base en contratos de prestación de servicios. Otros elementos importantes que evidenciaron avances en la capacidad de gestión de los REPSS fueron la capacidad gerencial para conformar la red de prestadores, suscribir acuerdos y contratos, establecer las formas de pago y aplicar mecanismos de supervisión y control. Sin embargo, los avances y el grado de desarrollo de cada dependencia fueron diferenciales entre las diversas entidades federativas, fenómeno asociado principalmente a la capacidad gerencial y técnica de los directivos en turno de los REPSS y los SESA.¹

El principal hallazgo de la evaluación de 2009 es la inercia en la que se encuentran la mayoría de los REPSS estudiados para cumplir con las funciones marcadas por la ley.

* Elaborado por: Luz María González-Robledo, Gustavo Nigenda, Iván Gómez, Javier Idrovo, María Cecilia González-Robledo

Existen diversos obstáculos normativos, técnicos, políticos y gerenciales para gestionar y administrar de manera adecuada los recursos financieros del sistema y para coordinar de manera oportuna, eficiente y sistemática la provisión de los servicios de salud. Son escasos los mecanismos con los que cuentan los REPSS para ofrecer incentivos a los prestadores de la red pública para transferir eficientemente los recursos, así como también escasos son los instrumentos que les permiten sancionar el incumplimiento de los acuerdos de gestión suscritos entre autoridades y prestadores dentro de la misma institución. Se encontraron progresos en la organización y operación de algunos de los REPSS estudiados, mayor conocimiento y experiencia en el manejo del marco jurídico-normativo por parte de los funcionarios de nivel directivo y mandos medios del REPSS, así como mejores competencias del personal operativo para la realización de las diversas funciones. También se encontraron ajustes en varios de los instrumentos jurídico-normativos (leyes, reglamentos, convenios, acuerdos) dirigidos a conciliar la contraposición de algunas disposiciones federales con la normativa estatal, evitar discrepancias en la interpretación de las normas y en el caso particular del anexo IV del Acuerdo de Coordinación, establecer criterios de asignación presupuestal para mejorar el uso de los recursos financieros del sistema.

Los objetivos que se plantean desarrollar en este componente son: a) proporcionar evidencia sobre el cumplimiento del marco jurídico que sustenta el funcionamiento de los REPSS e identificar aciertos y obstáculos de su aplicación que estén alterando la operación, b) identificar los elementos de estructura y organización de los REPSS que les permiten una mejor operación, c) caracterizar los procesos de transferencia de fondos del ámbito federal a los estados y al interior de las entidades federativas y el proceso de coordinación de la prestación de los servicios de salud (en el marco de la separación de funciones) identificando los principales obstáculos que se presentan para el cumplimiento de los objetivos estipulados por ley, d) confrontar los resultados de la operación de los REPSS de los estados estudiados con vistas a identificar las mejores prácticas para la consecución de los objetivos del sistema.

1. Metodología

1.1 Marco Normativo que sustenta el funcionamiento del REPSS

Como parte de la sección de metodología se consideró incluir una revisión amplia del marco normativo que sustenta la operación y funcionamiento de los REPSS en virtud a que se usa como referencia para guiar tanto la descripción y análisis de resultados y la discusión.

De acuerdo con el marco operativo del SPSS, la implantación del sistema en las entidades federativas requiere la separación administrativa y de gestión entre una instancia responsable directamente de la prestación de los servicios y otra que ejerza las funciones de financiamiento y presupuestación por resultados de dichos servicios.²

Los REPSS se conciben, entonces, como la unidad o instancia del nivel estatal responsable de la operación del SPSS.³ Su creación se deriva de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGS-PSS) y la firma de los Acuerdos de Coordinación entre el ejecutivo federal y los SESA.

El artículo tercero del RLGS-PSS, establece que **los REPSS son estructuras administrativas dependientes de los SESA**, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el cumplimiento de las siguientes funciones: a) promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados, b) administración y gestión de los recursos financieros y, c) coordinación de la prestación de servicios.⁴

Con la implantación de los REPSS, el SPSS promueve la separación de las funciones de financiamiento y prestación de servicios de salud en los estados. El SPSS concibe la separación de funciones como una relación contractual: la entidad financiadora -en este caso los REPSS- compra servicios de salud a la red de prestadores públicos a través de la firma de acuerdos de gestión y a la red de proveedores privados con base en contratos de prestación de servicios. La suscripción de estos documentos jurídicos se

convierte en el instrumento clave para asignar y transferir recursos en función del número de afiliados y de la cantidad y tipo de servicios prestados en los tres niveles de atención acordes con la oferta de servicios del Sistema.⁵

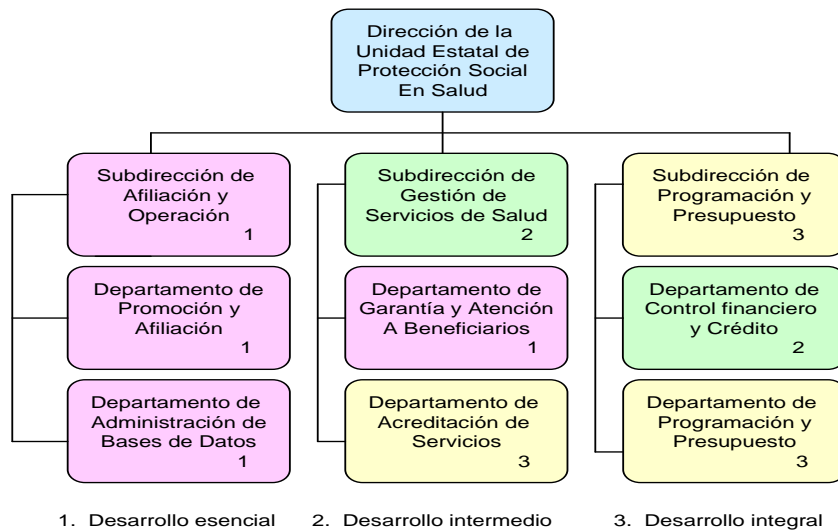
Esta separación de funciones, considerada por las autoridades de salud del país como un elemento crítico para el adecuado funcionamiento del sistema, tiene su fundamento en el cambio de la lógica de financiamiento: pasar del subsidio a la ofertaⁱ al subsidio a la demanda,ⁱⁱ es decir, implantar el pago por resultados. De acuerdo con lo señalado por González Pier *et al* (2006) para lograr esta separación de funciones se requiere de instrumentos, capital humano y experiencia que le permita a las entidades federativas reorganizar a los prestadores estatales de salud⁶

Desde la instauración del marco operativo del SPSS, el nivel federal propuso un modelo de estructura organizacional para los REPSS en la que incluyó al menos tres niveles de funciones. En el nivel 1 aparecen las áreas que resultan esenciales para que el REPSS responda a sus responsabilidades primarias (afiliación y operación, promoción, administración de bases de datos y atención a beneficiarios). El nivel 2 corresponde a áreas de responsabilidad intermedia (control financiero y de crédito y gestión de servicios de salud). Por último, el nivel 3 refuerza el cumplimiento de las responsabilidades esenciales a nivel operativo.⁷ (Figura 1)

ⁱ **Subsidio a la oferta:** se define como la transferencia directa de recursos fiscales a las entidades públicas encargadas de prestar los servicios de salud para financiar las acciones de salud. El subsidio a la oferta está dirigido al productor del bien al que se le transfieren los recursos independientemente del volumen, calidad y costo de la prestación de los servicios.

ⁱⁱ **Subsidio a la demanda:** procedimientos de asignación presupuestaria que contempla el traspaso de fondos mediante un pago per cápita, para que cada afiliado elija la entidad, pública o privada, que les resulte más apropiada según sus preferencias personales para recibir atención en salud. En este caso la persona subsidiada es la que posee el poder de negociación con el proveedor para exigir la mejor calidad en el servicio. Este tipo de subsidio busca facilitar el acceso de la población pobre y vulnerable a servicios que son ofrecidos a través de entidades públicas o privadas, con el fin de aumentar la cobertura y procurar una mayor calidad y eficiencia del servicio prestado a estos grupos.

Figura 1. Modelo de estructura de la Unidad Estatal de Protección Social en Salud (actualmente REPSS). Secretaría de Salud 2004



Fuente: Tomado de Secretaría de Salud 2006

En el presente capítulo se abordarán los procesos de administración y gestión de los recursos financieros y coordinación de la prestación de los servicios de salud. El proceso de afiliación de las familias al sistema, se analiza en un apartado posterior por lo cual no se hará mención de esta función en el presente capítulo.

Gestión y administración de recursos financieros.

El Reglamento en materia de Protección Social en Salud establece que la transferencia de recursos federales (por concepto de cuota social y aportación solidaria federal) queda condicionada a la entrega de información por parte de las entidades federativas, relativa a: i) la congruencia del Padrón con los recursos enviados al principio del trimestre; ii) el envío de un oficio que documente el pago de la aportación solidaria estatal por parte de la entidad federativa a la CNPSS y iii) la información sobre el ejercicio de los recursos. Esta información debe ser entregada trimestralmente a la instancia federal.

Concomitantemente, la normativa establece como causas para la suspensión de las transferencias económicas a las entidades federativas: a) la falta de comprobación del pago de la aportación solidaria estatal, b) el uso distinto a lo establecido en la ley de los recursos financieros asignados al SPSS, c) la ausencia de información sobre el ejercicio de los recursos del SPSS por parte de la entidad federativa, y d) el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones pactadas en el Acuerdo de Coordinación.⁸

Entre las acciones que realizan los REPSS para la gestión y administración de los recursos financieros del sistema se encuentran:

- Gestionar y administrar los recursos federales y estatales
- Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares y las cuotas reguladoras
- Gestionar la transferencia de recursos a los prestadores de los servicios médicos, así como los recursos interestatales y de gestión por contrato
- Generar información y promover la evaluación, a través de actividades de supervisión y seguimiento, de la operación del SPSS en su área de competencia.

La periodicidad de la transferencia de recursos federales a las entidades federativas por concepto de cuota social y aportación solidaria federal se encuentra normado por ley, fijándose de forma trimestral, condicionado al cumplimiento de los requisitos establecidos en el reglamento, por parte de las entidades federativas.

Coordinación de la provisión de los servicios de salud

La normatividad del sistema establece que los REPSS no deben prestar servicios de salud. Así, la prestación de los servicios está a cargo de las unidades de atención médica que forman parte de la red de prestadores de los servicios estatales de salud.

Conforme a lo establecido por el marco jurídico-normativo, los REPSS deberán realizar diversas acciones para garantizar una coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la prestación de los servicios como se señala a continuación:

- Garantizar, de manera directa, a través de los establecimientos de la red pública de atención la prestación de los servicios de salud a la persona que se derivan del catálogo de servicios esenciales y de intervenciones de alta especialidad.
- En forma indirecta, la prestación de los servicios se garantiza mediante convenios de colaboración con otras entidades federativas o con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, utilizando el sistema de referencia y contrarreferencia de la estructura de los servicios y considerando a estos establecimientos médicos como redes de servicios.
- Establecer criterios homogéneos mediante la suscripción de convenios de gestión con los establecimientos para la atención médica de la entidad federativa. Mediante este instrumento se asignarán los recursos a los prestadores de servicios en función del cumplimiento de parámetros de calidad, cobertura, evaluación y seguimiento.
- Promover el abasto oportuno de medicamentos mediante convenios de gestión; y Determinar y financiar conjuntos complementarios de servicios, los cuales serán sustentados en los acuerdos de coordinación correspondientes y que responderán a las necesidades específicas que en materia de salud tenga cada entidad federativa.⁹

Instrumentos jurídicos

La estructura normativa del SPSS se compone de una extensa variedad de instrumentos jurídicos que regulan su funcionamiento. Hacen parte de estos instrumentos las Leyes, Decretos, Reglamentaciones, Ordenanzas, Normas Oficiales, Acuerdos, Convenios, Contratos, entre otros, tanto del ámbito federal como estatal.

El cumplimiento de las funciones del REPSS se respalda, particularmente, en cinco instrumentos jurídicos: i) Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Federación y los Estados; ii) Acuerdos de Gestión entre el REPSS y los prestadores públicos de salud; iii) Contratos de Colaboración Interinstitucional; iv) Contratos entre el REPSS y prestadores privados y. v) Acuerdos Interestatales de Colaboración y Coordinación. En la tabla 1 se establecen las características de cada uno de ellos.

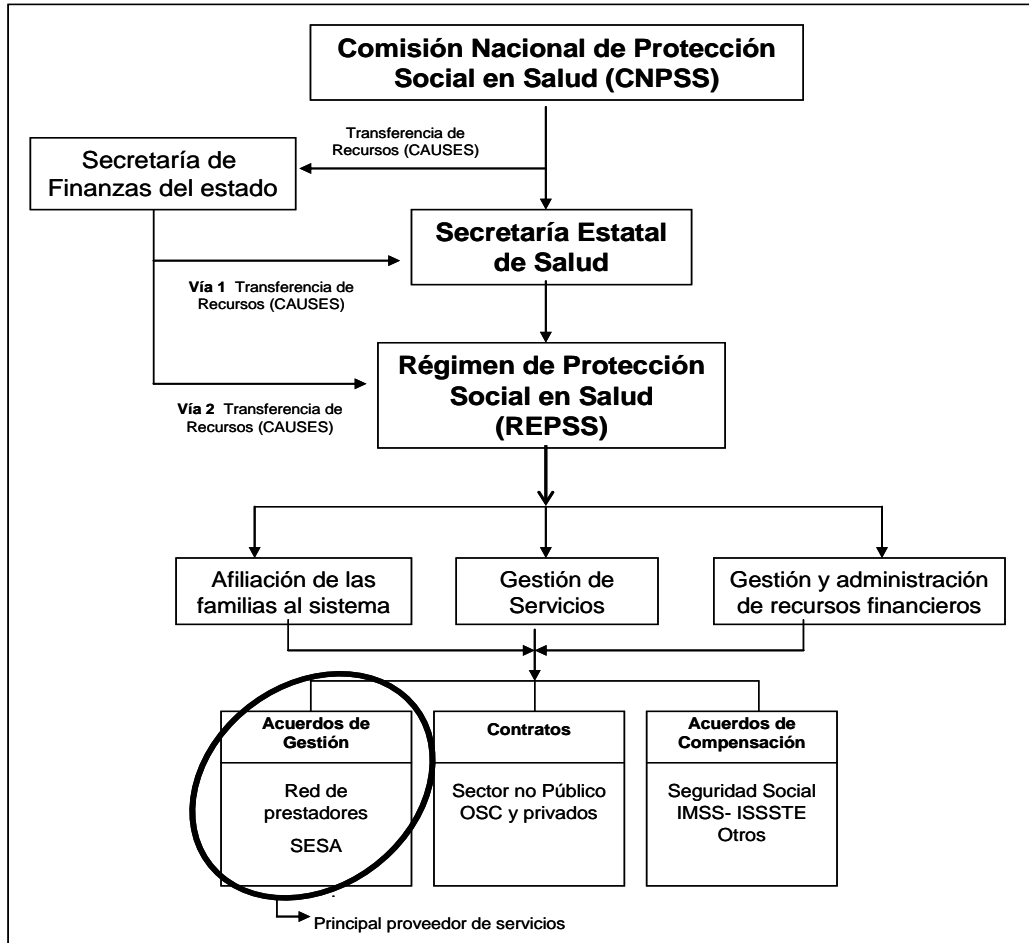
Tabla 1. Definición, objeto y características de los acuerdos, convenios y contratos entre autoridades de salud, financiadores y prestadores de servicios

Instrumento Jurídico	Características
Acuerdo de Coordinación (AC) entre la Federación y los Estados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento jurídico que permite la transferencia de recursos del orden federal a los estados. ➤ Se orienta a establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución del SPSS en la entidad federativa en los términos que la normatividad vigente determina. ➤ El articulado establece: las partes involucradas, antecedentes, objeto del acuerdo, obligaciones de las partes, prestación de los servicios, incorporación de beneficiarios al sistema, recursos financieros, rendición de cuentas, medidas de colaboración, causas de suspensión de las transferencias y solución de controversias. ➤ Contiene Anexos que definen las intervenciones cubiertas por el sistema, las metas de afiliación, los recursos presupuestales y más recientemente el concepto del gasto.
Acuerdo de Gestión (AG) entre el REPSS y los prestadores públicos de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento que permite fortalecer el proceso de separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de servicios de salud. ➤ Mecanismo a través del cual dos dependencias de la misma institución acuerdan establecer relación para proporcionar servicios de salud (generalmente los SESA) a cambio de una compensación monetaria (REPSS). ➤ Las cláusulas que rigen los compromisos varían en su número dependiendo del tipo de unidad con la cual se establezca el AG (i.e. Jurisdicción Sanitaria, Hospital Regional). En términos generales establece: antecedentes, compromiso de las partes, recursos, sistemas de pago y comprobación, acciones de seguimiento y monitoreo, evaluación, calendarios y plazos, condiciones de calidad de los servicios, terminación anticipada, vigencia, anexos y en algunas ocasiones incluyen incentivos por productividad y penalizaciones.
Convenios Interinstitucionales (CI).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De carácter local de colaboración dentro de una entidad federativa entre el REPSS y algún tipo de unidad de atención principalmente OPD o instituciones de la seguridad social (aunque no se ha presentado en este último caso).
Contratos con prestadores privados (CP)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generalmente se realizan para complementar la red de prestadores de servicios en aquellas áreas donde es insuficiente la oferta de servicios públicos.
Acuerdos Interestatales de Colaboración y Coordinación (AICC)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento que favorece la portabilidad de derechos en el territorio nacional. ➤ Tiene como objetivo establecer un sistema de cooperación entre las diferentes entidades federativas para la prestación del SPSS. ➤ Establece los montos y las características de la transferencia de recursos por concepto de otorgamiento de servicios a afiliados de otras entidades federativas.

Fuente: información documental recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la evaluación del SPSS, 2009.

En la figura 2 se presenta esquemáticamente la organización del SPSS tomando como base el marco normativo.

Figura 2. Organización del SPSS



Fuente: Secretaría de Salud 2006

1.2 Especificaciones metodológicas

El acopio y análisis de información para la construcción del capítulo, incluyó técnicas cualitativas y cuantitativas. Se utilizaron diversas fuentes de información (primarias y secundarias) las cuales permitieron obtener un amplio rango de datos, así como de conocimientos, percepciones y actitudes de los informantes sobre los temas de estudio. Esta diversidad de fuentes e informantes también permitió contrastar y clarificar continuamente la información.

- Fuentes primarias: entrevistas semiestructuradas a funcionarios de nivel directivo de la CNPSS (Dirección General de Financiamiento y Dirección General de Gestión de Servicios de Salud), REPSS (Dirección General, Dirección de Gestión de Servicios de Salud, Dirección de Administración y Finanzas) y SESAS (Director Financiero). Se entrevistaron 5 funcionarios del ámbito federal y 11 del estatal.
- Fuentes secundarias: incluyeron leyes, normas, reglamentos, convenios, acuerdos, contratos, manuales de funcionamiento y organigramas de los REPSS. Estos documentos dan cuenta del marco jurídico-normativo y operacional de los REPSS.

Las estrategias de triangulación y complementariedad en el análisis de la información, derivada de las diferentes fuentes, contribuyeron a profundizar el conocimiento sobre la operación de los REPSS, su capacidad para cumplir con las funciones fijadas por la ley, así como a identificar aciertos y obstáculos que están alterando su adecuado funcionamiento.

Con el propósito de realizar un análisis formal de la estructura y organización de los REPSS, se efectuó un análisis de redes sociales fundamentado en la “intermediación” de las actividades de los REPSS respecto a otras instancias de decisión. Ésta es una medida de centralidad que sirve para evaluar la capacidad de gestión. Para ello se solicitó a cada una de las nueve entidades federativas sus organigramas (REPSS y SESA) y se generó una matriz simétrica. El análisis se realizó con el programa UCINET 6.232.¹⁰

2. Resultados

Tomando como base los objetivos propuestos en el capítulo, los resultados se estructuran en tres apartados de la siguiente manera: 1) adecuación y cumplimiento del marco jurídico que sustenta el funcionamiento de los REPSS. Esta sección señala algunas de las principales modificaciones suscitadas a nivel normativo e instrumental realizado en los últimos años, así como algunos de los obstáculos que persisten en materia de regulación para el adecuado funcionamiento de los REPSS. 2) Separación de funciones. Se subdivide en dos secciones: separación de funciones entre autoridades de salud y agencias financieras y separación de funciones entre agencias financieras o autoridades de salud y proveedores. La sección busca identificar los elementos de estructura y organización de los REPSS que les permiten una mejor operación, así como caracterizar los procesos de transferencia de fondos y de coordinación de la prestación de los servicios de salud. También se identifican los principales obstáculos que presenta el REPSS para el cumplimiento de sus objetivos. 3) Análisis comparativo de los REPSS de las entidades seleccionadas. Tiene por objeto confrontar los resultados de la operación de los REPSS estudiados con vistas a identificar las mejores prácticas para la consecución de los objetivos del sistema.

2.1 Adecuación y cumplimiento del marco jurídico que sustenta el funcionamiento de los REPSS

Durante los últimos años se han presentado ajustes importantes tanto en el ámbito regulatorio como instrumental. En el primer caso, Campeche y D.F. reformaron sus Leyes Estatales de Salud (adicionando un capitulo específico sobre Protección Social en Salud) y en Jalisco modificaron la condición jurídica del REPSS.

En el ámbito instrumental es donde se han presentado los cambios más importantes. Los principales cambios están dirigidos a mejorar la suscripción de acuerdos, convenios y contratos como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 2. Modificaciones a los acuerdos, convenios y contratos 2003-2009

Instrumento jurídico	Año	Modificaciones
Acuerdo de Coordinación (AC) entre la Federación y los Estados	2004	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción del Anexo IV referente al concepto de gasto, cuya finalidad fue establecer criterios de asignación presupuestal para mejorar el uso de los recursos financieros del sistema. ➤ Se excluye la referencia a la participación de los municipios.
	2006	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se agregó un nuevo anexo referente a la red de servicios que conforma el Seguro Popular.
	2007	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se modifica el Anexo II referente a las metas de afiliación
	2008	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Especificaciones sobre la normatividad bajo la cual operaría el (FPGC).
	2009	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se ajusta nuevamente el contenido de este Anexo IV contemplando porcentajes máximos de gasto en algunos rubros: 40% para remuneración de personal, 20% para acciones de promoción y prevención, hasta 30% para compra de medicamentos.
Acuerdo de Gestión (AG) entre el REPSS y los prestadores públicos de salud	2007-2009	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En este periodo se estandarizó el nombre CAUSES y se aumenta el número de intervenciones de 258 a 266. ➤ Se introduce la figura de Aval Ciudadano. ➤ Se establece la rigurosidad en el uso de recursos de acuerdo a lo especificado por el Anexo IV referente a las partidas autorizadas para gasto. ➤ Se especifica en la cláusula de penalización la obligación del prestador de servicios de reembolsar el dinero usado en rubros no autorizados. ➤ Se introduce el Anexo de Indicadores de calidad.
Acuerdos Interestatales	2008	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hasta 2007 funcionaban como compromisos interestatales ➤ A partir de este año se firma un solo documento que deroga los anteriores: el Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre Entidades Federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del sistema de protección Social en salud. ➤ Establece los criterios bajo los cuales serán atendidos beneficiarios del sistema en una entidad diferente a la de su origen, así como las características de la prestación de los servicios y los mecanismos de compensación económica.

Fuente: información primaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la evaluación del SPSS, 2009

Una descripción más detallada de las modificaciones en los instrumentos jurídicos se encuentra en el Anexo 1.

Otros ejemplos del avance en la aplicación del marco normativo se observa en los siguientes aspectos:

- Actualización del manual de notificación y validación de casos del FPGC (ámbito federal).

- Diseño, ajuste y actualización de los manuales operativos y de funciones de la mayoría de los REPSS.
- Aplicación de sanciones a los prestadores de salud por incumplimiento en los compromisos pactados en los acuerdos de gestión. El caso particular se presentó en Morelos, donde un afiliado presentó una reclamación al REPSS porque una unidad médica de los SESA le negó el servicio al que tenía derecho. El REPSS (una vez comprobada la veracidad de la información) le descontó a los SESA el valor del servicio.

Pese a los avances encontrados, existe una idea generalizada en la mayoría de los informantes entrevistados de la persistencia de dificultades en la adecuación del marco jurídico-normativo federal y estatal (lo que permite discrepancias en la interpretación de las normas entre autoridades estatales REPSS/SESA); falta de claridad, concordancia y precisión de la reglamentación e instrumentación de este marco para el cumplimiento de los objetivos (diversos lineamientos tienen el carácter de recomendación por lo cual no es de obligatorio cumplimiento y los estados pueden o no acogerse a ellos); así como escasa reglamentación para la suscripción de contratos con prestadores privados.

2.2 Separación de funciones

2.2.1 Separación entre autoridades de salud y agencias financieras

- Estructura y organización de los REPSS

La forma como se estructuran y organizan los REPSS en las entidades federativas estudiadas es múltiple, variada y heterogénea (tabla 3).

Tabla 3. Estructura y Organización de los REPSS, 2009

Variables	Entidades Federativas								
	BC	CAM	DF	GRO	HGO	JAL	MOR	QRO	ZAC
Condición jurídica									
Organismo Público Descentralizado (OPD)	■								
Órgano desconcentrado de la SS					■	■	■		
Organismo dependiente de la SESA		■	■	■				■	■
Niveles de funcionamiento (organigrama)									
Menor o igual a tres		■	■	■	■	■		■	■
Mayor de tres	■						■		
Volumen de Personal									
Directivo	4	4	4	4	4	4	4	2	5
Mandos Medios	6	3	13	6	4	4	23	3	9
Operativo	89	77	201	143	81	303	61	48	102
% de personal directivo y mandos medios	10.1	7.6	10.0	7.9	8.5	5.3	30.1	7.7	12.8
Toma de decisiones									
Concentrada en uno o dos funcionarios	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ampliada con participación de diversos funcionarios del REPSS y SESA		■		■		■			
Formalización de acuerdos de gestión y/o contratos									
Solamente con red pública	■	■	■	■			■	■	■
Con participación público/privada					■	■			

Fuente: información primaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la evaluación del SPSS, 2009.

La estructura y organización de los REPSS de la mayoría de los estados estudiados no ha presentado cambios sustanciales en los dos últimos años. Sin embargo, desde su constitución se han creado y suprimido dependencias y cargos en respuesta a las necesidades establecidas por las autoridades de salud de la entidad federativa para el cumplimiento de sus objetivos. Caso especial representa el REPSS de Hidalgo que es sólo hasta 2008 cuando crea su estructura.

Condición jurídica

La información obtenida permitió establecer tres tipos de organización jurídica de los REPSS:

1. Organismo Público Descentralizado (OPD), con personalidad jurídica y patrimonio propio, que poseen autoridad, capacidad de decisión, autonomía orgánica y técnica respecto de los SESA.
2. Organismo desconcentrado del gobierno estatal bajo la jerarquía y dependencia jurídica de los SESA. Esta forma jurídica supone que la dependencia posee autonomía técnica y operativa para administrar, gestionar y evaluar los recursos distribuidos.
3. Organismo dependiente de la secretaría estatal de salud. Dependencia dentro de la estructura de la SS, bajo el mando directo del secretario de salud. Esta figura implica la presunción de que los REPSS no cuentan con autonomía técnica y operativa para la administración, gestión y evaluación de los recursos.

De los 9 estados evaluados, uno tiene estatus jurídico descentralizado (Baja California), tres desconcentrado (Hidalgo, Jalisco y Morelos) y los cinco restantes pertenecen a la estructura de los SESA (DF, Querétaro, Guerrero, Campeche, Zacatecas).

La condición jurídica del REPSS algunas veces representa ventajas y otras desventajas para el cumplimiento de sus objetivos según lo manifestado por informantes del ámbito estatal. En el primer caso, presentar estatus de OPD u organismo desconcentrado les permite una mayor independencia de las autoridades de los SESA para manejar los recursos y conformar la red de prestadores de servicios de salud (incluso abrirla a la participación de privados). Por otra parte, pertenecer a la estructura de la secretaría de salud representa, en muchos de los casos, escasa autonomía administrativa, operativa y financiera lo que le resta capacidad de decisión y de actuación al REPSS para cumplir con sus funciones. Pese a las ventajas señaladas para las formas jurídicas de OPD y organismos desconcentrados, la principal desventaja señalada fue el potencial conflicto de autoridad y capacidad de decisión entre el director de REPSS y el director de los SESA, lo que puede alterar el adecuado funcionamiento del REPSS.

En correspondencia con lo anterior, los funcionarios del nivel federal entrevistados consideran adecuado que los REPSS logren madurez orgánico-funcional a tal grado

que puedan ser definidos como OPD, dado que les brinda mayores herramientas (independencia de los SESA y autonomía administrativa) para cumplir con los objetivos que marca la ley.

Sobre este aspecto vale la pena mencionar el caso de Querétaro. El REPSS pertenece a la estructura de los SESA y de acuerdo con lo manifestado por los entrevistados de la entidad federativa, esta condición presenta notables ventajas para el manejo de los recursos, la participación en la toma de decisiones y el control financiero. En este estado, se observó continuidad de la mayor parte del personal del REPSS lo cual les ha permitido alcanzar un elevado nivel de compromiso y calificación. Es posible que este hallazgo esté asociado a que las dos evaluaciones (2007 y 2009) se realizaron bajo la misma administración. A partir de noviembre de 2009, cambió la administración gubernamental en esta entidad federativa. Incluso cambió el partido político. El grupo investigador regresó al estado y entrevistó al nuevo director de REPSS quien manifestó que se pretendía mantener la misma condición jurídica, pero que se realizarían cambios tanto en la estructura como en la organización. Sería interesante realizar seguimiento a este modelo para determinar los factores de éxito de su operación.

Niveles de funcionamiento y volumen de personal

La estructura organizacional de los REPSS de los nueve estados ha sido adoptada y adaptada del modelo propuesto por el nivel federal. Las diferencias se presentan en el número de niveles jerárquicos y en el volumen de personal.

Existen amplias diferencias en relación al volumen de trabajadores presente en la plantilla de personal de los REPSS (incluye funcionarios de nivel directivo, mandos medios y personal operativo). El REPSS con el volumen más bajo corresponde a Querétaro con 53 y, el más alto a Jalisco con 311. La proporción de personal por categoría en los nueve estados fue de 2.89% funcionarios en el nivel directivo; en mandos medios 5.86% y en personal operativo 91.24%. El caso de Morelos llama la atención dado que presenta una proporción mucho mayor de funcionarios de mandos

medios (26.13%) respecto a la proporción media de los nueve estados Este fenómeno puede estar asociado a la necesidad de contratar recurso humano calificado para garantizar el adecuado funcionamiento del REPSS pero no existen criterios sobre el volumen de funcionarios del REPSS que deben ser contratados por lo que cada estado define su propio volumen. Cabe señalar que la mayoría de este personal, aun cuando ostente cargos de nivel intermedio, no recibe las prestaciones económicas que corresponden a este nivel.

Toma de decisiones

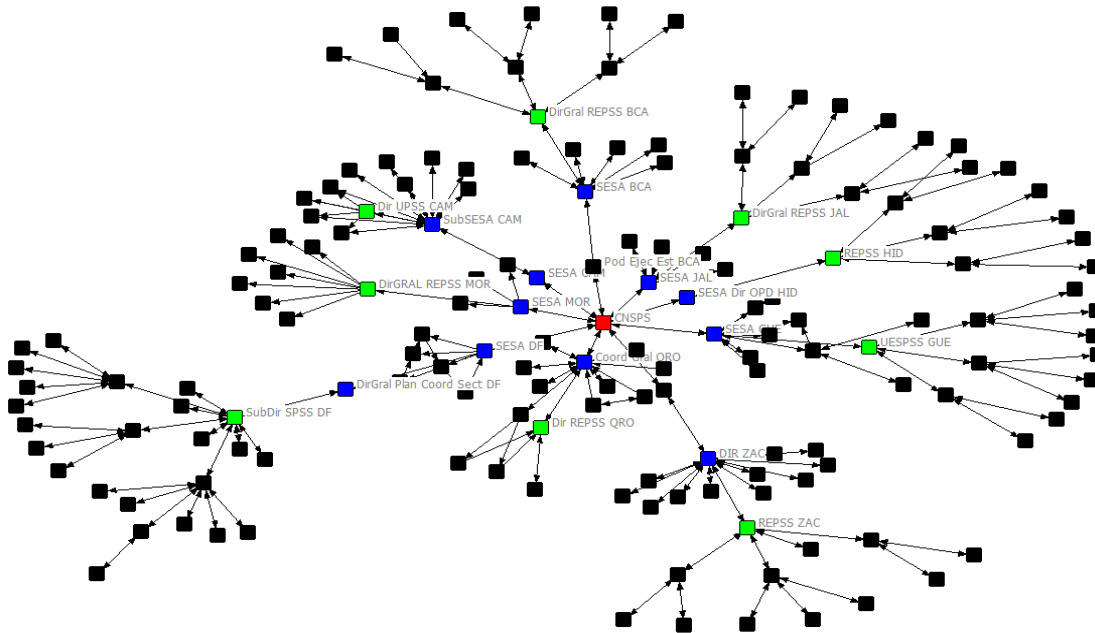
Poco más de la mitad de los informantes del ámbito estatal señalaron que la toma de decisiones sobre la distribución y uso de los recursos financieros del sistema, así como la decisión de la compra de servicios de salud se encuentra concentrada en dos funcionarios de alto nivel directivo: secretario de salud y director del REPSS. Apegados a los lineamientos normativos, la asignación de los recursos financieros se basa en lo establecido en el Anexo IV del Convenio de Coordinación, mientras que la compra de servicios de salud se hace primordialmente a la red de unidades médicas de los servicios estatales de salud.

En Campeche, Guerrero y Jalisco, la toma de decisiones sobre el destino de los recursos y la compra de servicios de salud se amplía a otros funcionarios de nivel directivo del REPSS (Director de Administración y Finanzas, Director de Gestión de Servicios de Salud) y de los servicios estatales de salud.

Análisis de redes

La estructura y organización de los REPSS de los nueve estados estudiados fue explorada formalmente mediante análisis de redes sociales. En la figura 3 se presenta el grafo que muestra las relaciones existentes entre la CNSPS y los REPSS. Solo se incluyeron las estructuras del REPSS y las que se encuentran en una posición superior o igual y que permiten la conexión directa con el CNSPS.

Figura 3. Estructuras orgánicas de las nueve entidades federativas participantes en la evaluación.

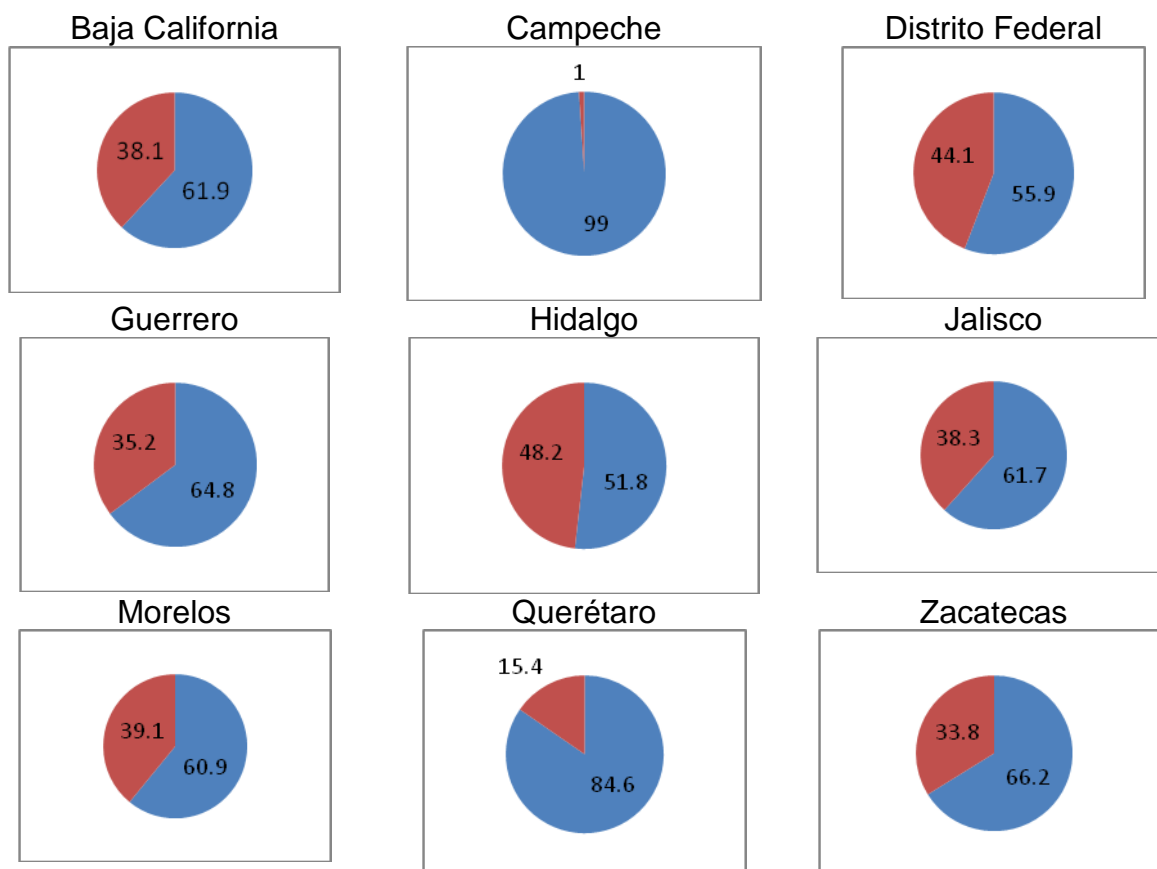


* En rojo la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud (CNSPS); en verde el funcionario encargado del SPSS en cada entidad federativa, y en azul funcionarios intermedios entre la CNSPS y los encargados del SPSS de cada estado.

Fuente: información primaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la evaluación del SPSS, 2009

Como se aprecia en la figura, las estructuras son muy variadas entre las entidades federativas, en la mayoría existen varios actores (nodos) que concentran capacidad de decisión por fuera de los REPSS. Dado que el interés principal fue explorar las relaciones entre los REPSS y los SESA, se seleccionó la medida de “intermediación” de Freeman¹¹ como el indicador que permitiría hacer la medición. De manera general se debe plantear que la intermediación es una medida de centralidad que indica el nivel de posición intermedia que tiene el un nodo en relación a la red total, y sirve como indicador de la capacidad de gestión del nodo para controlar los flujos de información; de esta manera el nodo con mayor puntaje indica una mayor capacidad de gestión, lo cual permite comparar los REPSS y SESA de los estados. Para una mayor facilidad de interpretación estos valores fueron convertidos a porcentajes de la sumatoria de los puntajes en cada estado. Los resultados se resumen en la siguiente figura.

Figura 4. Capacidad de gestión de los REPSS y SESA de las entidades federativas evaluadas.



Fuente: información primaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la evaluación del SPSS, 2009

Los datos presentados sugieren que en todos los estados los SESA tienen una mayor capacidad de gestión que los REPSS, independientemente de la forma jurídica de este último; el único estado donde parece estar más equilibrada la capacidad de gestión, por lo menos desde el punto de vista de los organigramas, es en Hidalgo donde los valores de intermediación de REPSS y SESA son más cercanos que en los otros estados. No es clara la interpretación de este hecho, sin embargo debe señalarse que es hasta el 2008 cuando Hidalgo toma la decisión de crear la estructura del REPSS. La creación de la estructura del REPSS implicó también la transferencia de capacidad de decisión desde los SESA.

La evaluación no encontró evidencia concluyente sobre las ventajas de un modelo particular de estructura y organización del REPSS que le permita cumplir cabalmente con las funciones estipuladas por la ley. Se presentaron casos muy contrastantes de capacidad de gestión *versus* otros elementos como la condición jurídica, volumen de personal, concentración o no en la toma de decisiones y capacidad de formalizar acuerdos de gestión y contratos con prestadores privados.

Lo que parece esencial en todo caso es contar con recursos humanos capacitados y con habilidades gerenciales y administrativas suficientes para realizar una adecuada gestión de los recursos y una coordinación eficiente y oportuna de la prestación de los servicios de salud. Asimismo es esencial fijar criterios específicos para determinar el tipo de estructura y organización que mejor le vaya al REPSS de acuerdo con las condiciones políticas, económicas, culturales y de tecnocracia presente en la entidad federativa y, definir los actores de deberán tomar parte de estas decisiones (autoridades estatales y federales).

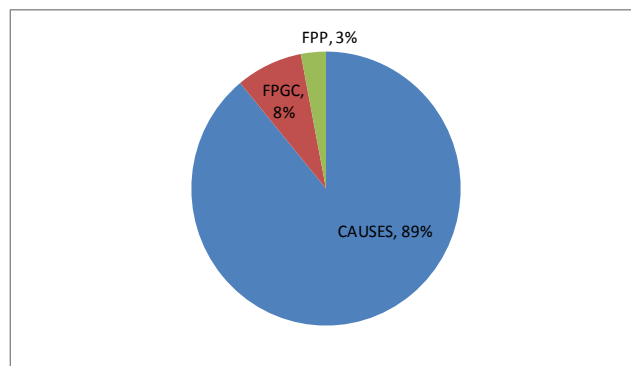
➤ Gestión y administración de los recursos financieros (CAUSES)

Un proceso esencial para el adecuado funcionamiento de los REPSS lo constituye la transferencia de recursos. La ley establece que una vez se afilia una familia al SPSS se genera un compromiso financiero. Este financiamiento está cubierto por las aportaciones que establece la ley: cinco sextas partes las aporta la federación y una sexta parte la entidad federativa. Una vez afiliada una familia, validada en el padrón de afiliados y firmado el acuerdo de coordinación entre el estado y la federación, se trasladan los recursos de manera trimestral. De acuerdo con informantes del ámbito federal, el proceso de transferencia de recursos no ha sido modificado en los últimos años y se encuentra normado en la ley.

La distribución porcentual de los recursos que transfiere la CNPSS a las entidades federativas para financiar el sistema se muestra en la figura 5.

Adicionalmente, a partir de 2007, los estados reciben recursos suplementarios del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), el cual se tipifica como un programa federal vertical, sujeto a reglas de operación. El SMNG ofrece atención médica integral a los niños desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad cubriendo patologías adicionales no incluidas originalmente en el CAUSES. Las fuentes de financiamiento son diferentes a las del SPSS y se paga de manera similar a las intervenciones cubiertas por el FPGC, es decir por caso atendido.

Figura 5. Porcentaje de Recursos Financieros transferidos de la CNPSS a las entidades federativas



Fuente: Secretaría de Salud 2006

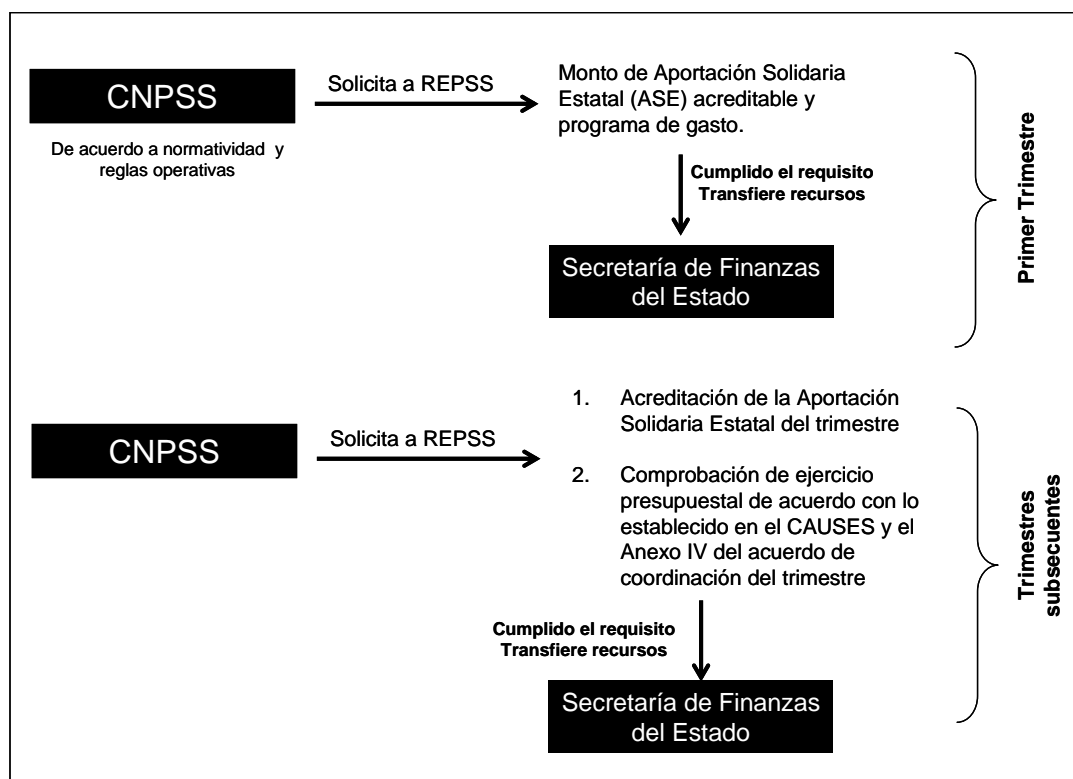
El proceso de transferencia de recursos del nivel federal a las entidades federativas para cubrir las intervenciones contenidas en el CAUSES se muestra en la figura 6.

Una problemática expresada frecuentemente por funcionarios del ámbito estatal es el retraso en la transferencia de recursos desde la Comisión hacia la entidad federativa.

Este problema es visto de manera antagónica por los actores del ámbito federal y estatal. Desde el punto de vista de los funcionarios del ámbito federal, se debe primordialmente al incumplimiento (en tiempo y forma) de uno o algunos de los requisitos que debe acatar la entidad federativa: acreditación de la aportación solidaria estatal, comprobación de la ejecución del gasto o porque han incurrido en gastos no contenidos en el CAUSES, por lo que deben realizar las aclaraciones pertinentes o devolver el dinero. Un informante de este nivel señaló que existen entidades que

presentan mayores rezagos en el envío de información a la Comisión y que este rezago depende en gran medida de la organización interna del REPSS y de la capacidad gerencial de sus funcionarios. Por su parte, funcionarios del ámbito estatal atribuyen este retraso a la CNPSS argumentando la tardanza para validar el padrón de afiliados, la burocratización en el proceso de certificación de la comprobación de gastos y la falta de comunicación y coordinación entre la Dirección General de Afiliación y la Dirección General de Financiamiento.

Figura 6. Proceso de transferencia de los recursos del nivel federal al estatal para cubrir las intervenciones contenidas en el CAUSES, 2009



Fuente: información primaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la evaluación del SPSS, 2009

Cumplidos los requisitos para la transferencia de los recursos, éstos son enviados a la Secretaría de Finanzas del Estado. Antes de 2007 se enviaban a las Secretarías Estatales de Salud pero a fin de incrementar la transparencia, mejorar el registro y aprovechamiento de los recursos, se decidió enviarlos a esta dependencia estatal para que entraran a hacer parte de la cuenta pública estatal.

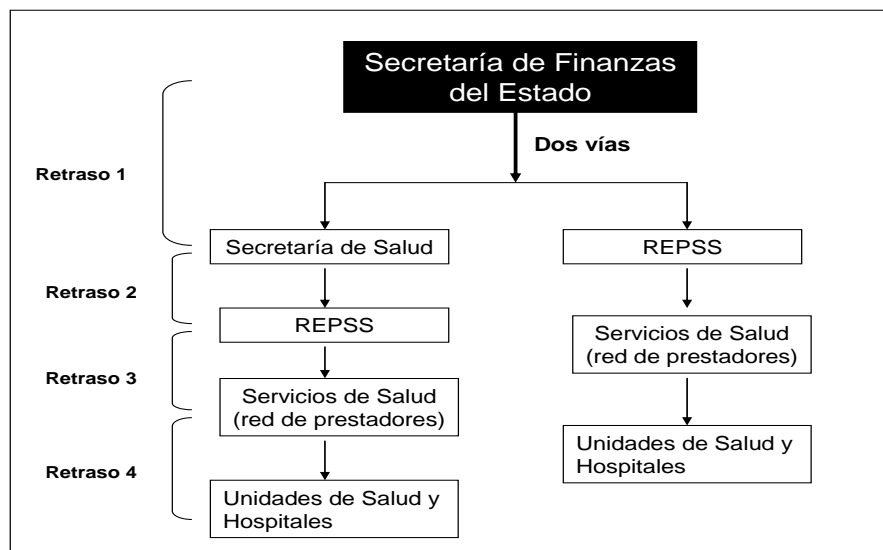
Una vez llegan los recursos financieros a la entidad federativa, el tiempo de transferencia al interior de las dependencias estatales es muy variable.

La evaluación pudo identificar cuatro tramos en el proceso donde es factible que se produzcan retrasos (figura 7):

1. De la Secretaría de Finanzas del Estado a la Secretaría de Salud o al REPSS. En este tramo, algunos informantes refirieron que los dineros están disponibles de forma inmediata, otros que se tarda algunos días o semanas y otros más plantearon que se demoran hasta cuatro meses para ser entregados.
2. De la Secretaría de Salud al REPSS.
3. De los REPSS a los servicios de salud
4. De los servicios de salud a las unidades médicas de primer nivel y hospitales de segundo nivel.

Los mayores retrasos fueron identificados en el primer tramo del proceso.

Figura 7. Transferencia de recursos al interior de las entidades estatales



Fuente: información primaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la evaluación del SPSS, 2009

Las principales causas de retraso de las transferencias de recursos referidas por los entrevistados fueron:

- Factores políticos. Lucha de poder entre partidos, fracciones y grupos políticos.
- Falta de transparencia: tanto en la secretaría de finanzas del estado como en la Secretaría de Salud. Cubren otros gastos con los recursos del SPSS dejando descubierta el área donde realmente se generó el recurso.
- Burocratización de trámites para el traslado de los recursos. Uso de tiempos excesivos para el traslado de los recursos a las áreas de demanda, es decir los recursos se “jinetean” en los diferentes tramos.
- Falta de capacitación del personal de la secretaría de finanzas del estado. Desconocen los lineamientos y/o la dependencia a la que deben ir los recursos.
- Alta rotación de personal en la Secretaría de Finanzas del Estado por lo cual desconocen los procedimientos.

De acuerdo con lo manifestado por la mayoría de los informantes del ámbito estatal, los criterios para la asignación de los recursos se apegan a los lineamientos establecidos por la CNPSS, particularmente el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación. Otros aspectos que se consideran son el volumen de familias afiliadas por región, niveles de atención y redes de servicios. Sin embargo, varios de los entrevistados manifestaron su desacuerdo con las restricciones que les impone este anexo IV para la ejecución de los recursos argumentando que cada entidad federativa tiene sus propias necesidades.

2.2.2 Separación de funciones entre agencias financieras o autoridades de salud y proveedores.

- Formalización de acuerdos de gestión y/o contratos

Con el propósito de garantizar a los afiliados al SPSS la atención contenida en el plan de beneficios (CAUSES), el REPSS tiene la función de integrar y coordinar la red de prestadores de servicios de salud.

En la práctica, la primera opción (y en ocasiones la única por factores políticos o incompetencia técnica) es comprar los servicios a la red de prestadores de los SESA. Incluye servicios ambulatorios y hospitalarios de primer y segundo nivel de atención. El compromiso se formaliza a través de la suscripción de convenios o acuerdos de gestión. Según lo indicado por los entrevistados del ámbito estatal, estos acuerdos se firman anualmente, aunque con frecuencia se presentan retrasos asociados a burocratización y exceso de trámites, lo cual genera demoras en la transferencia de los recursos.

De los nueve estados estudiados sólo dos compran servicios de salud a prestadores privados (Jalisco e Hidalgo). El volumen de esta subrogación es muy bajo en razón a que priorizan la oferta de la red pública de prestadores de servicios.

➤ Coordinación de la red de prestadores de servicios de salud

Como lo establece la ley, la función del REPSS en materia de provisión de servicios se restringe a integrar y coordinar la red de prestadores para garantizar a los afiliados la disponibilidad de los servicios ofrecidos en el plan de beneficios. Por norma el REPSS no puede prestar directamente atención. El mecanismo para integrar la red es la suscripción de acuerdos, convenios y contratos con instituciones públicas, privadas o de la sociedad civil.

En muchos casos y por variadas razones (principalmente de índole política, económica y cultural), los recursos del SPSS son destinados a incrementar el techo presupuestal de los SESA (de la cual depende la red pública de prestadores de servicios) sin un análisis previo de las necesidades de la población afiliada y de la capacidad de oferta de las unidades de atención, lo cual trae como consecuencias saturación de servicios en algunas áreas y subutilización en otras. De nueva cuenta resalta el caso de Querétaro ya que las autoridades de salud, desde el inicio del SPSS, decidieron utilizar exclusivamente la red pública de servicios para la atención de los afiliados.

Un aspecto identificado en el discurso de algunos de los informantes tanto del ámbito estatal como federal, es calificar la compra exclusiva de servicios de salud a la red pública como una práctica que genera tendencias monopólicas que impiden la mejora de la calidad, la oportunidad y la agilidad de la prestación de servicios a los usuarios. Otros por el contrario, consideran que utilizar exclusivamente prestadores públicos los blinda de privatizar los servicios de salud.

Mecanismos de compra y pago de servicios

Respecto a las modalidades de pago de servicios, se señaló que las intervenciones incluidas en el CAUSES se realiza por capitación, mientras que las acciones del FPGC, SMNG y las generadas por los convenios de colaboración interestatal son por evento.

En correspondencia con los hallazgos de la evaluación de 2007, el REPSS continúa con retrasos en el pago de servicios a los prestadores lo cual atribuyen particularmente al retraso de transferencias del nivel federal a las entidades federativas y en menor medida a los retrasos en las transferencias al interior de las dependencias estatales. A decir de los informantes, estos retrasos repercuten en la capacidad del REPSS para pagar en tiempo y forma a sus proveedores. Otras causas de retraso en el pago a los prestadores de servicios son la falta de oportunidad y las inconsistencias de la facturación realizadas por los SESA.ⁱⁱⁱ La burocracia y el exceso de trámites son los principales problemas señalados por los informantes para el pago oportuno a los prestadores de servicios.

ⁱⁱⁱ En ocasiones los SESA facturan intervenciones no cubiertas por el Seguro Popular por lo cual se les regresan y si los prestadores se inconforman, el REPSS revisa directamente los expedientes clínicos. Si las intervenciones no están cubiertas por el CAUSES, no se pagan.

Mecanismos de supervisión y control

La verificación del cumplimiento de los acuerdos de gestión se realiza a través de diversos mecanismos. Los principales son la comprobación del gasto, el monitoreo a la prestación de servicios, la evaluación de indicadores de desempeño, el cumplimiento de metas y el trámite de quejas. Estos mecanismos son operados por diversos actores del sistema como gestores médicos, subdirectores y jefes de departamentos médicos de las unidades de salud y personal de las direcciones de Gestión de Redes de Servicios de los SESA y Gestión de Servicios de Salud de los REPSS. La periodicidad de la verificación de compromisos también varía, pudiendo ser mensual, trimestral o semestral. La mayoría de los Directores de Gestión de Servicios de Salud de los REPSS indicaron que esta dependencia ejecuta un plan anual de supervisiones y que es la instancia encargada de enviar a la Comisión los informes de la comprobación del gasto.

Algunos problemas identificados por los informantes para el cumplimiento de la verificación de compromisos fueron: escasez de recursos humanos en volumen y capacitación, falta de presupuesto para transporte y falta de cooperación de algunos prestadores por considerar la supervisión de carácter “policíaco”.

La evaluación logró constatar, de nueva cuenta, que la independencia legal de los REPSS no es garantía para una buena gestión, no los exime de presiones para la utilización discrecional de los recursos, ni garantiza la contratación de los mejores prestadores. Lo anterior debido a que persiste una alta dependencia de los SESA para la ejecución del gasto (prestación de servicios en todos los niveles de atención, compra de medicamentos) restándole capacidad al REPSS para decidir las mejores opciones en función de las necesidades de sus afiliados. Incluso en algunos estados los recursos del SP constituyen un incremento en los techos presupuestales de los SESA lo cual promueve la ineficiencia en el uso de los recursos.

Uno de los informantes del ámbito federal enfatizó que los REPSS deben contar con total independencia para contratar sólo aquellos establecimientos públicos con probadas capacidades de autogestión y facultades técnica y operativa para responder a las necesidades del REPSS. A la letra refirió: (...) “*sería ideal que un REPSS dijera: le voy a dar los recursos a quien atienda mejor a mis usuarios porque yo soy el responsable de la tutela de los derechos de los afiliados.*” Mientras no se realicen ajustes efectivos en los modelos de gestión (SESA y REPSS) y en las relaciones entre los diferentes actores, no será posible lograr una verdadera separación de funciones que permita garantizar la operación óptima del sistema.

Se destaca el avance que guarda el SPSS en materia de portabilidad interestatal. Un cambio fundamental lo constituyó la modificación de la firma de convenios individuales (entre estados), a través de un documento marco, el Convenio de Portabilidad Interestatal 32x32 en el que participan todos los estados (incluido el D.F.), reduciendo de esta manera al mínimo los trámites burocráticos. El convenio fue suscrito en 2008 por la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los servicios estatales de salud de los 31 estados y el Distrito Federal. De esta forma, los beneficiarios podrán recibir servicios de salud en entidades federativas diferentes a la de su residencia por razones de distancia o tiempo de traslado, porque se encuentre en tránsito o por urgencia médica. La portabilidad en materia de servicios de salud, representa un paso importante hacia la cobertura universal de salud y la atención oportuna de los problemas de salud de la población afiliada.

➤ Información para la rendición de cuentas

Diversos testimonios confirman múltiples dificultades tanto para disponer de información actualizada, como para realizar una rendición de cuentas expedita y oportuna. Estos problemas se encuentran distribuidos a lo largo de la cadena de captación, procesamiento, análisis y difusión de la información como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Problemas en el sistema de información para la rendición de cuentas.

Proceso	Problemática
a) Captación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiplicidad de mecanismos e instrumentos para el registro de la información sobre volumen y tipo de servicios prestados a los afiliados por parte de las unidades de atención. ▪ Retraso tecnológico para el acopio y procesamiento de la información ▪ Escasez de mecanismos para exigir a los SESA información oportuna, veraz y confiable para realizar la comprobación del gasto.
b) Procesamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso en el procesamiento de los datos por diversas causas: falta de oportunidad en la entrega de la información por las unidades de salud, jurisdicciones sanitarias y/o hospitales, retraso tecnológico, escasez de personal para esta labor, multiplicidad de formatos para consolidar la información para su envío a las diferentes dependencias estatales y federales. ▪ Duplicación de información para diferentes dependencias tanto del ámbito estatal como federal.
c) Análisis y difusión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso de los REPSS en la revisión y validación de información para conciliar dudas y aclaraciones antes de enviarla a la Comisión. ▪ Escasez de personal ▪ Retrasos en la validación de la información por parte de la Comisión.
d) Otros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta claridad sobre el tipo de información y la dependencia a la cual debe enviarse.

Fuente: información primaria recolectada durante el trabajo de campo en las entidades federativas para efectos de la evaluación del SPSS, 2009

De acuerdo con lo manifestado por directores de REPSS, además de la Comisión y de la Secretaría de Salud son varias las instancias a las cuales deben enviar información incluyendo: Junta de Gobierno, Congreso Estatal, Contraloría Estatal, Auditoría Superior de la Federación y a los Diputados Federales (presupuesto de egresos).

La información que se envía desde el REPSS hacia otras dependencias federales y estatales incluye:

- Seguimiento operativo. Considera: conformación de red de servicios, directorio de la red de servicios, número de contratos y acuerdos de gestión, indicadores de calidad, mejora de infraestructura.
- Ejecución del gasto: atenciones brindadas por el SMNG, FPGC, CAUSES y convenios Interestatales.
- Seguimiento de las quejas
- Validación de familias afiliadas y verificación de cumplimiento de metas

- Estados financieros: volumen de recursos disponibles, cómo se distribuyen, en qué están comprometidos, en qué se gastan, contratación de personal, avances de Infraestructura, seguimiento del programa de conservación y mantenimiento
- Reporte trimestral de medicamentos.
- Nómina de regularizados, nómina de no regularizados, gastos de prevención, equipamientos, gasto de operación, servicios subrogados, caravanas de salud.
- Puntos críticos en los procesos de gestión de recursos y prestación de servicios para que el/la titular del REPSS realice gestiones de más alto nivel para solucionar la problemática.

No siempre existe claridad sobre el tipo de información que debe enviarse al nivel federal, como tampoco sobre los formatos para registrarla, los mecanismos de transferencia (electrónica o física) y la persona responsable de este proceso, lo cual contribuye al retraso en el reporte de actividades y por ende en el proceso de transferencia de recursos a los estados.

➤ Transparencia y uso eficiente de los recursos

En teoría la normatividad vigente le proporciona blindaje al sistema para impedir inadecuados manejos en el uso de los recursos financieros. De la misma forma, establece topes de gasto para evitar desvíos e ineficiencias. Sin embargo, informantes del ámbito estatal y federal coinciden en señalar problemas de ineficiencia y falta de transparencia en el uso de los recursos. Sustentan sus declaraciones en los siguientes argumentos:

- Retardo en la transferencia de los recursos, sin causa aparente.
- Burocratización y trámites excesivos en diversos procesos: suscripción de acuerdos, convenios y contratos, licitaciones, compra de equipo, medicamentos e insumos, que retrasan el ejercicio del gasto.
- Concentración en el manejo de recursos lo cual deja la responsabilidad, discrecionalidad y capacidad técnica en manos de una o muy pocas personas.

- Falta de capacidad administrativa y gerencial de muchos de los directores de hospitales y de unidades de salud y de algunos funcionarios de alto nivel y mandos medios de los REPSS.
- Selección y nombramiento de personal por preferencias personales, recomendación o compromiso político y no por perfil técnico.
- Inexistencia de sistemas de costos y facturación en los hospitales públicos.
- Limitada independencia del REPSS frente a los SESA para administrar los recursos financieros y coordinar la prestación de los servicios.
- Concentración de presupuesto y de recursos en algunas áreas del REPSS (afiliación) sobre otras direcciones.
- Utilización de los recursos del SP para aumentar el techo presupuestal de los SESA, arrastrando su ineficiencia.
- Conflictos entre grupos de interés (funcionarios SESA, funcionarios REPSS, proveedores).

2.3 Análisis comparativo de los REPSS de las entidades seleccionadas

Tomando en cuenta los elementos provistos por el marco normativo, algunos hallazgos obtenidos de la evaluación y otros datos obtenidos de la revisión documental, se examinan convergencias, divergencias y tendencias de la capacidad de gestión de los REPSS para cumplir sus objetivos de a partir de su condición jurídica.

El análisis toma como parámetro indicadores de efectos intermedios (como medida Proxy dado que la evaluación de resultados no fue objeto del presente estudio) para identificar el avance en la capacidad de gestión del REPSS a partir de su condición jurídica (tabla 5).

Tabla 5. Indicadores de gestión REPSS 2009

Indicadores	Desc.	Desconcentrado			Incorporado SESA				
	BC	HGO	JAL	MOR	CAM	DF	GRO	QRO	ZAC
Cobertura de Afiliación por Entidad Federativa, 2009* (de acuerdo con metas establecidas para ese año)	85.9%	99%	100%	98.2%	100%	99.2%	78.7%	100%	92.1%
Tasa de personal en contacto con paciente por 1 000 afiliados**	1.95	0.96	1.08	1.75	1.26	2.13	1.06	0.62	1.01
Surtimiento de recetas a los usuarios del SPSS 2008 *** (Usuarios que recibieron el 100% del medicamento recetado)	87%	84%	83%	69%	89%	72%	67%	90%	90%

* Fuente: CNPSS 2009

* Fuente: Estimación realizada a partir de datos publicados por la CNPSS e información primaria

**Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2008. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/informe_de_resultados_spss_%202008.pdf

Antes de señalar los principales hallazgos es necesario tomar en cuenta las limitaciones de este análisis. Si bien la información obtenida es consistente con los resultados reportados, de ninguna manera pueden tomarse como concluyentes dadas las restricciones en la disponibilidad y calidad de la información utilizada y la necesidad de contar con información más amplia para lograr un panorama más detallado del desempeño y de los resultados de la gestión de los REPSS. Cabe señalar que la medición de resultados o del desempeño de los REPSS es una tarea pendiente para futuras evaluaciones.

En términos generales los datos indican gran variabilidad de la capacidad de gestión de los REPSS independientemente de su condición jurídica.

Entre las entidades federativas cuyos REPSS están incorporados a la estructura de los SESA se observan resultados en dos extremos. Por una parte, Campeche Querétaro y Zacatecas logran importantes resultados en metas de afiliación en 2009 (llegando dos de ellos al 100% de la meta) mientras que a 9 de cada 10 usuarios le surten la totalidad

de los medicamentos recetados. En el otro extremo se encuentra Guerrero con poco más de tres cuartas partes de la meta de afiliación y con un porcentaje de surtimiento de medicamentos apenas superior al 60%. El Distrito Federal se sitúa en una posición intermedia tanto en afiliación como en porcentaje de surtimiento de medicamentos. También se presentaron divergencias respecto a la tasa de personal en contacto con paciente. Mientras Campeche, Guerrero y Zacatecas presentan similitud, Querétaro presenta la tasa más baja y el Distrito Federal la más alta. Es necesario estudiar con mayor detalle este fenómeno en términos de productividad y eficiencia.

Los resultados observados entre los REPSS con condición jurídica desconcentrada son más próximos. Los tres REPSS que hacen parte de esta categoría, presentan porcentajes muy similares de metas de afiliación, mientras Hidalgo y Jalisco tienen porcentajes de surtimiento de medicamentos arriba del 80%. La diferencia más notable es el indicador de surtimiento de medicamentos del REPSS de Morelos que está por debajo de 70%. Este dato contrasta con la información suministrada por los informantes en el sentido de que contratan servicios privados para la distribución de medicamentos con vistas a lograr el 100% de abasto en los hospitales y en los centros de salud. Incluso señalan que en caso de que los proveedores privados incumplan el suministro de medicamentos en el tiempo estipulado, el hospital puede emitir un vale al paciente para surtir su medicamento en las farmacias externas y el costo de éste lo absorbe el proveedor. Con este requisito se buscó asegurar el 100% de abasto en los hospitales y mejorar sus indicadores de abasto

Cabe resaltar el caso del REPSS de Baja California. Pese a que es el único que ostenta estatus jurídico descentralizado presenta los niveles más bajos tanto en cobertura de metas de afiliación como de surtimiento de medicamentos. Esto fortalece el hecho que la forma jurídica no es garantía de una mejor gestión del REPSS. También presenta una de las tasas más altas de personal en contacto con paciente.

En resumen, la evaluación no encontró evidencia concluyente sobre las ventajas de una forma particular de estatus jurídico que le permita al REPSS cumplir cabalmente con las funciones estipuladas por la ley.

3. Discusión

La separación de las funciones de rectoría/regulación, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud fue recomendada desde 1983 por el Banco Mundial como una estrategia para fomentar la eficiencia y la transparencia en el uso de recursos financieros. Parte de la premisa de mantener la regulación y el financiamiento en manos del subsector público y entregar la prestación de los servicios de salud a proveedores de la seguridad social y privados. Según lo reportado por la literatura especializada en el tema, la separación de funciones genera mejores posibilidades de lograr los objetivos del sistema: mejorar las condiciones de salud, responder a las expectativas no médicas de las personas, asegurar una contribución financiera justa e incrementar los niveles de eficiencia, equidad y calidad.^{12 13 14 15}

La última reforma estructural del sistema de salud mexicano en 2004, promueve la separación de funciones al interior del subsistema público (SPSS), a través de la creación de los REPSS a los que les asignan dos funciones primordiales: la gestión y administración de los recursos financieros y la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica para garantizarle a los afiliados del sistema la atención en salud incluida en el plan de beneficios (CAUSES).

Desde la perspectiva provista por el marco normativo del SPSS, que establece la separación de funciones como una relación contractual entre el REPSS y la red de prestadores de servicios de salud (SESA, privados), la evaluación logró constatar avances en esta separación del financiamiento y la prestación de los servicios. La mayoría de los REPSS han ido fortaleciendo de manera lenta pero sostenida su capacidad de comprar servicios y de coordinar la red de prestadores de servicios de salud.

No obstante estos avances, la evaluación logró identificar problemas de carácter normativo, político, técnico, de recursos y de información para que los REPSS cumplan adecuadamente con las funciones que les asigna la ley.

Si bien la regulación señala las funciones y competencias de los REPSS en el ámbito estatal, la instrumentación del marco normativo se ha quedado corta en diversos aspectos. Faltan mecanismos que garanticen la independencia del REPSS de los SESA para cumplir con sus funciones ya que actualmente muchos de ellos deben soportar presiones de diversa índole para la asignación de recursos y en casos extremos poseen escasa injerencia en la toma de decisiones. Tampoco se han establecido pautas e indicadores explícitos para ofrecer incentivos financieros a los prestadores de servicios por un mejor desempeño buscando de esta manera mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Asimismo son escasas las estrategias y la potestad de las autoridades del REPSS para sancionar a los prestadores de servicios (especialmente de la red pública) por incumplimiento de los compromisos pactados en los acuerdos de gestión. Establecer algunos lineamientos e instrumentar diversos mecanismos en este tenor, permitirá proteger a las autoridades del REPSS de presiones externas y reducir la discrepancia en la interpretación de las normas particularmente entre autoridades estatales (REPSS/SESA).

Un elemento que cobra relevada importancia es el factor político. Como se mencionó, el conflicto de poderes entre partidos, fracciones y grupos políticos que participan en las diversas dependencias de la secretaría de salud inciden directamente con la capacidad del REPSS para cumplir adecuadamente con sus funciones. Adicionalmente la selección y nombramiento de personal por preferencias personales, recomendación o compromiso político y no por perfil técnico es una práctica que le resta posibilidades al REPSS de lograr un adecuado desempeño.

Más allá de la estructura y organización de los REPSS, existen factores o condiciones que facilitan o dificultan su adecuado desempeño. Nos referimos particularmente al

perfil y competencias técnicas/gerenciales, humanas y operativas del personal directivo del REPSS para ejercer un liderazgo efectivo y facilitar el desempeño adecuado de la organización. Estas competencias son necesarias para: a) tener un conocimiento amplio de la organización y de su entorno (local, estatal y federal) para dirigir el REPSS hacia el cumplimiento de su misión, b) conformar y consolidar equipos de trabajo capacitados y comprometidos con los objetivos de la organización; c) relacionarse apropiadamente con otras áreas y actores del sector y d) gestionar de manera oportuna y eficaz recursos de todo tipo (humanos, materiales, tecnológicos, de información) para el logro final de los objetivos.

Otros elementos, no menos importantes están directamente relacionados con factores de cultura y desarrollo organizacional. El sistema de valores y creencias del personal, la manera tradicional y habitual de pensar, sentir, actuar ante las distintas situaciones que debe afrontar la organización, los mecanismos de comunicación, trabajo en equipo, motivación, son condiciones esenciales tanto para el desempeño de los recursos humanos, como de la organización en su conjunto. Asimismo provee las bases necesarias para promover un aprendizaje adaptativo (buscando que el REPSS se adapte a la realidad cambiante) y al mismo tiempo un aprendizaje generativo (que adopta estrategias para cambiar la realidad).

En resumen, los resultados de la evaluación evidencian avances en la capacidad de gestión de los REPSS para separar las funciones de financiamiento y prestación de servicios, aunque el grado de desarrollo se encuentra en estadios diferentes entre las diversas entidades federativas, según sean las condiciones económicas, políticas y sociales de cada entidad federativa, así como la tecnocracia presente, la capacidad gerencial y técnica de los funcionarios de alta dirección en turno de los REPSS y los SESA y los recursos financieros y humanos disponibles. Sin embargo, en ninguno de los estados, el grado de desarrollo que guardan los REPSS permite cumplir con los objetivos planteados de manera precisa y concreta. Se requiere entonces acelerar el avance de los REPSS para la garantía de su autonomía, independientemente de su situación jurídica.

4. Recomendaciones

Centrales

- Primero, continuar avanzando en la separación de las funciones de financiamiento y coordinación de la prestación de los servicios, centrando su gestión en las funciones establecidas en el marco normativo. Para ello se requiere instrumentar estrategias y mecanismos que le permitan al REPSS mayores niveles de independencia y autonomía de los SESA para la gestión de los recursos económicos y la conformación y gestión de la red de prestadores de servicios.
- Segundo, es esencial avanzar hacia una rendición de cuentas oportuna y confiable por parte de los prestadores de salud (públicos y privados) que reciben recursos financieros del SPSS para que el REPSS sepa clara y certeramente en qué se está gastando el dinero. Para esto se requiere mejorar el acceso, calidad, oportunidad y veracidad de los datos producidos en las unidades de atención.

Complementarias

- Seguir avanzando en la transformación de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda como lo establece la normativa.
- Seleccionar y nombrar el personal del REPSS, particularmente su director, bajo estrictos criterios de perfil gerencial y competencias técnicas, en cambio de preferencias y compromisos políticos.
- Capacitar al personal del REPSS en aspectos administrativos y gerenciales con vistas a mejorar los procesos y la gestión de la dependencia.
- Es relevante realizar más análisis sobre aspectos de desempeño de los REPSS (productividad, eficiencia, calidad) con el fin de comparar los resultados entre entidades federativas con vistas a identificar las mejores prácticas para la consecución de los objetivos del sistema y realizar "*benchmarking*" y transferencia de experiencias exitosas a otras entidades federativas.

Anexos

Anexo I. Estructura y modificaciones a los Acuerdos de Colaboración, Acuerdos de Gestión, Convenios de Colaboración y Compra de Servicios Privados hasta 2009

El presente anexo tiene un doble objetivo: describir los mecanismos normativos con los que cuenta actualmente el SPSS y analizar las principales modificaciones de las han sido objeto hasta el 2009. Para tales fines el análisis se realizó a través de dos etapas metodológicas: la primera en la que se sistematizó la información documental mientras que en la segunda, se realizó una descripción de los cambios identificados en los instrumentos jurídicos (análisis documental de la información recopilada). Cabe destacar que no en todas las situaciones se cubrió el mismo periodo de análisis. En las tablas al final del anexo se detallan además de la estructura pormenorizada de los convenios, las transformaciones registradas en periodos específicos, que sin embargo en conjunto abarcan hasta el año 2009.

Marco normativo del SPSS

Todos aquellos acuerdos que bajo su carácter jurídico, establecen la normatividad a partir de la cual puede operar el Sistema de Protección Social en Salud en las entidades federativas, conforman la estructura normativa del SPSS. Actualmente existen diferentes tipos de acuerdo que en su conjunto constituyen dicha estructura: i) Acuerdos de Coordinación suscritos entre la Federación y los Estados; ii) Acuerdos de Gestión entre el REPSS y los prestadores de salud públicos; iii) Contratos de Colaboración Interinstitucional y iv) Contratos entre el REPSS y prestadores privados.

i) Los **Acuerdos de Coordinación** (AC) entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales comenzaron a establecerse desde el 2003. Tuvieron como objetivo conformar las bases para la operación del Régimen de Protección Social en Salud, el cual serviría de instrumento rector que pondría en funcionamiento el Programa del Seguro Popular en Salud. Los primeros AC comprometían a ambas partes a realizar las acciones necesarias dentro del ámbito de su competencia: modificaciones jurídicas, instalación de mecanismos institucionales, transferencia de recursos, para la puesta en

marcha de la cobertura ofrecida por el Seguro Popular en Salud. Estos AC a su vez, daban los lineamientos para la conformación del REPSS a nivel estatal, quien es la institución encargada de implementar las acciones pertinentes para brindar la cobertura ofrecida por el SPSS. Así mismo la Federación, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud adquiriría el compromiso de capacitar y brindar la ayuda requerida, así como los recursos financieros para el despliegue del programa.

ii) Los **Acuerdos de Gestión** (AG) representan “el instrumento que permite fortalecer el proceso de descentralización entre el financiamiento de los servicios y la provisión de los mismos.” Los AG se establecen como un contrato entre dos entidades con figura jurídica autónoma. Representan el mecanismo básico para que los prestadores de servicios de salud de los diferentes niveles de atención adquieran el financiamiento público del Seguro Popular. De tal forma, mediante los AG los REPSS de cada estado tienen la posibilidad de regir las condiciones mínimas de calidad para la atención médica de sus afiliados, así como el uso eficiente de los recursos que son transferidos.

En los AG revisados la responsabilidad jurídica del contratante no recae en los REPSS sino en las entidades estatales a las cuales generalmente éste se encuentra adscrito. Comúnmente suelen ser los Servicios Estatales de Salud que en tanto OPD pueden entablar este tipo de convenios. Los *antecedentes* a los que cada AG remite comienzan con la protección de los derechos fundamentales consignados en la Constitución Política del País, así por la Ley General de Salud y los reglamentos de implementación de dicha Ley.

Las *cláusulas* que rigen los compromisos varían en su número dependiendo del tipo de unidad con la cual se establezca el AG (i.e. Jurisdicción Sanitaria, Hospital Regional). Las *cláusulas* son la columna vertebral del AG, señalando los *compromisos* de las partes, tanto del “organismo” como de la unidad. En ellos se hace hincapié en la necesidad de fortalecer el programa a través de un compromiso de difusión y establecimiento de mecanismos para la continua afiliación. También se señalan los compromisos de la calidad de la atención y la constante evaluación de la misma. Además se especifica el tipo de intervención que cubrirá el AG y el costo de cada una de ellas, (i.e. consulta externa, consulta médico especialista, hospitalización por día,

urgencias, pediatría, gineco-obstetricia, etc.) dependiendo del tipo de AG. Por último se señala la vigencia y las penalizaciones del no cumplimiento de alguna de las cláusulas.

Una parte importante de los acuerdos lo constituyen los *Anexos* en los que se pormenoriza los indicadores con los que operará la implementación de las acciones suscritas en el AG.

iii) Los **Convenios Interinstitucionales** pueden ser de dos tipos: aquellos que tienen un carácter local de colaboración dentro de una entidad federativa entre el REPSS y algún tipo de unidad de atención y aquellos que entablan compromisos entre diferentes entidades federativas. Los primeros, Convenios de Colaboración (CC) por lo general tienen por objetivo adquirir servicios específicos de atención incluida en el CAUSES. En algunos estados en donde el REPSS está constituido como un Organismo Público Descentralizado (OPD), son ellos mismos quienes presentan jurídicamente la firma del Convenio con la contraparte que así lo requiera. En los casos en los que esto no sucede, la institución a la cual el REPSS está adscrito es quien se encarga de firmar los CC. Por lo general son los OPD Servicios de Salud Estatales quienes llevan a cabo esta tarea.

Los segundos **Acuerdos Interestatales de Colaboración y Coordinación** (AICC) se diseñaron con el objetivo de establecer un sistema de cooperación entre las diferentes entidades federativas para la prestación del SPSS. Se deseaba obtener un equilibrio entre el cruce de responsabilidades que generan los procesos de migración interna motivadas por diversas circunstancias. La transferencia de recursos por concepto de otorgamiento de servicios a afiliados de otros estados por ello se convirtió en un punto nodal de estos Acuerdos. El eje de coordinación se establecía con base en el CAUSES y se señalaban los indicadores de calidad bajo los cuales se tenía que brindar la atención.

iv) **Convenios con Privados.** La posibilidad de entablar compra de servicios de salud a instituciones privadas está considerada dentro de la normatividad del SPSS. Debido a la figura y la competencia jurídica de los REPSS en la mayoría de los estados del país, el establecimiento de este tipo de contratos se realiza por medio de las Secretarías estatales de Salud o los OPD Servicios de Salud de cada estado, a los cuales está adscrito el REPSS. Los contratos con instituciones privadas refieren entre

sus antecedentes la normatividad jurídica de la Secretaría o los SESA, la adscripción que el REPSS tiene con estas instituciones y la legitimidad jurídica que permite el establecimiento del contrato en función de las necesidades del REPSS para el cumplimiento de sus funciones. Los contratos son una forma de llevar a cabo la adjudicación directa de servicios, con base generalmente en la normatividad vigente en el estado respectiva a la Ley de adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de servicios. Las cláusulas que delimitan la compra del servicio, además de especificar puntualmente qué se está comprando, establecen un tope anual de recursos para la compra de ese servicio. Las modificaciones del mismo deberán notificarse con una anticipación de 30 días.

La Secretaria de Salud tiene la posibilidad de verificar aleatoriamente el servicio que se esté otorgando y llevar a cabo las evaluaciones pertinentes. El proveedor no puede transferir los derechos y obligaciones contraídas en el contrato. Los pagos se realizaran con base en el pago unitario de cada servicio otorgado a los afiliados, con el costo establecido en el CAUSES. El plazo no superará los 30 días naturales posteriores a la presentación de la factura. La rescisión del contrato en un plazo anterior a lo convenido establece la penalización monetaria equivalente al 2% del monto total a ejecutarse en el periodo establecido por el convenio. Finalmente, se reconoce que el Contrato se apegará para la resolución de conflictos a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios vigente en el estado.

Modificaciones en la estructura normativa del SPSS hasta 2009

Las transformaciones identificadas en este marco normativo son de forma y fondo. Es difícil señalar a partir de las fuentes de información el motivo exacto de los cambios, no obstante se pueden realizar algunas interpretaciones al respecto.

A) Dentro de los cambios más importantes detectados en la estructura de los **Acuerdos de Colaboración** durante el periodo revisado 2003-2009, destaca la adecuación de la normatividad vigente para la operación de los recursos. Dicha situación se dio primero mediante la introducción en el 2004 del Anexo 4 y la posterior ampliación de las clausulas que componen el mismo en el 2009. También se identificó ciertos cambios relativos a la ampliación del CAUSES. El anexo II así mismo sufrió

modificaciones durante el 2007, pero éstas obedecieron a un ajuste en las metas de afiliación más no en los procedimientos de afiliación. En el año siguiente se llevó a cabo la especificación de la normatividad bajo la cual operaría el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Por último, sobresale que desde el 2004, la cláusula referente a la participación de los municipios fuera excluida. Si bien dicha cláusula no explicitaba la forma y la profundidad en cómo la participación de los municipios se daría para la operación del programa, sin duda la exclusión de una norma que fomente su participación en el instrumento rector de los RPSS como son los AC, puede leerse como una falta de incentivo en la comunicación de los diferentes niveles de gobierno para la implementación del SPSS.

B) Sobre los **Acuerdos de Gestión** (AG) los cambios detectados para el periodo 2007-2009 fueron en cuanto a su formato, la reducción del número de cláusulas y anexos de cada acuerdo. Aún y cuando se tome en cuenta que para cada unidad puede establecerse necesidades específicas, mayor número de cláusulas y anexos establecen criterios más rigurosos en la adquisición de compromisos mutuos. Así mismo se detectaron especificaciones o cambios de nombre de los programas y referencias. De la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud a Sí Calidad* por ejemplo para el seguimiento de los criterios de calidad en el servicio, También en este periodo se estandarizó el nombre CAUSES.

Sobre los cambios de fondo, se pueden señalar los siguientes: Hay un aumento del número de intervenciones incluidas en el CAUSES de 258 a 266. Se introduce la figura del Aval Ciudadano. Se ha establecido la rigurosidad en el uso de recursos de acuerdo a lo especificado por el Anexo referente a las partidas autorizadas para gasto. A partir de la explicitación en la cláusula de penalizaciones se ha pretendido regular este uso. Ahí se señala la obligación de reembolso del dinero usado en rubros no autorizados. Por lo que respecta a los indicadores de calidad, estos se establecen a partir del régimen que señala la Secretaría de Salud mediante el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. Adquiere relevancia la notificación que cada AG realice de estos indicadores mediante un anexo correspondiente, con el fin de tener claridad en la evaluación del desempeño de cada acción de cobertura concertada en cada acuerdo. Este hecho se generaliza a partir de 2008.

Finalmente también sobresalen dos situaciones. Primero, el mantenimiento de los costos que indican el pago de cada intervención. Estos son los mismos durante en el periodo estudiado para todos los niveles de atención. Y segundo, como resultado de la relevancia que tiene la figura del gestor médico para la operación del SPSS, su desempeño se explicita en el manual de actividades que se integra mediante anexo a los AG. Este se ha mantenido en el periodo revisado.

C) Sobre los Convenios Institucionales al interior de los estados persistió la situación que resume una contrariedad importante en el esquema organizacional de las instituciones encargadas de implementar el Sistema de Protección Social en Salud: aquella en la que la misma institución termina adquiriendo compromisos consigo misma, esto cuando el REPSS forma parte de los OPD Servicios de Salud de cualquier estado.

Por lo que respecta a los Acuerdos Interestatales de Colaboración y Coordinación (AICC) hasta 2008 funcionaban como compromisos interestatales, cuestión que se modificó en 2009 con la implementación del *Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre las Entidades Federativas*, el cual pasó a sustituir a los convenios interestatales, convirtiéndose así en el marco de normatividad general que implica a las treinta y dos entidades federativas. En la tabla 3 se muestran las principales características del los AICC en 2008 y el nuevo modelo de 2009.

Tabla. A.1 Acuerdos de Coordinación entre la Federación y las Entidades Federativas Caracterización 2003-2009

Año	Estructura de los Acuerdos de Coordinación y modificaciones para el periodo 2003-2009
2003	<p>Antecedentes: PND del Gobierno Federal 2001-2006 y modificaciones a la Ley General de Salud 2003 que en su Art. 77 bis insta a la firma de Acuerdos de Cooperación.</p> <p>Clausulas: 24 que distribuyen las obligaciones a las que se hacen acreedores las partes en la puesta en marcha del la RPSS.</p> <p>1 Objeto: Establece las Bases, compromisos y responsabilidades para la ejecución del SPSS</p> <p>2 Obligaciones de las partes: La SSA Federal establece, coordina y supervisa las bases para la regulación del REPSS. Asesora a la Entidad Federativa para la implementación de acciones: conformación del padrón de beneficiados, difusión del programa, aseguramiento de la calidad de los servicios. Administra el FPGC. Elabora y difunde el Plan Maestro de Infraestructura. Coadyuva con el sistema de compensación económica entre estados</p> <p>3 Compromisos del Estado: Constituye jurídicamente al REPSS, Identifica e incorpora a</p>

	<p>familias. Administra el padrón de beneficiarios. Presta servicios de salud. Evalúa la capacidad económica de las familias para el establecimiento de una cuota familiar. Entregar Informes trimestrales sobre el padrón. Aplicar recursos a destinados a Infraestructura y ejercer los recibidos por concepto de cuota social, aportación solidaria federal, estatal (la cual se entregará en tres partes) y cuota social. Incluirse como parte del proyecto de presupuesto estatal. Dar garantía de la calidad de los servicios. Establecer las facilidades de intercambio de pagos por servicios entre estados.</p> <p>4 Servicios de Salud que se otorgarán: Servicios esenciales y aquellos incluidos en el FPGC</p> <p>5 Competencia del REPSS: Coordina la prestación de servicios en establecimientos de salud estatales.</p> <p>6 Incorporación de beneficiarios: Los grupos vulnerables son primera prioridad.</p> <p>7 Recursos Financieros: La SHCP entrega los recursos a la SSA Federal quien los destina a los estados según Asignación de Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASS), Cuota social y Aportación Solidaria y Recursos para familias no afiliadas.</p> <p>Anexo III.</p> <p>8 Destino de los recursos transferidos: Su uso queda restringido únicamente a los fines expresamente acordados. 9 Modo de transferencia: Los recursos llegan a la Secretarías de Finanzas de los gobiernos estatales.</p> <p>10 Aportación Solidaria Federal: La fórmula para determinar la aportación depende de las metas de incorporación de familias, reduciéndole de manera proporcional los recursos del FASS, así como de los recursos correspondientes a los programas federales dirigidos a no derechohabientes. Anexo III</p> <p>11 Aportación Solidaria Estatal: Se especifica en el Proyecto de Presupuesto estatal y debe ser proporcional a las metas de afiliación. Las aportaciones extraordinarias deberán ser reportadas al nivel federal. Anexo III</p> <p>12 Fondo de aportaciones para los SS. En el mes de enero de cada año se conocerán los montos del FASS</p> <p>13 Responsabilidad de la entrega de la cuota social SHCP y SSA: La conformación del FPGC se da de las retenciones que la SHCP realice del 8% de la suma de la cuota social, aportación solidaria federal y estatal y 3% para la Previsión Presupuestal. Se constituye el Fideicomiso a nivel federal para el manejo transparente de estos recursos.</p> <p>14 Transferencia de recursos por concepto de familias que migren de estado</p> <p>15 Medidas de colaboración e integración: Convenios de colaboración interestatal e interinstitucional.</p> <p>16 Participación de los municipios.</p> <p>17 Entrega de informes trimestrales por parte de la entidad.</p> <p>18 Salud coadyuvara en la vigilancia de las acciones que establecen el acuerdo.</p> <p>19 El nivel federal se encargara de su difusión en medios masivos de comunicación.</p> <p>20 La SFP podrá verificar los compromisos de la entidad federativa que señalan el acuerdo signado.</p> <p>21 Suspensión de transferencia de recursos por parte de la Federación: Si el uso estipulado de los recursos no se cumple.</p> <p>22 Disposiciones finales: la solución de controversias posibles será atribución de la SCJN</p> <p>23 Modificaciones: Se podrán realizar sólo de común acuerdo</p> <p>24 Vigencia. Indefinida</p> <p>25 Anexos: I) Servicios de Salud, II) Metas de afiliación, III) Recursos presupuestales</p>
2004	<p>La estructura de los Acuerdos de Coordinación se mantiene casi de forma idéntica a la del año anterior. Sólo se identifico un cambio. La desaparición de la cláusula referente a la participación de los municipios. Además de que se agregó el Anexo IV, referente al concepto de Gasto. Esto con la finalidad de tener claridad en las restricciones para el uso de los recursos transferidos. El Anexo señala: 1) Remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de servicios de atención médica del SPSS; 2) Adquisición de medicamentos incluidos en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud y otros insumos necesarios para la prestación de servicio; 3) Adquisición de equipo médico,</p>

	instrumental, mobiliario médico, de laboratorio y gabinete, incluyendo vehículos (ambulancias y unidades móviles); 4) Rehabilitación y mantenimiento de Unidades médicas; 5) Construcción de nuevos espacios para la provisión de servicios médicos incluidos el PMI
2006	Los Acuerdos de Coordinación mantienen la misma estructura de los AC signados en el 2004 los cuales a su vez presentaban diferencias con respecto a los signados en 2003. Consta así que los AC se componen de 24 cláusulas y 5 anexos, con lo que a diferencia del 2004 se agregó un nuevo anexo referente a la Red de servicios que conforma desde el 2004 el Seguro Popular.
2007	Modificación del Anexo II .
2008	Modificaciones referentes a la operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). En el año 2003 el FPGC se estipulaba en las cláusulas segunda y cuarta de los AC. Para el año 2008, el FPGC se establece mediante un Acuerdo de Colaboración entre la Secretaría de Salud Federal a través de la CNPSS y las entidades Federativas a través de los Servicios de Salud del Edo. Estos Acuerdos de Colaboración especifican mediante V Anexos I) Los servicios objeto de apoyo financiero; II) Tabulador de compensación económica; III) Formato de declaratorias de Casos Nuevos, IV) Informe Semestral; V) Informe para la transferencia de recursos.
2009	<p>Los AC no recibieron modificaciones en su estructura. Sin embargo si se llevaron a cabo modificaciones sustanciales a través de reformas realizadas a los Anexos I y IV</p> <p>El primero referente al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) considera la inclusión el listado de Medicamentos: a) Clindamicina Gel; b) Asignación de número de clave de sertralina; c) Inclusión de la clave 4148 Insulina Lispro/Lispro proteína; d) Inclusión de la clave 4162 Insulina Lispro; e) eliminación de la clave 3819 Toxoide Tetánico Solución inyectable.</p> <p>Las modificaciones del anexo IV, señala de manera pormenorizada la forma en que se dará la transferencia de recursos, agregando a los cuatro lineamientos ya existentes, 10 más.</p> <p>Conceptos de gasto, en donde se especifica que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la remuneración del personal directamente involucrado en la prestación de servicios. El total para la contratación será hasta de un 40% de los recursos federales líquidos transferidos. La entidad federativa deberá encargarse de encontrar fuentes alternativas para financiar el exceso de contratación de personal permitido. 2) Conservación y mantenimiento de unidades médicas. Dependerá de la cuota social y en su caso de la aportación solidaria federal. 3) Acciones de Promoción y Prevención de la salud. No menos del 20% de la cuota social para las intervenciones que dentro del CAUSES atiendan la promoción y prevención de la Salud. 4) Adquisición de medicamento, material de curación y otros insumos. Hasta el 30% de los recursos líquidos de la cuota social y en su caso de la Aportación Solidaria Federal. 5) Compra de Servicios de pagos a terceros por servicios de Salud. 6) Acreditación de unidades. 7) Programa Caravanas de Salud. Se comprarán servicios contenidos en el CAUSES al programa CS. Las intervenciones que puede cubrir este programa varia. Con lo que el monto percapita por familia puede ser de \$1,182.30 y \$1,244.40. 8) Sistemas de información automatizados. 9) Inversión en infraestructura médica nueva. Requisitos: Presentar para la validación de la CNPSS el programa de infraestructura, estar en concordancia con el Plan Maestro de Infraestructura; los gastos de operación de las nuevas unidades correrán a cargo de la entidad federativa; Acordar la planeación de los gastos que la nueva infraestructura representa a los recursos del estado. 10) Apoyo Administrativo y Gasto de operación a los REPSS. Cuota Social

<p>11) Gasto de operación de las U. médicas participantes en la prestación de ser. De salud CAUSES. Cuota social</p> <p>12) Comprobación del ejercicio de los recursos transferidos.</p> <p>13) Transparencia y Supervisión en el manejo de los recursos del Sistema.</p> <p>14) Sanciones. Suspensión de la transferencia de recursos.</p>

Tabla A.2. Cambios detectados en los Acuerdos de Gestión entre el REPSS y los prestadores de salud públicos 2007-2009

AÑO	Hospital Regional
2007	<p>Formato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes: Constitución Política, Ley General de Salud, Plan Nacional de Desarrollo y al Reglamento de la Ley General de Salud. - Firman el acuerdo el OPD SESA Jalisco entidad a la cual está adscrito REPSS y la "Unidad" de servicios - 13 cláusulas conforman la estructura de los compromisos que entablan el "Organismo" y la "Unidad" - 4 anexos. (1); (2) Catalogo Universal de Servicios Esenciales de Salud; (3) Distribución Presupuestal; (4) Manual y actividades del Gestor Medico <p>Características principales</p> <p>El Catálogo de Servicios se compone de 9 rubros: Acciones preventivas, Medicina Ambulatoria, Odontología, Salud Reproductiva, Embarazo-Parto-Recién Nacido, Rehabilitación Urgencias, Hospitalización y Cirugía, sumando un total de 258 intervenciones.</p> <p>Pago por días de estancia de acuerdo al servicio: \$1,650 Med. Interna; \$1,950 Gineco-Obstetricia; \$2,210 Pediatría; 2, 440 Cirugía General; \$450 Consulta menor a doce horas en urgencias; \$165 consulta de especialidad.</p>
	Jurisdicción o región sanitaria
2008	<p>Formato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes: Constitución Política, Ley General de Salud, Plan Nacional de Desarrollo y al Reglamento de la Ley General de Salud. - Firman el acuerdo el OPD SESA Jalisco entidad a la cual está adscrito REPSS y la "Unidad" de servicios - 10 Cláusulas conforman el nuevo formato, pues se suprimieron las de Especificación de servicios; Calidad de los servicios y Servicios Excluidos. - 7 Anexos: 1 CAUSES; 2 Proveedores de servicios; 3 Distribución Presupuestal; 4 Rubro de Gastos; 5 Metas autorizadas de afiliación; 6 Manual y Actividades Gestor Médico; 7 Indicadores de Calidad <p>Características principales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se agrega a la cláusula segunda, el pago mensual de \$100 m/n por familia afiliada a cada región sanitaria - Incorporación en la cláusula 3 la figura del Aval Ciudadano y seguimiento de los indicadores de calidad a partir de SICalidad. - Se expresa la rigurosidad en el uso de recursos a lo establecido en el anexo 4, mencionando las penalizaciones de reintegro del monto no utilizado bajo este lineamiento. Se introducen el Anexo de Indicadores de calidad

2009	Jurisdicción Sanitaria	Hospital Regional
	<p>Formato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes: Constitución Política, Ley General de Salud, Plan Nacional de Desarrollo y al Reglamento de la Ley General de Salud. - Firman el acuerdo el OPD SESA Zacatecas y la Jurisdicción Sanitaria - 9 cláusulas conforman la estructura de los compromisos que entablan el "Organismo" y la "Unidad" - 14 anexos. Familias afiliadas; 2 Módulos de Afiliación y operación; 3 Red de proveedores; 4 Unidades Médicas Acreditadas 2008; 5 Asignación de Recursos; 6 CAUSES y Medicamentos 2008; 7 Manual de los Gestores y Servicios de Salud; 8 Indicadores de Calidad, 9 Rubros Evaluación del desempeño; 10 Formato de Atención de solicitudes, quejas; 11 Promoción, prevención y detección oportuna Causes; 12 Concepto de Gasto 2008, 13 Art. 38 PEF; 14 Concepto de Gasto del Anexo VI Acuerdo 2008 <p>Características principales</p> <p>Debido a que representa un acuerdo con una Jurisdicción Sanitaria, la pormenorización de los servicios que busca adquirir el "Organismo" es amplia.</p> <p>La asignación de recursos se realiza a partir de una per cápita de 100 pesos mensuales por familia afiliada.</p> <p>Se propone Identificar proveedores alternos de servicios o auxiliares de diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>Formato</p> <p>Antecedentes: Constitución Política, Ley General de Salud, Plan Nacional de Desarrollo y al Reglamento de la Ley General de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Firman el acuerdo el OPD SESA Jalisco entidad a la cual está adscrito REPSS y la "Unidad" de servicios - 12 Cláusulas conforman el nuevo formato 5 Anexos: 1 CAUSES; 2 Distribución presupuestal, 3 Rubros de Gasto; 4 Manual y Actividades del Gestor Médico; 5 Indicadores de Calidad. <p>Características principales</p> <p>Pago por días de estancia de acuerdo al servicio se mantienen: \$1,650 Med. Interna; \$1,950 Gineco-Obstetricia; \$2,210 Pediatría; 2, 440 Cirugía General; \$450 Consulta menor a doce horas en urgencias; \$165 consulta de especialidad. \$50 por consulta externa</p>

Tabla A.3. Acuerdos Interinstitucionales. Acuerdos de Colaboración 2009

Acuerdos de Colaboración	
2009	<p>Estructura Antecedentes: Se remite a las modificaciones a la Ley General de Salud que crearon en 2003 el SPSS. Clausulas. Aunque su número es relativo al tipo de contratación que se lleve a cabo, por lo general las cláusulas se enfocan en la prestación del servicio y las regulaciones pertinentes sobre su otorgamiento. Anexos. Especifican el tipo de intervenciones que se pactan en el convenio.</p> <p>Características principales Se especifica detalladamente el Servicio por el cual se firma el Acuerdo de Colaboración Se comprometen las partes tanto a la supervisión de la calidad de los servicios como al otorgamiento de trato digno y calidad en el servicio de acuerdo a los indicadores vigentes, La transferencia de recursos por parte del REPSS se hace con base en el costo de las intervenciones convenidas para que sean brindadas por la unidad. El REPSS además podrá transferir recursos extraordinarios para la solución de situaciones ordinarias y extraordinarias que entre ambas partes convengan representan obstáculo para el otorgamiento oportuno de servicios de salud de calidad. Finalmente el convenio establece el respeto a las relaciones laborales existentes en la unidad. Señala que en nada afectará el inicio del nuevo convenio.</p>

Tabla A.4. Convenios Interestatales 2008-2009

Acuerdos Interestatales	
2008	<p>Estructura Antecedentes: Constitución Política, Ley General de Salud Clausulas: Si bien este puede variar por lo general establecen 7 clausulas en las que se especifica la competencia y responsabilidad de las partes.</p> <p>Características principales <i>Motivos que justifiquen utilizar los servicios en otra entidad:</i> i) Referencia de pacientes; ii) Por falta oportuna de tratamiento en la entidad de origen (justificada y documentada la situación) iii) En tránsito de un estado u otro.</p> <p><i>Compensación económica:</i> i) Trimestralmente la entidad federativa prestadora del servicio entregan informes de casos con la documentación requerida (póliza de afiliación, hoja de referencia, nota de egreso hospitalario, copia de credencial de elector, hoja de contra referencia); ii) la transferencia de recursos se dará incluso a unidades que no estén acreditadas, con la obligación de que utilice los recursos para lograr ese fin; iii) La entidad prestadora utilizará el Sistema de Información y Tabulador correspondiente a los costos del CAUSES, iv) La CNPSS informará los casos que hayan sido brindados por los Servicios de Salud Estatales bimestralmente; v) Los servicios estatales quienes hayan brindado el servicio remitirán esta información a la entidad del afiliado para que reciba la compensación económica.</p> <p><i>Obligaciones de las partes.</i> Además de las compensaciones económicas, se comprometen a utilizar los sistemas de información y costeo proporcionados por el CAUSES. En casos de incumplimiento de pago superior a los 120 días de la comprobación total del servicio, la CNPSS intervendrá mediante el pago del servicio, para posteriormente hacerlo deducible de las asignaciones que se le entregan al REPSS que recibió el beneficio adicionándole los gastos administrativos del mismo. Este pago realizado por la CNPSS no podrá superar los 15 días</p>

	<p>después de cumplido el plazo.</p> <p>La resolución de conflictos entre las partes se realizará mediante las instancias encargadas del arbitraje médico a nivel estatal y federal.</p>
<p>2009</p>	<p>Estructura Antecedentes: Constitución Política, Ley General de Salud Diez Clausulas conforman en nuevo Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre las Entidades Federativas. El presente Convenio sustituye a los anteriores Convenios Interinstitucionales firmados entre diferentes estados.</p> <p>Características principales Garantizar “la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier lugar dentro del territorio de las entidades federativas” que firman el convenio, bajo la cobertura que ofrece el CAUSES vigente. Se mantiene <i>las cláusulas</i> que motivan la posibilidad de atención en los servicios de salud de otro estado, agregándole una cuarta: urgencia médica. La estructura es similar a la anterior, sólo que modifica algunos de los plazos de cobro y especifica de mejor manera el procedimiento. <i>Uso del sistema Informático de portabilidad</i> Resulta Indispensable para la solicitud de reembolso por el otorgamiento de los servicios. <i>Obligaciones de la CNPSS.</i> Establecer y actualizar el Directorio Nacional de Unidades Médicas así como el CAUSES: Establecer el sistema Informático de portabilidad en el que se especifican las tarifas autorizadas para el cobro de servicios entre los estados. Su participación para los casos en los que el reembolso se retrase se mantiene. Aunque el procedimiento nuevo se establecerá en un plazo de 90 días posteriores a la firma del convenio (Octubre 2009). La Resolución de conflictos será en los mismo términos que señalaban los anteriores convenios interestatales.</p>

Referencias bibliográficas

- ¹ González-Robledo LM, Nigenda G, González-Block MA, Caballero M, Gómez P, Duarte MB, Cuadra M. Separación de funciones. En: Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de Procesos Administrativos. Primera Edición. Instituto nacional de Salud Pública, Cuernavaca, 2008.
- ² Secretaría de Salud. Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2da, Edición. México, DF: SSA/FUNSAUD/INSP/FCE, 2006.
- ³ Secretaría de Salud. Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2da, Edición. México, DF: SSA/FUNSAUD/INSP/FCE, 2006.
- ⁴ Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud. Última reforma publicada DOF 13-11-2008. Disponible en:
http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf
- ⁵ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Manual de Gestores de Servicios de Salud.
- ⁶ Secretaría de Salud. Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2da, Edición. México, DF: SSA/FUNSAUD/INSP/FCE, 2006.
- ⁷ Secretaría de Salud. Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2da, Edición. México, DF: SSA/FUNSAUD/INSP/FCE, 2006.
- ⁸ Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud. Última reforma publicada DOF 13-11-2008. Disponible en:
http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf
- ⁹ Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud. Última reforma publicada DOF 13-11-2008. Disponible en:
http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf
- ¹⁰ Borgatti SP, Everett MG, Freeman LC. Ucinet for Windows: Software for social network analysis. Harvard, MA: Analytic Technologies; 2002.
- ¹¹ Freeman LC. Centrality in social networks. Conceptual clarification. Social Networks 1978/79;1:215-239.
- ¹² Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe Documento de Trabajo 353, Washington, 1997.
- ¹³ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de la salud. Ginebra: OMS; 2000.
- ¹⁴ Lago C. El impacto de las reformas de salud en los principios de seguridad social. En: Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile 2005.
- ¹⁵ Sojo A. La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasi mercados a inicios del milenio. Serie Estudios y Perspectivas 44. CEPAL sub regional México. 2006

Capítulo 2. Procesos de Afiliación del Sistema de Protección Social en Salud *

Introducción

Antecedentes del componente *afiliación* para la evaluación 2009

En el contexto de la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2007 (SPSS), se realizó una valoración de los avances en el proceso de afiliación. Los principales hallazgos fueron: a) un grupo de entidades con desventajas para alcanzar sus metas de afiliación, teniendo menos del 30% de cobertura (Michoacán, Estado de México, Veracruz y Guerrero); b) rezago en el proceso de afiliación en entidades con poblaciones con altos índices de marginación y mayores tasas de mortalidad infantil (Michoacán, Veracruz y Guerrero); c) atraso en la afiliación de las familias beneficiadas por el programa de Oportunidades; d) rezago considerable en la afiliación de familias indígenas (más del 80% de estas familias expresó no estar afiliada al Seguro Popular); e) la cobertura del SPSS de familias se ubicó en los primeros deciles de ingreso en entidades como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, donde existía un grupo de familias localizadas en los dos primeros deciles de ingreso sin aseguramiento.

En el artículo 77 Bis de la Ley General de Salud establece que el Seguro Popular de Salud está dirigido a residentes en territorio nacional y no derechohabientes de seguridad social, con CURP. La unidad de afiliación es el padre y/o la madre, los hijos y adoptados menores de dieciocho años ó menores de dieciocho años en línea de consanguinidad que habiten en la misma vivienda dependientes económicos, ascendientes directos, mayores de sesenta y cuatro años que habiten en la misma vivienda, hijos solteros estudiantes de hasta veinticinco años e hijos discapacitados dependientes. De acuerdo al marco normativo para la ejecución del Sistema de

* Elaborado por : Clara Juárez y Sandra G. Sosa-Rubí

Protección Social en Salud en las entidadesⁱ, el “estado” se obliga a garantizar los siguientes aspectos en materia de afiliación:

- i) llevar a cabo las acciones de identificación de grupos de familias a beneficiar, de promoción y de difusión, así como de incorporación de familias a los beneficios de protección social;
- ii) administrar el padrón de beneficiarios;
- iii) prestar servicios de salud, suministro de insumos y medicamentos para su oferta oportuna y de calidad;
- iv) apoyar a los solicitantes de incorporación al SPSS en la obtención de actas de nacimiento y Clave Única de Registro de Población;
- v) realizar la evaluación de la capacidad económica de las familias con el fin de establecer el nivel de cuota familiar que le corresponda;
- vi) remitir la información de las familias incorporadas al padrón, específicamente la cantidad de familias, su vigencia y la aportación de cuotas, los primeros 45 días naturales de cada trimestre;
- vii) aplicar recursos destinados a infraestructura con base al Plan Maestro;
- viii) verificar las quejas que los beneficiarios presentan en términos de la prestación de servicios de salud;
- ix) facilitar el intercambio de servicios entre regímenes estatales. Los lineamientos de operación señalan que las familias bajo el régimen no contributivo son aquellas con insuficiencia o carencia de ingresos clasificadas con base en una evaluación socioeconómica, y que resultan pertenecer a los deciles I y II, y las familias beneficiarias del Programa de Oportunidades y Liconsa.

Para el año 2007 por disposición federal, se señalaron nuevos grupos prioritarios para la afiliación, enmarcados en el “Seguro Médico para una Nueva Generación”. En esta

ⁱ Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se Reforma y Adiciona la Ley General de Salud. 15 de mayo de 2003. Encontrado el 20 de Febrero 2010 en: http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/seguropopular/mjuridico/ref_leygendesalud.pdf

disposición las acciones de afiliación se dirigen a cubrir dos nuevos grupos prioritarios: recién nacidos y embarazadas.

El análisis de los avances de afiliación al SPSS que a continuación se describe, se enmarca en los criterios normativos y mecanismos de operación del programa, específicamente en lo que se refiere a los criterios de afiliación y obligaciones del estado para garantizar la cobertura adecuada del sistema de protección social.

Después de casi 5 años de inicio de la implementación del SPSS, se presentan en este documento los resultados de una segunda evaluación de procesos administrativos, la cual para el tema de *Afiliación* tuvo como objetivos, evaluar el proceso de afiliación del SPSS enfatizando tres aspectos: a) avances en el proceso de afiliación al SPSS por entidad; b) caracterización de las familias afiliadas al SPSS; y c) identificación de las principales barreras para la afiliación al SPSS.

Resumen de hallazgos relevantes de la evaluación de los avances de afiliación, 2009.

Para 2009, las poblaciones prioritarias de afiliar en los estados siguen siendo aquellas pertenecientes a zonas rurales y pobres. Para este año y con miras a que en el 2010 el avance de la afiliación llegue al 100%, los estados debían haber avanzado en la afiliación de poblaciones que en años anteriores no se habían podido incorporar. Al respecto destacan las opiniones de los directores de afiliación señalando avances al 100% en casi todos los estados visitados. Solamente en Guerrero y Baja California reconocieron problemas para afiliar en zonas de difícil acceso.

Un problema común al que se enfrentan todos los estados visitados, es la falta de documentación de las familias (particularmente de las familias más pobres) que dificulta procesos como la afiliación de familias, la validación de las metas de afiliación y la re-afiliación. Este último problema se ha intentado solucionar con el apoyo de los gobiernos locales, pero en la opinión de los directores de afiliación el tema sigue

representando un obstáculo importante en la afiliación de familias vulnerables. Sin embargo, es interesante que una constante en las opiniones de los usuarios respecto del tema de los documentos, sea la facilidad para conseguirlos por tratarse de familias que tradicionalmente han participado en programas federales de abate a la pobreza. Debido a ello están familiarizados con los requisitos que deben cubrir para hacerse parte de uno y otro Programa. Esta información es relevante para la evaluación 2009 en el sentido que señala la divergencia que aún existe entre la percepción de los directivos vs la de los afiliados, respecto de las dificultades para afiliarse.

Otro hallazgo que llama la atención es que los directivos de entidades con mayor proporción de población urbana opinaron que la mayor parte de la población que resta por afiliarse pertenece a esas zonas, fundamentalmente por tratarse de zonas de difícil acceso y por la falta de disponibilidad de la población de zonas urbanas a pagar cuotas anuales de afiliación. Adicionalmente los directivos de afiliación señalaron que la promoción para afiliarse familias restantes en áreas urbanas resulta más cara, en contraste con las campañas de afiliación “normal”.

Por otro lado, hay un consenso entre los directivos de afiliación respecto que la política dirigida a afiliarse recién nacidos y embarazadas está dejando de lado otros grupos vulnerables y prioritarios, por ejemplo los adultos mayores, los migrantes, los trabajadores temporales y la población desempleada.

Se encontraron opiniones que señalan que el ritmo de la afiliación lo marca la disponibilidad de clínicas y hospitales acreditados para atender afiliados al SPSS, (dato corroborado con los resultados de afiliación del 2009), lo cual implica que aquellas localidades que no tienen unidades de salud acreditadas pueden estar quedando fuera del proceso de afiliación. Al respecto, valdría la pena poner atención en focalizar a los grupos vulnerables ubicados en localidades sin unidades acreditadas, ya que esto potenciaría el riesgo de estas poblaciones a quedarse fuera de la posibilidad de acceder a servicios de salud calificados.

Según opiniones de los directivos de afiliación, los apoyos recibidos por los gobiernos locales, estatales y federales para la afiliación de poblaciones son de diversa índole. Mientras en algunas entidades se tiene un trabajo bien coordinado en todos los niveles de gobierno, otras no tienen apoyo de las autoridades locales.

Otro punto relevante que se encontró es la necesidad de mejorar la información que se proporciona a los afiliados sobre sus *derechos* y *obligaciones*, ya que las aclaraciones que se proporcionan durante la afiliación versan más sobre la cobertura de enfermedades y menos sobre estos puntos que también son de interés. Proporcionarles información al respecto podría sentar bases para una población más participativa en el futuro.

Finalmente, una parte importante en la evaluación 2009 fue indagar sobre la situación de la re-afiliación. Al respecto se encontró que la población de zonas rurales tiene mayor disponibilidad a re-afiliarse que la población de zonas urbanas. Uno de los principales motivos de la reticencia a la re-afiliación en zonas urbanas es la mala calidad de los servicios de salud. En contraste, en zonas rurales en donde los afiliados tienen poco o nulo punto de comparación, se manifestó una mejor satisfacción en el servicio recibido. Cabe resaltar que cada entidad ha generado estrategias diferenciadas para motivar a la población a afiliarse y re-afiliarse.

1. Metodología

Para este componente se entrevistaron de manera individual a nueve Directores de Afiliación en los estados muestra (Hidalgo, Querétaro, Distrito Federal, Morelos, Guerrero, Baja California, Jalisco, Campeche y Zacatecas), y se realizaron 18 entrevistas grupales (dos en cada estado, una en zona rural y otra en zona urbana), participando un total de 122 personas (108 mujeres y 14 hombres). El rango de edad de los participantes estuvo entre 14 y 77 años. Una parte relevante del diseño metodológico está relacionado con la elección de poblaciones pertenecientes a zonas rurales y urbanas. La hipótesis que subyace a esa elección, es que la población de

zonas rurales tiene pocas opciones de acceso a servicios públicos de salud con las que comparar la atención recibida estando afiliado al SPSS, siendo lo contrario en poblaciones de zonas urbanas, en donde el ISSSTE y el IMSS hacen parte de la oferta de servicios públicos de atención a la salud.

Los temas que se exploraron mediante las guías de entrevista individual y grupal, están relacionados con los objetivos específicos de la evaluación para el apartado de afiliación.

En el caso de las *entrevistas individuales* a Directivos de afiliación, los temas que se exploraron versaron sobre los aspectos más relevantes que han contribuido y obstaculizado a alcanzar las metas de afiliación estatales; los avances en el proceso de afiliación hasta el momento en que se realizó la evaluación; y los retos que siguen para el alcance de las metas establecidas.

En el caso de las *entrevistas grupales* los tópicos que se abordaron fueron: a) conocimiento sobre los requisitos y proceso de afiliación; b) conocimiento sobre el proceso de re-afiliación; c) sobre *derechos* como afiliados; y d) utilización de los servicios de salud siendo afiliado al SPSS.

Este análisis fue complementado con cifras proporcionadas por la CNPSSⁱⁱ que informan sobre los avances de afiliación de las entidades federativas al 2009.

ⁱⁱ Consultado en: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=39&Itemid=99

2. Resultados

2.1 Perspectiva de los Directores de Afiliación.

2.1.1 Experiencias en las etapas iniciales de afiliación

Los Directores de Afiliación en todas las entidades visitadas manifestaron que al inicio del Programa las poblaciones prioritarias a afiliar eran las familias no aseguradas con mayores niveles de marginación pertenecientes a zonas rurales, las familias beneficiadas por programas prioritarios que buscan aliviar la extrema pobreza (Oportunidades, Liconsa) y las poblaciones indígenas. Este interés también se reportó en evaluaciones previas del SPSS.

Se registraron avances de la afiliación a la población en todos los estados de la muestra. Sin embargo, los entrevistados subrayaron nuevamente limitaciones para alcanzar a poblaciones prioritarias en zonas rurales, como en Guerrero, donde las poblaciones rurales de alta marginación fueron identificadas pero se presentaron obstáculos para iniciar el proceso de afiliación, debido a la falta de infraestructura y de personal médico en estas zonas.

En este punto es importante llamar la atención respecto a la importancia de la creación y mejora de infraestructura de las unidades médicas para poder llevar a cabo la atención médica de afiliados al SPSS, ya que según los datos se ha avanzado en las metas de afiliación en términos numéricos pero no se ha mejorado la infraestructura a la misma velocidad. Probablemente por ello, las opiniones de los afiliados de zonas urbanas, señalan una mala calidad en el servicio que les proporcionan, lo cual confunde a los usuarios respecto de las ventajas de estar afiliado o no, ya que el servicio es el mismo.

2.1.2 Poblaciones Actualmente Prioritarias para la Afiliación

En todas las entidades se señala que actualmente las poblaciones prioritarias a afiliar son los recién nacidos, situación enmarcada en la política federal actual que promueve

el Seguro Médico para una Nueva Generación y las mujeres embarazadas. Con este nuevo criterio que define a nuevos grupos prioritarios para la afiliación, los directivos de afiliación entrevistados señalaron su preocupación por dejar fuera otros grupos vulnerables como los adultos mayores, migrantes, indígenas, trabajadores agrícolas temporales, etc.

No obstante, esa percepción que probablemente deriva de una mala información sobre la utilización del Seguro Médico para una Nueva Generación, ha provocado malestar y desconfianza hacia el SPSS entre grupos de población vulnerables que quedaron fuera de la afiliación al Seguro Popular a finales del año 2009, ya que consideran que por su condición de no asegurados a otro servicio público de salud deberían tener derecho al Seguro Popular. Este dato señala la necesidad que los directores de afiliación estén atentos a la información que se está proporcionando a la población, para que esos grupos tengan conocimiento sobre las posibilidades de pertenecer al SPSS.

Otros grupos que los directores de afiliación consideraron prioritarios de afiliar, son aquellas familias que tienen algún miembro con afecciones de salud importantes y que les representa una carga financiera. Al respecto, sería relevante promover el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), para motivar la afiliación de esas familias.

2.1.3. Avances en el Proceso de Afiliación de las Entidades

En la mayoría de las entidades visitadas se expresan avances en la afiliación: Morelos 70%, Hidalgo 73%, Querétaro 86%, Guerrero 80%. En el caso de Campeche se manifiesta tener afiliados al 98% de la población rural y al 90% de la urbana. En Jalisco se estiman avances del 90% al 95% en general (zonas rurales y urbanas). En Baja California es de 92% al 98%. En todos los casos la mayoría de las localidades de alta marginación han sido incorporadas aunque no en su totalidad.

En el ámbito nacional los informes de cobertura de afiliación son consistentes con lo reportado por algunas entidades en las entrevistas. De acuerdo al reporte de la CNPSS

al cierre del 2009 las metas de cobertura de afiliación estatal (número de hogares afiliados/número de hogares sujetos a afiliación) fueron mayores al 78% en todas las entidades. Los estados de Guerrero, Sonora y Baja California fueron los de menor cobertura con 78.8%, 84.5% y 85.9% respectivamente. Le siguen Puebla, Durango, Michoacán y Zacatecas con 88.9%, 89.2%, 89.4% y 92.1% respectivamente. Las entidades cuya cobertura fluctuó entre 93% y 99% fueron Oaxaca (93.1%), México (93.3%), Baja California Sur (94.4%), Tamaulipas (96.3%), Colima (96.7%), del 97% en Chiapas, Nayarit y Nuevo León, Morelos (98.2%) y del 99% en Sinaloa, Hidalgo, Distrito Federal, Quintana Roo y Tlaxcala.

Mientras que las entidades que tuvieron una cobertura del 100% y más fueron en orden descendente Chihuahua, Yucatán, Jalisco, Campeche, Querétaro, Aguascalientes, Veracruz, Coahuila, Tabasco y San Luis Potosí (tabla 1).

Tabla 1 .Cobertura de Afiliación por Entidad Federativa, 2009

Número	Entidad Federativa	Hogares sujetos	Hogares afiliados	Porcentaje de cobertura de afiliación
12	Guerrero	453,086	356,840	78.76
26	Sonora	220,580	186,385	84.50
2	Baja California	287,255	246,872	85.94
21	Puebla	600,167	533,985	88.97
10	Durango	136,791	122,133	89.28
16	Michoacán	431,638	385,906	89.41
32	Zacatecas	213,695	196,835	92.11
20	Oaxaca	604,530	562,692	93.08
15	México	1,145,986	1,069,509	93.33
3	Baja California Sur	45,060	42,545	94.42
28	Tamaulipas	348,392	335,759	96.37
6	Colima	91,644	88,594	96.67
7	Chiapas	697,769	681,711	97.70
18	Nayarit	143,256	140,160	97.84
19	Nuevo León	228,323	223,682	97.97
17	Morelos	222,175	218,286	98.25
25	Sinaloa	245,675	243,386	99.07
13	Hidalgo	338,799	335,729	99.09
9	Distrito Federal	420,901	417,834	99.27

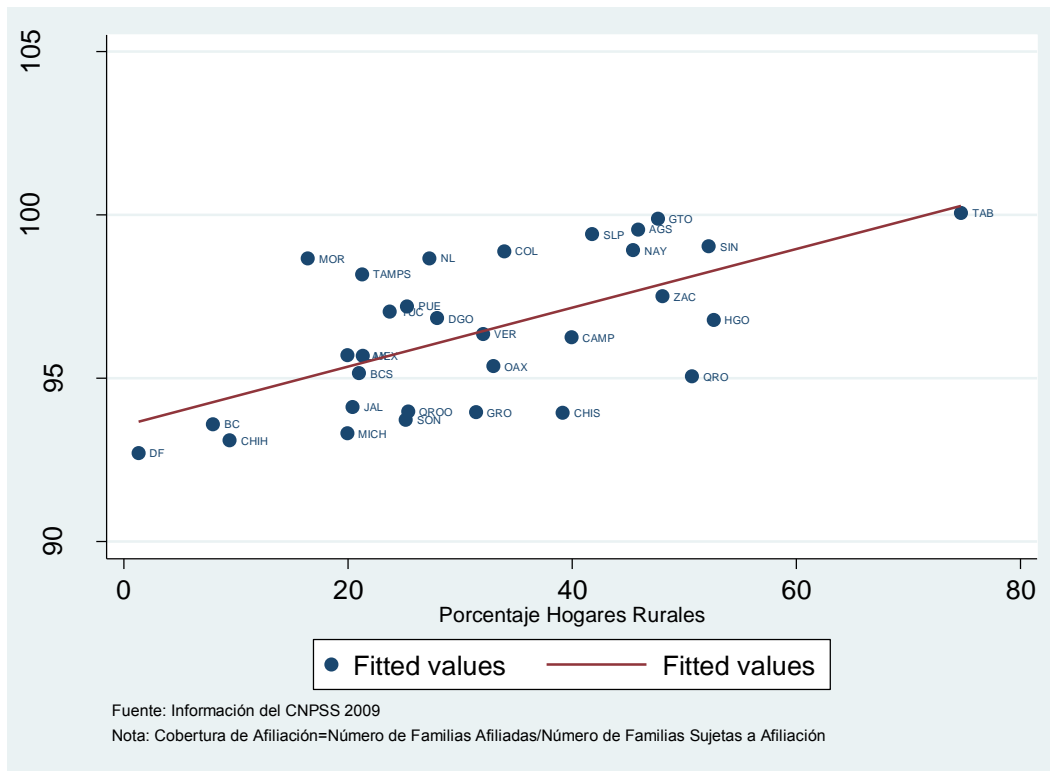
Número	Entidad Federativa	Hogares sujetos	Hogares afiliados	Porcentaje de cobertura de afiliación
23	Quintana Roo	109,337	108,683	99.40
29	Tlaxacala	180,006	179,147	99.52
11	Guanajuato	673,749	676,987	100.48
8	Chihuahua	244,316	246,155	100.75
31	Yucatán	200,284	2002,097	100.91
14	Jalisco	572,002	577,856	101.02
4	Campeche	117,869	119,281	101.20
22	Querétaro	159,642	163,407	102.36
1	Aguascalientes	123,148	126,070	102.37
30	Veracruz	700,126	719,806	102.81
5	Coahuila	157,516	161,955	102.82
27	Tabasco	433,397	445,920	102.89
24	San Luis Potosí	271,271	282,282	104.06

Fuente: Datos de la CNPSS, 2009

Al respecto los directores de afiliación, específicamente de entidades mayormente urbanas, señalaron que a la fecha, la mayor parte de las zonas cubiertas son las de población rural, sin embargo las familias que restan por afiliar se ubican en zonas metropolitanas. Cabe subrayar que la situación no es la misma en estados con una proporción importante de población rural como es el caso de Guerrero e Hidalgo, donde las localidades con menor acceso al Seguro Popular son las zonas rurales alejadas.

La gráfica 1 muestra la relación entre los avances de cobertura general y los avances de cobertura en zonas rurales en todas las entidades federativas. Con base a esta gráfica se observan dos escenarios. Por un lado existe un grupo entidades con una alta proporción de población rural y bajos niveles de cobertura de este tipo de población como es el caso de Michoacán, Oaxaca, Guerrero y Veracruz. Por otro lado, se encuentran entidades como Hidalgo y Zacatecas con una proporción mayor al 50% de cobertura de población rural. Y el caso excepcional de Tabasco cuya cobertura general alcanzó el 100% y su cobertura de población rural rebasan el 75%.

Gráfica 1. Cobertura de Afiliación vs. Porcentaje de Población Rural Afiliada



En zonas rurales de difícil acceso la baja disponibilidad de infraestructura en salud hace imposible ofrecer afiliación al Seguro Popular. También existen problemas de cobertura en las zonas con alta movilidad de población, con trabajadores temporales o migrantes. Otras poblaciones que aún no han sido cubiertas en su totalidad son comunidades de IMSS-Oportunidades y comunidades localizadas en zonas de alta dispersión. En entidades como Baja California y Zacatecas, se manifiesta que falta por cubrir aproximadamente el 40% de las familias beneficiadas por Oportunidades.

Los directores de afiliación manifestaron que aunque los avances en los últimos años han sido importantes, el crecimiento del desempleo ha llevado a muchas familias a perder su derecho a otros servicios públicos de salud como el IMSS o ISSSTE. Una consecuencia de esto es que pese a haber avances importantes en la afiliación, el crecimiento de la población sin empleo ha llevado a que las metas de afiliación se modifiquen. Esta opinión concuerda con las de los afiliados que participaron en las

entrevistas grupales, los cuales manifestaron como una opción la afiliación al SPSS al perder su derechohabiencia como trabajadores asalariados.

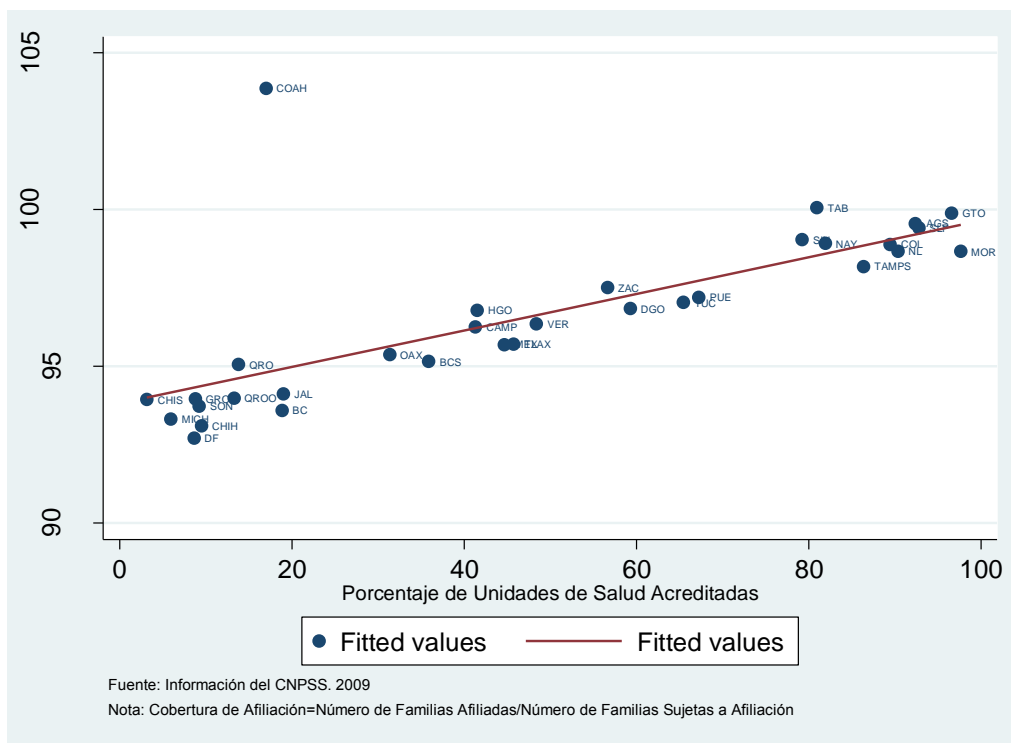
En las entidades de mayor urbanización, las localidades que han quedado fuera del proceso de afiliación son aquellas de menor índice de marginación; un ejemplo es el Distrito Federal, donde las Delegaciones de menor marginación son también las de menor cobertura tales como: Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Azcapotzalco, Venustiano Carranza y una parte de Tlalpan y Coyoacán.

Mientras que en las entidades de alta marginación las localidades que han quedado fuera son aquéllas de difícil acceso o zonas indígenas como la región de la Huasteca, Tlanchinol, Tepehua y Jacála en Hidalgo, o zonas remotas del estado de Guerrero. En estas últimas se argumenta la existencia de varios obstáculos, por ejemplo la falta de infraestructura en salud, de hospitales ancla para la atención, o la ausencia de acuerdos con otras instituciones para proveer el servicio. Adicionalmente se menciona la existencia de grupos de población que no cuentan con documentos de identificación que permitan completar el proceso de afiliación.

Al igual que en el informe del 2007, se encontró que los avances en la cobertura de afiliación están asociados con el acceso que las poblaciones tienen a unidades de salud calificadas. Aquellas entidades con una alta proporción de unidades acreditadas tienen mayores avances en la afiliación de familias. En la gráfica 2 se ilustra la asociación entre los avances de cobertura y la acreditación de unidades de salud. Los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán y Chihuahua con una cobertura de afiliación entre el 90% y 95% son entidades con una proporción de acreditación de unidades considerablemente baja (entre el 20 y 40%). En contraste entidades como Tabasco y Guanajuato tienen una cobertura del 100% y una proporción de unidades acreditadas de más del 80%. El caso fuera del promedio es el de Coahuila, que con una alta cobertura de afiliación tiene una proporción considerablemente baja de unidades de salud acreditadas. Estos resultados podrían estar reflejando dos aspectos importantes. El primero es la necesidad de fortalecer la infraestructura de salud de entidades que

requieren de la disponibilidad de unidades de salud calificadas para poder cubrir sus metas de afiliación al 100%. En segundo lugar, la necesidad de fortalecer la infraestructura de salud en aquellas entidades con altos niveles de cobertura (es decir más del 100%) y baja proporción de unidades acreditadas como es el caso de la entidad de Coahuila.

Gráfica 2. Cobertura de Afiliación vs. Porcentaje de Unidades de Salud Acreditada



2.1.4 Criterios de Fijación de Metas

En todas las entidades se señala que el criterio para la fijación de metas anuales es el definido por la CNPSS: la federación establece que el número de familias afiliadas no puede crecer más del 14.3% al año. Dicho criterio también es influido por otros aspectos como los avances de afiliación en años previos, la capacidad del estado para realizar sus aportaciones (aportación solidaria estatal) y la proporción de poblaciones prioritarias que aún faltan por cubrir. Adicionalmente se menciona que las metas también son establecidas con base a los avances de afiliación históricos.

Un elemento adicional consistentemente mencionado en las entrevistas fue la fijación de metas con base al presupuesto federal disponible. Aunque existe el criterio por norma federal del 14.3% anual, este año (2009) la afiliación regular de población abierta fue suspendida en septiembre. Sin embargo, dicha suspensión no se dio en las poblaciones prioritarias que por decreto presidencial son cubiertas, es decir los recién nacidos y embarazadas.

Esta situación ha generado una preocupación generalizada en las entidades, relacionada con el hecho de que las restricciones les dificultarán cumplir con las metas de afiliación originalmente planteadas para el 2010.

2.1.5 Estrategias y obstáculos para la afiliación y re-afiliación de familias

Con respecto a las estrategias seguidas para la afiliación se señalan algunas que son comunes a todas las entidades: la coordinación de la organización de actividades de afiliación con programas dirigidos a poblaciones pobres (Liconsa, Oportunidades) con el propósito de tener acceso a su padrón; la búsqueda de lugares de concentración y reunión de las comunidades; la visita en cada casa en el caso particular de poblaciones dispersas; el uso de medios masivos para las campañas de afiliación comunitarias (en delegaciones, municipios ó localidades); la promoción de la afiliación en unidades de salud (centros de salud y hospitales); las visitas a otros lugares de encuentro de poblaciones vulnerables como registros civiles, jardines de niños, primarias, etc.).

Adicionalmente se menciona una comunicación muy estrecha con autoridades locales y estatales que incluye las siguientes estrategias: difusión en redes locales, programas locales dirigidos a poblaciones marginadas e información geográfica de localización de grupos vulnerables.

Un obstáculo mencionado en varias entidades es la falta de documentación de las familias para la afiliación. En esta situación varias unidades de afiliación de distintas entidades inician el proceso de afiliación con documentación incompleta, esperando completarla en semanas posteriores. Sin embargo, en varias ocasiones, debido a expedientes incompletos la Comisión Nacional no valida las afiliaciones viéndose truncado el proceso de estas familias, que en muchos casos, son las más vulnerables.

En algunas entidades, como el caso de Querétaro, no se afiliaron familias por falta de documentación o por contar con documentación incompleta. En esta entidad, en particular, varias estrategias fueron seguidas para fomentar el trámite de los documentos: el uso del sello de afiliación temporal entre familias con documentación incompleta cuyo período de duración es de dos semanas; la capacitación del personal de afiliación para dar indicaciones sobre la realización de trámites en el registro civil y la obtención de la CURP; así como el apoyo de las autoridades municipales para expedir identificaciones temporales.

Las principales estrategias de afiliación al inicio del programa se enfocaban a afiliar masivamente a familias en condición de vulnerabilidad, para ello se utilizaban estrategias como el uso de campañas de difusión masivas, la afiliación de poblaciones beneficiadas por programas dirigidos a poblaciones pobres, la ubicación de zonas de alta marginación y la asistencia a lugares de encuentro de las comunidades (mercados, plazas, centros de salud, etc.). Conforme la demanda por afiliación fue creciendo y dado que se tenían cuotas anuales limitadas, en algunas entidades se limitaron las campañas masivas de comunicación.

En varias entidades la afiliación de las familias que restan implica una búsqueda individual, lo que hace la afiliación considerablemente costosa, particularmente en zonas con gran presencia del Seguro Popular. A raíz de que recientemente los esfuerzos han sido enfocados a la afiliación de recién nacidos y embarazadas, los lugares de ubicación de potenciales beneficiados se han ido modificando. De la búsqueda activa en localidades se pasó a la afiliación en centros de salud, registros civiles, hospitales, etc.

Un aspecto que ha influido en la ausencia de incentivos para la re-afiliación de las familias es la calidad y el tipo de trato en los servicios de salud. Se reporta que muchas familias se han mostrado reacias a re-afiliarse por la falta de acceso a medicamentos, mala calidad de los servicios y maltrato. Para revertir esta situación la oficina de afiliación de Zacatecas, por ejemplo, en las reuniones de información de afiliación entrega a la población la hoja de requisitos de afiliación y una hoja de denuncia con números telefónicos gratuitos, para quejas relacionadas con los servicios de salud. Otras razones que se argumentan como obstáculos a la re-afiliación son la defunción, cambio de domicilio, la migración y falta de documentación. En varias entidades se manifiesta que la re-afiliación de familias en zonas urbanas es más complicada, por la falta de respuesta de las familias ya afiliadas.

Algunas entidades han generado estrategias específicas para motivar la re-afiliación de las familias. Un ejemplo específico es Querétaro, en esta entidad hicieron llegar invitaciones a las familias ya afiliadas para su re-afiliación a través del correo postal público. En otras entidades como Morelos, se realizan visitas a las localidades con una proporción importante de familias afiliadas para invitarlas a re-afiliarse. Jalisco tiene brigadas especiales para identificar las localidades con bajos niveles de afiliación o re-afiliación, además se generan *slogans* para motivar la afiliación particularmente de zonas urbanas como “es mejor tenerlo y no necesitarlo, que necesitarlo y no tenerlo”. Se realizan brigadas y jornadas de afiliación, y se aprovecha la organización anual de las semanas nacionales y estatales de salud para promover la afiliación y re-afiliación al Seguro Popular. En el caso de Zacatecas se menciona que se mantiene una estrecha

coordinación con el personal de cada jurisdicción para analizar el logro de las metas en cada jurisdicción (tabla 2).

En entidades como Jalisco, Morelos y Zacatecas se manifiesta que el proceso de afiliación en zonas urbanas ha sido más difícil que en zonas rurales. Uno de los aspectos que contribuye a estas dificultades es la falta de disponibilidad de la población de zonas urbanas a afiliarse, sobre todo cuando saben que es probable que tengan que pagar una cuota anual. En contraste, se ha encontrado una mayor disponibilidad de la gente a afiliarse en zonas rurales, aún con la posibilidad de pago de una cuota anual.

Tabla 2. Prácticas específicas que han coadyuvado al proceso de afiliación y re-afiliación de familias

Tipo de prácticas
1. Coordinación de las actividades de afiliación con otros programas dirigidos a poblaciones pobres.
2. Promoción de la afiliación en lugares de encuentro comunitario y unidades de salud.
3. Comunicación estrecha con gobiernos locales y estatales para la identificación y alcance de las poblaciones prioritarias.
4. Capacitación del personal de afiliación para el seguimiento de trámites de registro civil y CURP.
5. Colaboración de gobiernos locales para la agilización de trámites de documentación oficial.
6. Seguimiento, por parte de las oficinas de afiliación, de la calidad de los servicios a través del llenado de formatos de quejas de los afiliados sobre la calidad de los servicios de salud.
7. Invitaciones personales a través de correos de México y el uso de medios masivos para motivar la re-afiliación al SP.
8. Conformación de brigadas específicas para realizar campañas y/o jornadas de afiliación en localidades con bajo nivel de afiliación o re-afiliación al SP

2.1.6 Afiliación de Familias Unipersonales

En todos los casos se subraya que la afiliación de familias unipersonales se realiza conforme a lo establecido por la ley: personas mayores de 18 años que no estudian, mujeres embarazadas o madres solteras, mayores de 60 años que no son dependientes económicos. Una estrategia mencionada en Guerrero es reagrupar a las familias; es decir, en el caso de que el/los hijo(s) cumplen 18 años y siguen siendo dependiente económico, fueron considerados dentro de la familia nuclear, lo que contribuyó a la disminución de la proporción de familias unipersonales en la entidad.

2.1.7 Apoyos en el proceso de Afiliación

En general los apoyos recibidos para los procesos de afiliación en cada entidad son heterogéneos y de distinta naturaleza. Existen entidades con una gran coordinación estatal, municipal y local que ha permitido el desarrollo de mejores campañas de afiliación, incluso en las localidades de más difícil acceso. Mientras que en otros estados se manifiesta poco apoyo para motivar a la población más vulnerable a afiliarse al Seguro Popular, como es el caso de Baja California.

En el nivel local los apoyos que se manifiestan abarcan aspectos como la identificación de zonas (localidades o delegaciones) más marginadas en entidades como Distrito Federal e Hidalgo; la agilización de trámites en el registro civil como son los casos de Querétaro, Jalisco y Campeche; la expedición de documentos (como la CURP) y comprobantes de domicilio temporales en zonas de alta marginación en entidades como Querétaro e Hidalgo; difusión de convocatorias y fechas de afiliación, y otros como seguridad, transporte, guías de ruta, mobiliarios, refrigerios para el personal operativo, etc.

En el nivel estatal la coordinación regional para la afiliación ha contribuido a mejorar el proceso de afiliación. En el Distrito Federal la coordinación del gobierno local para lograr la colaboración de las delegaciones compuestas por colonias de mayor marginación, representó un aspecto clave para tener éxito en las campañas de afiliación. En el estado de Hidalgo la coordinación regional con los gobiernos

municipales ha contribuido considerablemente a los avances en los procesos de afiliación.

En las entidades de Campeche, Zacatecas y Baja California se manifiesta un estrecho trabajo con los Centros de Salud y Hospitales para la afiliación de familias. El centro de salud canaliza a las personas para embarazo saludable ó familias sujetas a afiliación, eventualmente adicionalmente revisan la vigencia de la póliza de los afiliados.

2.2 Perspectiva de los usuarios del SPSS

2.2.1 Conocimiento sobre los requisitos para la afiliación entre los usuarios del SPSS

Tanto en las zonas rurales como en las urbanas, la mayoría de los afiliados al SPSS concordaron en el tipo de documentos que les fueron solicitados para hacer el trámite (acta de nacimiento, CURP, credencial para votar, comprobante de domicilio, certificado de embarazo y/ó acta de nacimiento), lo que es indicativo de una recepción adecuada de información sobre los requisitos de afiliación.

Los medios más frecuentes de enterarse de los periodos de afiliación fueron la información proporcionada por las promotoras del Programa Oportunidades, por el personal del centro de salud de su localidad, campañas de afiliación masiva con perifoneo, mesas de atención en el centro de la localidad y las visitas domiciliarias.

Las principales razones para afiliarse expresadas por población afiliada fueron: los medicamentos gratuitos; la atención médica gratuita; el acceso a centros de salud u hospitales más equipados; la afiliación de otros integrantes de la familia; la cercanía del centro de salud con su domicilio; la protección económica en caso de enfrentar enfermedades graves y la creencia de que el SPSS es “para los más pobres”. En el caso de la afiliación de embarazadas, las mujeres buscan atención médica gratuita para el parto (tabla 3).

Tabla 3. Razones para afiliarse. Informantes de zonas urbana y rural

Estado	Zona urbana	Zona rural
Baja California	Atención durante el embarazo. Disminuye costos en la atención médica. La atención a los niños es gratuita y estos suelen enfermarse mucho.	Medicamentos gratuitos. Tener acceso a consulta médica gratuita.
Campeche	Medicamento gratuitos. La atención es más rápida que en el IMSS o ISSSTE.	Medicamentos gratuitos. Tener acceso a consulta médica gratuita. Poder atenderse enfermedades graves.
DF	Atención médica incluso estando desempleado. Disminuye costos en la atención médica.	Cobertura de servicios odontológicos. Atención a enfermedades crónicas. Atención médica incluso estando desempleado.
Guerrero	Falta de recursos económicos. Menor tiempo de espera en relación a otras instituciones como el ISSSTE.	Tener acceso a consulta médica gratuita. Falta de recursos económicos para pagar gastos de enfermedades graves.
Hidalgo	Se paga menos por la atención médica y por los estudios de laboratorio. Recomendación de familiares a amigos	Tener acceso a consulta médica gratuita. Falta de recursos económicos para pagar gastos de enfermedades graves.
Jalisco	Pueden seguir el “control” del crecimiento de los niños. Atención a enfermedades crónicas Medicamento gratuitos.	Tener acceso a consulta médica gratuita. Falta de recursos económicos para pagar gastos de enfermedades graves.
Querétaro	Tener acceso a consulta médica gratuita Medicamentos gratuitos Para estar preparados para una emergencia médica.	Tener acceso a consulta médica gratuita. Falta de recursos económicos para pagar gastos de enfermedades graves. Acceso a hospitales de segundo nivel.
Morelos	Esposas afilian a sus maridos e hijos. Medicamentos gratuitos. Disminución de costos en la atención médica.	Medicamentos gratuitos. Atención médica gratuita.

Estado	Zona urbana	Zona rural
Zacatecas	Servicio médico sin costo. Medicamentos y estudios de laboratorio gratuitos.	Medicamentos Atención y estudios de laboratorio gratuitos.

Fuente: elaboración propia a partir de las matrices de datos por estado.

2.2.2 Información sobre el Seguro Popular entre los afiliados al SPSS

Algunos aspectos que se señalaron como experiencias negativas entre los afiliados fueron: la falta de información sobre el pago de cuotas anuales en función del nivel de ingresos de la familia; la poca información sobre la vigencia de su afiliación; sobre el término de la vigencia del seguro y las fechas de re-afiliación, así como información inadecuada sobre la utilización del FPGC. Por ejemplo, varios afiliados mencionaron no haber tenido información sobre la posibilidad de apoyo económico cuando tuvieron alguna enfermedad grave. Aunque la mayoría conocía la ‘Carta de Derechos’ pocos tenían detalles sobre el funcionamiento del SPSS y la utilización del FPGC.

Muchos de los afiliados desconocían los detalles sobre la existencia del Seguro Médico para una Nueva Generación y algunos expresaron que la afiliación por esta modalidad se da de manera automática.

2.2.3. Información y experiencias de re-afiliación entre usuarios del SPSS

Respecto a este tema, los participantes manifestaron observar que entre las personas que tienen más tiempo afiliados, y ya han tenido que re-afiliarse existe más conocimiento sobre el trámite que deben hacer, en comparación con aquellos de reciente afiliación o que aún no se les vence la póliza. Muchos afiliados piensan que la re-afiliación se “hace en automático” y por tanto no deben hacer ningún trámite. Otros comentan que el personal de salud les informa sobre el vencimiento de la póliza y les hace la recomendación de re-hacer el trámite. Adicionalmente se les indica qué hacer y a dónde acudir para que puedan seguir con el beneficio. En general, tanto en zonas rurales como urbanas hay desconocimiento sobre los trámites para la re-afiliación,

sobre los documentos solicitados, las fechas y posibles pagos de acuerdo al nivel de ingreso de la familia.

Los afiliados expresan que al llegar la fecha de vencimiento de la póliza, y por ende el inicio del proceso de re-afiliación, no se realiza un estudio socioeconómico para determinar su nueva situación económica y valorar la posibilidad de un pago.

Los informantes señalaron la aplicación de diferentes estrategias en los estados para garantizar que las personas se re-afilien. Por ejemplo, en Zacatecas se colocan listados en los centros de salud; en Morelos se hacen visitas domiciliarias; en Querétaro se les avisa cuando asisten a la consulta de control. Del mismo modo, el personal del programa Oportunidades facilita la re-afiliación para sus beneficiarios, apoyando en diferentes pasos del trámite, como conseguir CURP mediante Internet.

2.2.4 Conocimiento de los derechos de afiliación entre beneficiados del SPSS

Los afiliados confunden sus derechos como beneficiarios del SPSS con el documento del CAUSES o FPGC. A los beneficiados por el SPSS no les queda claro cuáles son sus derechos y obligaciones como afiliados.

“[...] Nunca hemos escuchado sobre los catastróficos. Seguro son atenciones cuando hay desastres como temblores o aluviones [...] en las inundaciones de Tabasco debe estar ese programa para apoyar a las familias que tienen desastres [...]” (EG-rural-BC).

Aunque en la mayoría de los estados se les repartió la ‘Carta de Derechos y Obligaciones’, en Guerrero se observó que las participantes manejan un amplio conocimiento de cómo utilizarla y qué beneficios tenían siendo afiliados al SPSS. Sin embargo, en el resto de las entidades federativas lo común fue que no se conocieran detalles sobre cómo utilizar el servicio, ni sobre qué enfermedades son cubiertas con la afiliación al SPSS. En parte esto se explica porque la mayoría acude al servicio por enfermedades frecuentes que se atienden en el área de medicina preventiva, pocas llegan a un segundo nivel de atención, ya que en general se desconoce el beneficio del

FPGC. Aunque la mayoría informa de la existencia de un listado de las enfermedades que cubre el SPSS, desconocen con detalle el tipo de enfermedades que tienen cobertura. Una característica común entre los que tienen mayor tiempo de afiliados fue el hecho que no hayan recibido la ‘Carta de Derechos y Obligaciones’; en contraste, la mayor parte de las familias de reciente afiliación sí les fue proporcionada (tabla 4).

Tabla 4. Conocimientos el FPGC y los *Derechos* como afiliados, por estado y tipo de población.

Informantes zona rural			Informantes zona urbana	
Estado	Derechos del afiliado	Conocimiento del FPGC	Derechos del afiliado	Conocimiento del FPGC
Baja California	No recibieron carta de derechos.	No conocen el FPGC	No carta de derechos.	Desconocimiento sobre la utilización del FPGC.
Campeche	La mayoría de los participantes desconocía el contenido de la carta de derechos del afiliado.	No tenían conocimiento sobre el FPGC	Les proporcionaron un folleto con la información sobre derechos, medicamentos y enfermedades que podían atenderse.	Desconocimiento sobre la utilización del FPGC
DF	Recibieron un folleto pero la mayoría no conocía el contenido.	No tenían conocimiento sobre el FPGC	Les proporcionaron un folleto con la información sobre derechos.	Solo una de las participantes sabía que en el folleto se menciona el FPGC.
Guerrero	Les proporcionaron diversos materiales sobre el SPSS, pero no recibieron explicación sobre el contenido.	No tenían conocimiento sobre el FPGC	Les proporcionaron un folleto con la información sobre derechos.	Desconocimiento sobre la utilización del FPGC
Hidalgo	Recibieron materiales sobre el funcionamiento del SPSS y conocían el contenido de los mismos.	Sí tenían conocimiento sobre el FPGC. Con diferente nivel de información.	Confusión entre ‘carta de derechos’, CAUSES y FPGC.	Algunos de los participantes conocían del FPGC
	Recibieron	No tenían	No todos los	No tenían

Informantes zona rural		Informantes zona urbana		
Jalisco	materiales sobre el funcionamiento del SPSS y conocían el contenido de los mismos.	conocimiento sobre el FPGC.	participantes en el grupo conocían la carta de 'derechos' del paciente.	detalles pero sí sabían que el SPSS cubre enfermedades de alto costo.
Querétaro	Recibieron un folleto con información, la mayoría conocía el contenido.	No tenían conocimiento sobre el FPGC	Estaban informadas de sus derechos, hospitales a donde debían acudir y medicamentos gratuitos.	Desconocimiento sobre la utilización del FPGC
Morelos	A los de reciente afiliación les dieron una "póliza" con la información. -En general no se conoce la carta de derechos ni la forma como debe utilizarse el SPSS.	No tenían conocimiento sobre el FPGC	Les proporcionaron un folleto con la información sobre derechos. Pero las mujeres mayores comentaron que esto solo ocurre con las personas de reciente afiliación, antes no se les daba ese documento.	Desconocimiento sobre la utilización del FPGC
Zacatecas	Recibieron un folleto con información, la mayoría conocía el contenido.	No tenían conocimiento sobre el FPGC	Les proporcionaron un folleto con la información sobre derechos.	Desconocimiento sobre la utilización del FPGC

Fuente: Elaboración propia a partir de las matrices de datos por estado.

2.2.5. Utilización del servicio como afiliado al SPSS en comparación con otros servicios públicos de atención médica

No se encontraron diferencias importantes en la utilización de los servicios médicos entre personas afiliadas al SPSS y las personas que hacen uso de otros servicios públicos. En general los beneficiados por el SPSS no conocen todos los beneficios que tienen en términos de la utilización de servicios médicos a través de este seguro. En el caso específico de usuarios beneficiados por el programa de Oportunidades, se

encontró que no pueden identificar las diferencias entre los beneficios específicos de Oportunidades y del SPSS.

Un aspecto que destaca entre las opiniones de varios afiliados, es que manifiestan inconformidad con los servicios de salud a los que tienen derecho a través del SPSS. En algunos estados se menciona el continuo maltrato hacia los pacientes, esto genera que en algunas zonas urbanas los afiliados al SPSS usen servicios médicos informales para evitar el maltrato en los servicios médicos públicos. Sin embargo, también se manifestó satisfacción en el uso de servicios médicos otorgados a través del SPSS por el hecho de recibir consultas gratuitas e incluso por acceder a clínicas de salud más pequeñas, en contraste a clínicas del IMSS e ISSSTE que son más grandes. Consideraron que acudir a una clínica más pequeña les permite tener un mejor acercamiento y atención personalizada de los profesionales de la salud. Otros afiliados mencionaron la conveniencia de pertenecer al SPSS por las barreras geográficas para acudir a unidades del IMSS ó ISSSTE, ya que ambas instituciones cuentan con menos centros de atención en comparación con las que tiene la SSA.

Al mismo tiempo manifestaron la utilidad del seguro entre pacientes con enfermedades crónicas. Se recalcó que los pacientes crónicos afiliados al SPSS acuden con mayor frecuencia a utilizar el servicio por la gratuidad del medicamento y el potencial peso financiero que significa una enfermedad de esta naturaleza. Cabe resaltar que a pesar de esto, no hay conocimiento entre los afiliados de la existencia del FPGC.

“... Con el Seguro no se van a cobrar hartas medicinas [...] ahorita no hay dinero, no hay chamba...” (EG-urbano-Querétaro).

Un ejemplo de aspectos que preocupan a los afiliados es el tema de la infraestructura médica, por ejemplo en Guerrero se comentó que debido a ello no se puede garantizar una atención adecuada.

Una petición generalizada entre los afiliados al SPSS es la posibilidad que el Programa cubra más enfermedades.

3. Discusión

Se observa un claro avance en las metas de afiliación de las entidades cuando se compara el estatus que guardaban en el 2007 y los alcances en el 2009. En la mayor parte de las entidades visitadas se manifiesta un logro de las metas por arriba del 80% para el cierre del año 2009.

Un aspecto relevante manifestado tanto por los directores de afiliación como por los afiliados es la baja calidad de los servicios de salud y el trato inadecuado que reciben los pacientes en las unidades médicas de la red de servicios del Seguro Popular, lo cual inhibe la re-afiliación entre familias que requieren de una renovación del contrato.

Existe heterogeneidad en los apoyos de los gobiernos federal, estatal y local que se dan a las oficinas de afiliación para alcanzar las metas. Es claro que el trabajo coordinado entre estos niveles de gobierno, las unidades de salud y la oficina de afiliación son claves para el alcance de poblaciones más vulnerables. Dicho trabajo coordinado puede permitir identificar con mayor eficiencia las familias que restan por afiliar y re-afiliar, agilizar y finiquitar con éxito los trámites de afiliación y garantizar un mínimo de calidad de las unidades de salud.

Los procesos de afiliación enfrentan retos en el futuro. La dinámica demográfica, la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud, así como aspectos más administrativos como la falta de documentación requerida para la afiliación aún representan barreras para la afiliación y re-afiliación de las familias.

En general los afiliados al Seguro Popular tienen claros los requisitos para la afiliación. Pero aún manifiestan una inadecuada información sobre la vigencia de su cobertura, los procedimientos para la re-afiliación, el pago de cuotas anuales de afiliación, sus derechos y obligaciones, el uso de servicios a través del SPSS, la cobertura del seguro y el uso del FPGC.

La información sobre los Derechos como afiliado varía mucho entre un estado y otro, la mayoría de los usuarios que sí conocían la carta de derechos solo tenían información parcial, ya que al parecer el personal que afilia no proporciona información adecuada sobre el contenido de los materiales que se les otorga al momento de la afiliación, lo cual evita que se comprenda la importancia de su contenido para poder utilizar el servicio de una manera adecuada.

Es importante fortalecer la información sobre los derechos de los afiliados al SPSS, en la que se promueve a través de los medios masivos de comunicación, entre el personal de salud y los responsables de afiliación. Tanto en las campañas de afiliación como en el inicio del proceso de afiliación es necesario garantizar mejor información sobre los derechos y obligaciones además de la cobertura del seguro.

Para los afiliados la baja calidad de los servicios de salud representa una barrera importante en el uso de los servicios de salud ofrecidos a través del Seguro Popular. Destaca el caso de Guerrero que, tanto entre Directores de Afiliación como afiliados, se menciona la carencia de infraestructura médica que les permita acceder a servicios con un mínimo de calidad.

La falta de infraestructura adecuada en salud puede resultar un obstáculo relevante tanto para zonas con alta cobertura de afiliación como para aquellas zonas sin ninguna cobertura. En el primer caso se corre el riesgo de tener capacidad insuficiente de unidades calificadas para atender a la población cubierta por el Seguro Popular. En el segundo, se remarca el nulo acceso a servicios de salud calificados de poblaciones vulnerables.

Se menciona la posibilidad de acudir a otros servicios médicos como el IMSS o el ISSSTE a través de la cobertura que el Seguro Popular proporciona. Esto como un aspecto que contribuya a mejorar el acceso a servicios de salud en zonas donde la presencia de los servicios de salud estatal o federal es considerablemente limitada.

La afiliación al SPSS se está convirtiendo en alternativa para quienes pierden el IMSS o ISSSTE. Se encontraron informantes desempleados para quienes el SPSS representa la posibilidad de garantizar atención médica para sus familias. Esto enfatiza la importancia que puede tener mantener abiertos los grupos prioritarios de población, entre ellos los desempleados.

4. Recomendaciones

Centrales

- Mejorar la infraestructura de las unidades médicas, promoverá un mayor impacto en la cobertura de afiliación. En las entidades con menor cobertura de afiliación se pueden alcanzar porcentajes mayores entre los grupos de población más vulnerable (rural, indígena, en extrema pobreza). En las entidades con alta cobertura de afiliación y baja acreditación de unidades, posibilitará una mayor capacidad de respuesta a la atención médica de la población.
- Promover la implementación de estrategias innovadoras para fomentar la re-afiliación de las poblaciones algunas de las cuáles ya se practican en los estados.

Complementarias

- Es importante retomar la experiencia positiva de algunas entidades que han buscado mecanismos para apoyar la afiliación exitosa de las familias.
- Es necesario mejorar la información que se proporciona sobre los *derechos* y *obligaciones* del afiliado, la cobertura del SPSS y promocionar aspectos que se conocen menos como son los beneficios del SPGC.
- Los directores de afiliación deben conocer la diversidad de población que tienen en su estado, así como las opiniones que emiten los afiliados respecto de la calidad de

la atención que reciben, ya que existe una disparidad entre ambos informantes respecto de los obstáculos que tienen para afiliarse.

- Promover en los medios masivos de comunicación anuncios centrados en la cobertura real del SPSS, ya que se han generado confusiones entre los afiliados debido a una mala información.

Anexos

**Anexo I. Concentrado de opiniones sobre el proceso de afiliación al SPSS.
Informantes centros de salud rural**

Estado	Cómo se informaron	Requisitos para afiliarse	Opiniones sobre la reafiliación	Opiniones de la utilización del servicio médico siendo afiliado
BC	-Medios masivos de comunicación. -En el centro de salud.	-CURP -Acta de nacimiento. -Credencial para votar. -Comprobante de domicilio. -pagar una cuota.	-Sí estaban informados, el personal médico les informó sobre esto. -no se pagan cuotas.	-Lo más importantes es la gratuidad del servicio médico y del medicamento.
Campeche	-Perifoneo en la localidad. -Movilización de brigadas	-CURP. -Acta de nacimiento. -Credencial para votar. -Comprobante de domicilio. -estudio socioeconómico.	Sí estaban informados, señalaron conocer que en la póliza está la fecha de vencimiento que indica una nueva afiliación.	-Las unidades de la SSA están más cerca de casa, es más cómodo acudir a ellas. -La atención es más rápida que en otros servicios públicos. -Si llegas sin cita es posible que te atiendan, en otros servicios no.
DF	-Medios masivos de comunicación. -Visitas domiciliarias de gestores del SPSS. -En las oficinas de la Delegación.	-CURP. -Acta de nacimiento. -Credencial para votar. -Comprobante de domicilio.	-Se conocía que el tiempo de duración es de 3 años, después hay que reafiliarse.	-Los exámenes de laboratorio son gratuitos. -Irían a otro servicio si tuvieran una enfermedad no cubierta por el SPSS.
Guerrero	-A través del personal de Oportunidades. -Carteles informativos en diferentes puntos de las ciudades principales.	-CURP -Acta de nacimiento. -Credencial para votar. -Comprobante de domicilio.	-Las usuarias señalaron estar pendientes de la fecha para no perder el servicio.	-Con frecuencia falta medicamento. -Consideran que hospitales del IMSS ó ISSSTE tiene mejor equipo que las unidades de la SSA.
Hidalgo	-Carteles informativos en el centro de salud. -Reuniones en el salón de "bienes ejidales".	-CURP. -Acta de nacimiento. -Credencial para votar. -Comprobante de domicilio. -hacer un pago según el nivel socioeconómico.	-Sabían que hay que reafiliarse y señalaron estar pendientes de ello. Comentaron que la presidenta del DIF estatal suele informar sobre los periodos de afiliación y reafiliación. -Hacen propaganda en las localidades, éste	-Buena atención del personal de salud.

Estado	Cómo se informaron	Requisitos para afiliarse	Opiniones sobre la reafiliación	Opiniones de la utilización del servicio médico siendo afiliado
			año no funcionó bien porque hubo personas que no se enteraron y tuvieron que ir a la capital del estado. -Saben que los requisitos son los mismos que para afiliarse y que es posible pagar una cuota según el estudio socioeconómico que se les practica.	
Jalisco	-En el centro de salud. -No conocían los tiempos para afiliarse.	-CURP -Acta de nacimiento -Credencial para votar -Comprobante de domicilio	-Sí tenían información sobre la reafiliación.	-Les gustaría tener más opciones de atención además del SPSS.
Querétaro	-El REPSS informa sobre los lugares donde será la afiliación.	-Número de folio del programa Oportunidades. -CURP -Acta de nacimiento. -Comprobante de domicilio. -Credencial de elector.	-Conocían el tiempo en que deben reafiliarse, dijeron cada 3 años vence su póliza.	-Desabasto de medicamentos. -Poco personal de salud. Pese a ello se quedan con el SPSS en comparación al ISSSTE e IMSS.
Morelos	- A través del personal de Oportunidades. -Afiliación masiva centro localidad.	-CURP -Acta de nacimiento. -Credencial para votar. -Comprobante de domicilio.	-Los gestores del SPSS realizan visitas domiciliarias para avisar que deben reafiliarse.	-Les conviene que la medicina y la consulta es gratuita. -Hay descuento en los exámenes de laboratorio, en los centros de salud donde hay laboratorio son gratuitos. -No sabían de la existencia del IMSS ó ISSSTE.
Zacatecas	-Comentaron que saben que ahora solo se afilian niños recién nacidos y mujeres embarazadas.	--CURP. -Acta de nacimiento. -Credencial para votar. -Comprobante de domicilio.	-En Zacatecas el personal de salud coloca un listado en el centro de salud para informar a quienes deben reafiliarse.	-Son canalizados a otras unidades para que sean atendidos, esto les ocasiona complicaciones.

Anexo II. Concentrado de opiniones sobre el proceso de afiliación al SPSS. Informantes centros de salud urbano.

Estado	Cómo se informaron	Requisitos para afiliarse	Opiniones sobre la reafiliación	opiniones de la utilización del servicio médico siendo afiliado
BC	-Medios masivos de comunicación. -Personal médico del centro de salud.	-CURP -Acta de nacimiento -Identificación oficial -Comprobante de de domicilio.	-Les informó el personal de salud.	-Algunos miembros del personal médico son hostiles en el trato a los usuarios.
Campeche	-Medios masivos de comunicación. -Pláticas informativas del personal de Oportunidades.	-Acta de nacimiento -Identificación oficial -Comprobante de de domicilio.	-No les informaron.	-Buena opinión sobre el personal médico que los atiende.
DF	-Información de gestores del SPSS. -Personal médico del centro de salud. -Empleadores les informaron. -Visitas domiciliarias de gestores.	-CURP -Acta de nacimiento -Identificación oficial -Comprobante de de domicilio. -Certificado de embarazo.	-Cuando se afiliaron, el personal de salud les comentó que en 3 años debían reafiliarse- -Les comentaron que en su póliza podían consultar la fecha en que debían reafiliarse.	-Buena atención.
Guerrero	-Medios masivos de comunicación. -Línea de atención telefónica gratuita de la secretaría de salud. -Promotores del programa Oportunidades.	-CURP -Acta de nacimiento. -Comprobante de domicilio. -Copia de credencial de elector.	-El personal de salud les informó sobre la reafiliación. -Se comentó que las afiliadas estaban pendiente de las fechas por su interés en contar con el servicio.	-Falta de medicamentos. -Largos tiempos de espera.
Hidalgo	-Anuncios en los medios masivos de comunicación.	-CURP -Acta de nacimiento. -Comprobante de domicilio. -Copia de credencial de elector.	Cuando se afiliaron, el personal de salud les comentó que debían reafiliarse- -Les comentaron que en su póliza podían consultar la fecha de reafiliación.	-Buena atención.
	- Anuncios en los	-CURP	-Todos	-Se reportó falta de

Estado	Cómo se informaron	Requisitos para afiliarse	Opiniones sobre la reafiliación	opiniones de la utilización del servicio médico siendo afiliado
Jalisco	medios masivos de comunicación. -Carteles informativos en el centro de salud. -Información proporcionada por el personal médico del centro de salud.	-Acta de nacimiento. -Comprobante de domicilio. -Copia de credencial de elector. .Acta de matrimonio. -cartilla de vacunación.	manifestaron tener información sobre la reafiliación.	atención del personal médico.
Querétaro	-Personal médico del centro de salud. -Familiares -Gestores que van a las localidades.	-CURP -Acta de nacimiento. -Comprobante de domicilio. -Copia de credencial de elector.	-Desconocían que debían reafiliarse, pero están conscientes de que la póliza tiene una fecha de vencimiento.	-Sin quejas.
Morelos	- Información proporcionada por el personal médico del centro de salud. -Comentarios de amigos y familiares.	-CURP -Acta de nacimiento. -Comprobante de domicilio. -Copia de credencial de elector. -Certificado de nacimiento del niño.	-La reafiliación es algo automático que hacen en el centro de salud. No tienen información sobre las razones para hacerlo.	-Maltrato durante la atención al parto.
Zacatecas	-Información proporcionada por el personal médico del centro de salud. -Folletos informativos. -Vecinos	-CURP -Acta de nacimiento. -Comprobante de domicilio. -Copia de credencial de elector.	- El personal de salud les informa cuando deben reafiliarse. -Los usuarios están pendiente de la fecha en que vence su póliza.	-Buena atención.

Capítulo 3. Procesos financieros y operativos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)*

Introducción

Los recursos del fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC), se dirigen a cubrir padecimientos de alta especialidad y alto costo (a cualquier persona no derechohabiente).¹ El fondo busca reducir los riesgos financieros y los gastos catastróficos de las familias.² Los recursos se administran de manera centralizada a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). El acceso a estos recursos requiere el cumplimiento de una serie de criterios que inician con la disponibilidad de unidades con capacidad para ofrecer la atención de alguno de los padecimientos considerados en el fondo. Los desembolsos son autorizados mediante el Acuerdo del Comité Técnico del Fideicomiso.

La Ley General de Salud estipula que las unidades hospitalarias interesadas en ser parte de la red de prestadores del Sistema de Protección Social en Salud deben haber cumplido con el proceso de acreditación.³ Dicho proceso se deberá realizar ante la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, y con él se busca, básicamente, garantizar la adecuada atención de los usuarios. Sus lineamientos se describen en el Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud.⁴ El cumplimiento de este requisito es imprescindible si se desea tener acceso a los recursos del FPGC.

La definición de las afecciones a ser cubiertas por el FPGC es competencia del Consejo de Salubridad General. En la actualidad 49 intervenciones contenidas en 8 grupos de enfermedades son cubiertas por el FPGC.⁵ La coordinación de la administración y

* Elaborado por: Belkis Aracena, Javier Idrovo, Luz María González, María Cecilia González

operación de los casos del FPGC es responsabilidad de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, así como aprobar y publicar las tarifas por caso.⁶

El mecanismo para acceder a los recursos del FPGC es a través de la aprobación de las solicitudes de transferencia de recursos que las unidades acreditadas hacen a la Comisión. El proceso de solicitud de aprobación, manejo y seguimiento de los casos se realiza a través del Sistema Integral de Gestión Financiera de Gastos Catastróficos (SIGFGC). Mismo que opera a través de la Web.

En la presente evaluación los elementos considerados se consignaron en dos grandes grupos: a) mecanismos de transferencia de fondos a las entidades federativas; y b) eficiencia en los flujos de información.

Dado que en la pasada evaluación se estudió detenidamente el FPGC y se hicieron recomendaciones concretas dirigidas a mejorar su manejo, el presente apartado se inicia con una recapitulación de los hallazgos del ejercicio evaluativo de 2007. Estos resultados son tomados como referentes a lo largo de la valuación en su conjunto y por ende, en este reporte. Posteriormente se presenta un apartado metodológico en el que se describe el marco normativo que sustenta la operación del FPGC y los pasos seguidos desde el diseño de la evaluación, hasta el análisis tanto cualitativo como cuantitativo de los datos recabados. Luego se reportan los resultados, que incluyen a) Mecanismos de transferencia de los recursos del fondo, en donde se presentan los hallazgos de la interacción con los actores federales y estatales y sus opiniones y experiencias respecto a la operación del fondo, b) Cantidad y forma en que se distribuyeron los recursos del FPGC en 2008, y c) Análisis cuantitativo del flujo de información entre actores, con el que se buscó estimar la densidad de la interacción general entre dichos actores. Finalmente el capítulo cierra con la sección de discusión de resultados y recomendaciones.

1. Metodología

Marco normativo que sustenta la operación del FPGC

Este apartado resume el marco normativo bajo el cual debe operar el FPGC y describe las características metodológicas particulares para abordar este componente.

El objetivo de la creación del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) fue apoyar a las entidades federativas en el financiamiento del tratamiento de padecimientos que representaran un riesgo asegurable y en consecuencia, constituyen un riesgo financiero o gasto catastrófico desde el punto de vista institucional. El artículo 77 Bis 29 de la Ley General de Salud (LGS) define al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos como un fondo de reserva sin límite de anualidad presupuestal.^{i 7}

Con la creación de este fondo se pretendió lograr una cobertura vertical que permita la alineación de diversos recursos presupuestales como en el caso de los contemplados en el ramo 12 para la compra de antirretrovirales. Con esta alineación, por ejemplo, se logra cubrir a todas las personas viviendo con VIH (PVVIH) y que requieren tratamiento antirretroviral, y permite además mantener una reserva para atender a los nuevos pacientes que entren a esta cohorte.⁸

De acuerdo con el Catálogo de enfermedades cubiertas por el FPGC, las 49 intervenciones sujetas a cobertura se encuentran clasificadas en 8 grupos de enfermedades que incluyen el cáncer cérvico-uterino; la atención de recién nacidos en unidades de cuidados intensivos provocada por prematurez, sepsis y dificultad respiratoria; la entrega de antirretrovirales a personas viviendo con VIH/SIDA; la cirugía de cataratas; la atención de cataratas congénitas; la atención de 24 tipo de cánceres en niños; el trasplante de médula ósea; el cáncer de mama; y la atención de 17

ⁱ Es decir, sin la limitante de regresar a la SHCP los recursos financieros no empleados al final del ejercicio fiscal correspondiente.

intervenciones para trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos, pertenecientes al Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).ⁱⁱ

El mecanismo para acceder a los recursos del FPGC es a través de la aprobación de las solicitudes de transferencia de recursos que las unidades acreditadas hacen a la Comisión. El proceso de solicitud de aprobación, manejo y seguimiento de los casos se realiza a través del Sistema Integral de Gestión Financiera de Gastos Catastróficos (SIGFGC).

La transferencia de fondos para cubrir las enfermedades del FPGC se encuentra normada en el Manual de Operación “Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos”, publicado por la CNPSS en 2007 y cuya última revisión se publicó en 2009. El manual establece de manera detallada los procedimientos para el registro, validación y seguimiento de los casos.

De acuerdo con los lineamientos establecidos por esta normativa, el éxito en el proceso de notificación de casos que generan gastos catastróficos implica la interacción de cuatro actores, quienes tienen diferente nivel de responsabilidad:

- a) El médico especialista tratante adscrito al establecimiento de salud
- b) El Coordinador del FPGC en caso de existencia
- c) Los funcionarios representantes del REPSS o de los Centros Regionales de Alta Especialidad (CRAE), bien sean establecimientos de atención médica pertenecientes a los servicios estatales de salud y los no pertenecientes: Organismos Públicos Descentralizados (OPD), Instituciones de Atención Privada (IAP) o Asociaciones Civiles (AC).
- d) La CNPSS a través de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

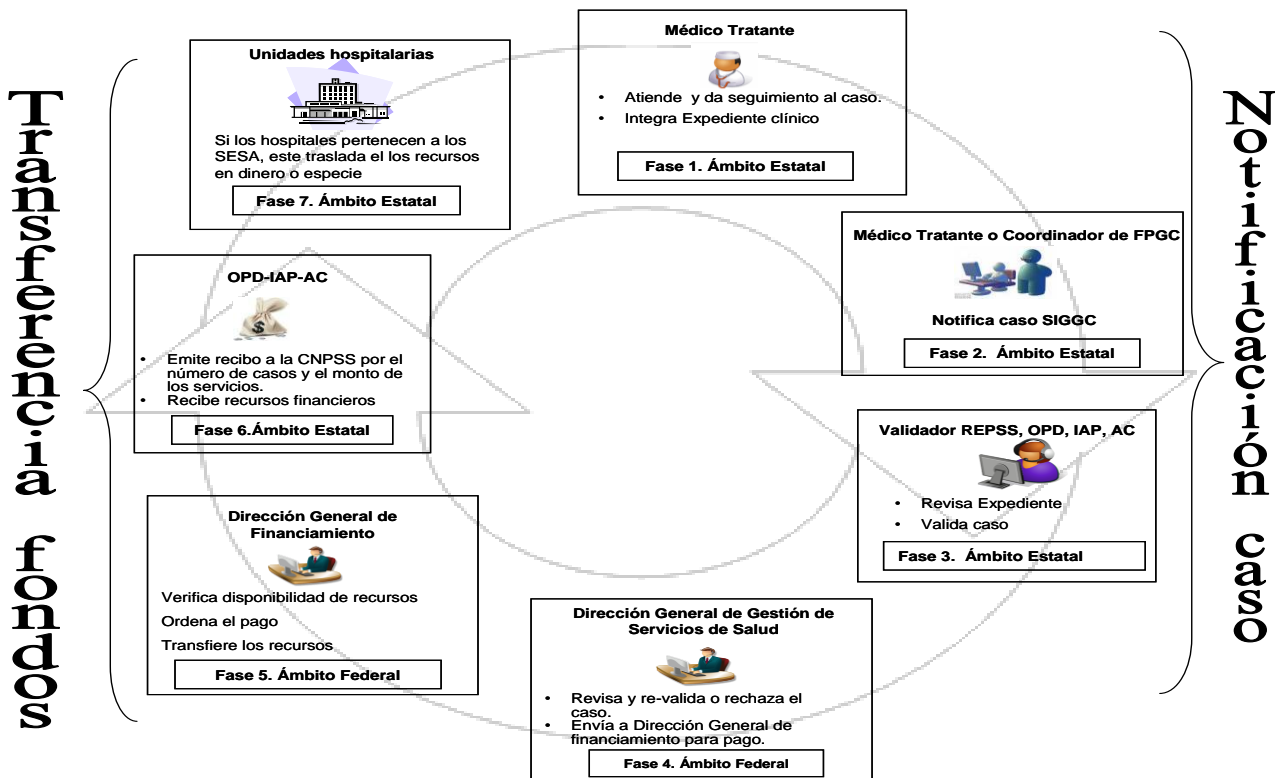
ⁱⁱ Programa del gobierno federal. Hace parte del Sistema de Protección Social en Salud y tiene como principal objetivo proteger la salud de los niños mexicanos nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006. Este seguro ofrece atención médica integral a los niños desde que nacen y hasta que cumplen cinco años de edad y garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud.

El proceso se desarrolla a partir de cuatro fases complementarias que se inician con el diagnóstico de la patología hasta finalizar con el pago de la intervención a los CRAE por parte de la Comisión.

En la primera fase, el médico especialista tratante tiene la responsabilidad de atender y dar seguimiento al paciente, además de integrar el expediente clínico de acuerdo a la NOM 168 (de los pacientes susceptibles de integrarse al FPGC). En la segunda fase el médico tratante o coordinador de FPGC (si existe en el estado), registra el caso en el Sistema Integral de Gestión Financiera de Gastos Catastróficos (SIGFGC) e informa al siguiente actor, ya sea en el REPSS, OPD, IAP o AC, quien es el responsable de la tercera fase, para que revise y valide el caso para su reporte a la Comisión.

El proceso se muestra en la figura 1.

Figura 1. Notificación, validación y transferencia de fondos de casos nuevos de gasto catastrófico



Fuente: Elaboración propia con información de la CNPSS 2009

El desempeño y la sustentabilidad del sistema a largo plazo dependen de que se cumpla el ciclo completo y de que cada uno de los actores involucrados realice los procedimientos correspondientes en tiempo y forma.

Procedimiento

Para la evaluación de los procesos del FPGC se utilizó una metodología mixta, es decir, se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, tanto para la recolección como para el análisis de la información. Se usaron entrevistas a encargados, un análisis de flujos financieros y un análisis cuantitativo de redes sociales, usando la densidad y una medida de centralidad, para comparar la normatividad con la práctica.

La evaluación cualitativa se centró en obtener información de primera mano sobre la forma en que se están llevando los procesos administrativos y de gestión. También se indagó sobre los funcionarios participantes en dichos procesos, sus formas de participación, la manera en que los funcionarios de la SSA, los REPSS y las unidades de salud han sido afectados por la implementación del FPGC, y sobre las debilidades y fortalezas para lograr su adecuado desempeño. Con esta intención se entrevistaron al Director de Administración de Hospitales de 2º y 3º nivel y al Encargado del FPGC en los REPSS en relación con distintos aspectos, como tipo de intervenciones que financia el FPGC, principales dificultades o problemas que presentan los hospitales para notificar y validar los casos, principales causas de rechazo de casos, cumplimiento de requisitos del proceso de transferencia de fondos, periodicidad de transferencia de fondos del nivel federal al nivel estatal, consecuencias para los hospitales de la demora en la aprobación y transferencia de fondos, y acciones que propondría el informante para mejorar la notificación, validación y transferencia de recursos del FPGC.

Un hallazgo de la evaluación de 2007,⁹ y que por su importancia fue retomado en el presente ejercicio, es que los procesos realizados en los estados para validar los casos a ser cubiertos con el FPGC son muy variados. Esto contrasta con lo estipulado en el

Manual de Operación del FPGC, que explicita los procesos y actores requeridos. La exploración formal de estas variaciones se realizó usando la metodología de análisis cuantitativo de redes sociales. Esta técnica permite estimar la densidad de la interacción general entre los actores involucrados en el proceso, y el número de relaciones de salida (iniciadas por cada actor) y entrada (o recibidas) entre actores, lo que se denomina técnicamente como “grado” de salida y entrada, respectivamente.¹⁰

El Manual de Operación del FPGC distingue los procesos de acuerdo con el grado de descentralización de los REPSS. Esta distinción se tomó como base para la construcción de las redes incluidas en el análisis. Estas fueron construidas mediante consulta sobre el proceso a todos los actores sociales involucrados, desde el que fue inicialmente contactado por el personal que participó en la recolección de información, hasta el encargado del envío de la solicitud de reembolso al nivel federal (muestreo en “bola de nieve”). Con estos datos se construyó una matriz, y usando el programa Ucinet 6.232 se calcularon las densidades y las medidas de grado.

Para la obtención de la información de casos (diagnosticados, notificados, validados y pagados) y de los recursos que por su atención reciben las entidades federativas, se construyeron instrumentos dirigidos a los médicos notificantes, al personal de estadística y de las áreas administrativas de los CRAE. Sin embargo, la información obtenida se caracterizó por marcadas inconsistencias que dificultaron su utilización en el análisis. Siendo nuevamente utilizada (al igual que en 2007) las bases de datos proporcionadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. El análisis se enfocó en la estimación del total de recursos transferidos por la Comisión a las entidades federativas, también estimó la distribución proporcional de los recursos para los padecimientos cubiertos por el FPGC. Los datos permitieron además verificar la oportunidad en el reembolso de los recursos. El análisis se realizó en Microsoft Excel 2003.

2. Resultados

2.1 Resultados principales

El peso financiero del FPGC es relevante debido a que está dirigido a cubrir padecimientos de alta especialidad y alto costo,¹¹ esto, sumado a la importancia epidemiológica de los padecimientos que cubre, ha hecho que desde la evaluación de 2007, el FPGC haya sido cuidadosamente estudiado. En la evaluación 2007 se analizó no sólo el flujo financiero de los recursos sino también los procesos administrativos relacionados.

En la evaluación 2009 se señala que el propósito principal es describir la operación y notificar los resultados sobre los procesos de solicitud, autorización, asignación, operación y rendición de cuentas del fondo. Esto debía concretarse en los siguientes objetivos específicos:

- a) Describir los procesos de operación y gestión del FPGC, con énfasis en la oportunidad, transparencia y sencillez de dichos procesos;
- b) Analizar la cobertura y potencial relación con el perfil epidemiológico de cada entidad federativa;
- c) Contabilizar los montos de recursos transferidos a las entidades federativas por tipo de intervención; y
- d) Analizar elementos de la satisfacción de los beneficiarios

Con la finalidad de dar cumplimiento al primer objetivo específico planteado, se contrastó lo que ocurre en los estados con lo estipulado en el manual de operaciones de notificación de casos. Se encontró que los OPD son las unidades que más se acercan a lo establecido. La operación de las unidades pertenecientes a los SESA presenta variantes importantes que dependen en buena medida del grado de separación de funciones y las relaciones –formales e informales– entre el REPSS y los SESA. Un elemento a destacar es que en estas unidades generalmente participa un número de actores superior al establecido, lo que de acuerdo a los hallazgos de la

evaluación pudo estar relacionado con la falta de tiempo o la escasa capacitación de los especialistas en los procedimientos del FPGC. Con respecto a la oportunidad de los procesos, 52% de las entidades federativas refirieron el doble de tiempo que el estipulado en el manual para la notificación de los casos. Referente al reembolso de los fondos, que debía realizarse dentro de los tres meses posteriores a la notificación, 82% de las entidades reconocieron una demora promedio de un año. Se observó que, aunque todos los actores entrevistados coincidieron que los tiempos se habían reducido notoriamente, la falta de oportunidad de los reembolsos continuaba reconociéndose como un problema. Al respecto también se hizo mención de que en ciertos casos el recurso llegaba al estado pero no a las unidades de salud, por problemas de coordinación o incluso de voluntad política.

Dentro de las principales dificultades identificadas por los actores de los 28 estados estudiados se encontró:

1. Falta de sencillez en el proceso de acreditación de unidades (28.5%)
2. Insuficiencia de recursos para acreditar unidades (53%)
3. Falta de sencillez en el proceso de solicitud de fondos (40%)
4. Falta de oportunidad en el proceso de notificación y validación de casos (52%)
5. Falta de oportunidad en la transferencia de recursos por parte de la CNPSS (84%)

Referente al segundo objetivo específico que planteaba analizar la relación entre cobertura de casos y perfil epidemiológico de las entidades federativas, se observó en términos generales, una cobertura moderada (alrededor de 24%). Sin embargo, al examinar la cobertura de las enfermedades con mayor ocurrencia se pudo advertir que existe una amplia variabilidad entre estados. Esto puede deberse a que un considerable número de pacientes con enfermedades catastróficas se atienden en instituciones que no reportan a la Secretaría de Salud (principal fuente de información utilizada en este análisis) o a que la atención se ofrece a sujetos afiliados a otras instituciones aseguradoras o bien los beneficiarios provienen de entidades federativas diferentes de donde reciben la atención.

Respecto al tercer objetivo específico dirigido a contabilizar los recursos del fondo y su distribución, la primera parte del análisis se enfocó en la identificación de las fuentes de los recursos y se encontró que más del 20% procedía de la industria tabacalera (IT). El segundo análisis se centró en la distribución de los recursos. Se encontró que de 2004 a 2006 se transfirieron en promedio 7.5% de los recursos transferibles del SPSS. Sin embargo, en el 2006 el porcentaje transferido (10.6%) excedió a la proporción estipulada por la ley (8%). Por no disponer de la información requerida no fue posible incluir el 2007 en el análisis. En cuanto a la distribución geográfica y por tipo de intervención, se encontró que el 37% de los recursos se consumió en el DF, y que las intervenciones más favorecidas fueron la compra de antirretrovirales y vacunas con el 36.5% y 15.4%, respectivamente.

Para dar cumplimiento al objetivo específico de analizar elementos de la satisfacción de los beneficiarios se aplicó una encuesta a 2047 beneficiarios del FPGC atendidos en el segundo semestre de 2007 y el primer trimestre de 2008, procedentes de 26 entidades federativas. La percepción que se tiene de la atención brindada es buena. La mayor parte de los indicadores analizados mostraron una aceptación superior a 80%.

2.1.1 Mecanismos de transferencia de recursos del FPGC

Mecanismos para acceder a recursos del FPGC

Los resultados obtenidos mediante entrevistas a informantes clave de las entidades federativas incluidas en la evaluación, muestran concordancia con la normatividad. Significa que el acceso a los recursos del fondo sólo es posible si se atendió algunas de las afecciones cubiertas por el FPGC. Todos los informantes señalaron que no es posible notificar un caso para reembolso al FPGC cuyo diagnóstico no esté incluido en el catálogo de intervenciones. Respecto a los requisitos para acceder a estos recursos, los entrevistados manifestaron conocimiento pleno sobre la necesidad de dar cumplimiento a dos elementos esenciales: 1) que la enfermedad sea cubierta por el

fondo, es decir que esté contenida en el catálogo y 2) que la unidad hospitalaria esté acreditada para atender la patología reportada.

Aunque el análisis del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) no era motivo de la presente evaluación, la conducción de las entrevistas contenidas en el análisis cualitativo hicieron de la indagación al respecto una necesidad, y los resultados obtenidos fueron por demás relevantes. Los entrevistados reconocieron que a diferencia de lo observado con el FPGC, el acceso a los fondos del SMNG es bastante flexible. Así, cuando una patología no es cubierta por el FPGC existe la posibilidad de obtener el reembolso del gasto realizado a través del SMNG. A decir de los informantes, lo que se requiere es realizar una correcta clasificación de los casos para evitar que sean rechazados por el nivel federal. Cuando esto último ocurre, se debe entre otras causas, a fallas en el criterio del médico para establecer el diagnóstico y/o para elegir el fondo al que se solicitará el reembolso como lo manifestaron algunos informantes:

...”todos los casos con diagnóstico de prematuridad con taquipnea transitoria fueron regresados [porque el FPGC no lo cubre], entonces para que fueran cubiertos se les dijo a los médicos [que] los [subieran] como prematuros a FPGC o como taquipnea a SMNG. *EREPSFPGC-II ETAPA. (Jalisco)*

La mayoría de los entrevistados del ámbito estatal y del federal, reconocen avances y mejoras en los procesos relacionados con el FPGC, entre los cuales se destacan:

- Mayor conocimiento y experiencia del personal encargado de los procesos de notificación y validación de casos, comparado con 2007, particularmente sobre los requisitos y procedimientos que deben llevarse a cabo.
- Reconocimiento por parte de las autoridades administrativas de los hospitales y médicos especialistas de la importancia de notificar correctamente en tiempo y forma los casos al FPGC, lo cual implica recibir recursos adicionales tanto para

fortalecer el área de servicios que incurrió en el gasto por la prestación de la atención, como para contar con los recursos necesarios para la atención de nuevos usuarios.

- Actualización del Manual de Operación de Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos, precisando niveles de responsabilidad y tiempos que deben tardar los procedimientos.
- Actualización del SIGFGC, que ha incluido la incorporación gradual de módulos. En el segundo semestre de 2008 tres nuevos módulos fueron integrados y con esto se esperaba reducir el tiempo requerido para los reembolsos a los CRAE a un máximo de 10 días.
- Disminución de trámites burocráticos. A partir de 2008 se inició la firma de convenios multi-anales. Consistente en un convenio marco donde cada año se actualizan las tarifas de las intervenciones. Esto ha contribuido a disminuir los tiempos de pago, aproximadamente, en un 50%.
- Disminución del retraso de transferencia de fondos al nivel estatal, al pasar de un año o más en el reembolso de casos atendidos, a un lapso de 6 meses o menos después de validado el caso.

Pese a estos avances, los entrevistados del nivel estatal manifestaron la persistencia de algunos obstáculos localizados en las unidades hospitalarias para la integración del expediente clínico, el registro del caso en el sistema y la validación de los casos, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Dificultades que presenta el ámbito estatal para la notificación y validación de los casos del FPGC, 2009

Sub-proceso	Dificultades
Integración del expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sobrecarga de trabajo para el médico especialista tratante, ya que además de ejecutar las labores clínicas propias de su profesión, debe realizar actividades administrativas que demandan tiempos excesivos. ➤ Escasez de personal dejando, incluso, la responsabilidad a estudiantes de medicina (médicos internos). ➤ Diagnóstico incompleto o inexistente en la clasificación internacional de enfermedades (CIE), documentación incompleta de resultados de estudios de laboratorio, gabinete y otros, notas médicas sin firma. ➤ En Querétaro se señaló que en ocasiones cambian los requisitos para integrar el expediente clínico y que estos cambios no se notifican oportunamente a los estados. ➤ Multiplicidad de actores pueden intervenir en el proceso
Registro del caso en el SIGFGC	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retardo en la integración del expediente clínico. ➤ Falta de recursos materiales y equipos en las unidades hospitalarias: hardware/software, escáner, fotocopidora, acceso a Internet y papelería. ➤ Problemas de conectividad con el sistema en línea, plataforma lenta, se satura con frecuencia. ➤ No se cuenta con personal de apoyo para escanear el expediente clínico. ➤ Multiplicidad de actores pueden intervenir en el proceso
Validación del caso en el ámbito estatal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expedientes clínicos incompletos. ➤ Falta de correspondencia entre el diagnóstico y el tratamiento o medidas terapéuticas tomadas ➤ Duplicidad de registro de un caso en el sistema. ➤ Falta de acceso al sistema en línea. ➤ Escasez de claves para validar los casos ➤ Amplio margen de acción para designar a los validadores

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas actores clave.

Transferencia de fondos a los estados

La última fase del proceso corresponde a la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud del nivel federal quien revisa y revalida o rechaza el caso registrado en el sistema para su envío a la Dirección General de Financiamiento de la CNPSS y su respectivo pago.

Una vez completado este ciclo, el siguiente proceso lo constituye la transferencia de fondos del ámbito federal al estatal y en algunos casos entre entidades estatales, esto es, una vez la CNPSS autoriza el pago, ordena la transferencia de los fondos a la Secretaría de Hacienda (Tesorería) del estado en cuestión, a la Secretaría de Salud Estatal o bien a la OPD (Hospital II o III nivel), según sea la modalidad. Si la transferencia se hace vía Estado, las instancias encargadas de efectuar el reembolso a las unidades de salud donde se atendieron los casos son la Secretaría de Salud o la de Hacienda.

Referente a las razones que impiden la oportunidad del reembolso a las entidades federativas, éstas son percibidas de distintas maneras por los diversos actores y se evidenció en la discrepancia de opiniones entre funcionarios estatales y federales.

En el primer caso, aunque el personal entrevistado no conoce con precisión los procedimientos internos que lleva a cabo la Comisión en el nivel federal para la transferencia de los fondos, los informantes manifestaron que el retraso en el pago de los casos puede deberse a tardanza en la revalidación o por falta de disponibilidad de recursos en la Comisión. Por su parte, los entrevistados del nivel federal consideran que los retrasos dependen en gran medida de la entidad federativa por dos razones fundamentales: tardanza para notificar y validar los casos o por problemas de coordinación o incluso de voluntad política, esta afirmación coincide con lo reportado en 2007.

En términos generales, se observó heterogeneidad en la disponibilidad de recursos (humanos, técnicos y materiales), así como en el nivel de capacitación y experiencia del personal encargado del FPGC en las entidades federativas. Además, se evidenció de nuevo (tomando como base la evaluación de 2007) una marcada variabilidad en los procedimientos que llevan a cabo las áreas encargadas del FPGC en los estados, se trate de hospitales con estatus jurídico de OPD u hospitales pertenecientes a la red de servicios de salud del estado.

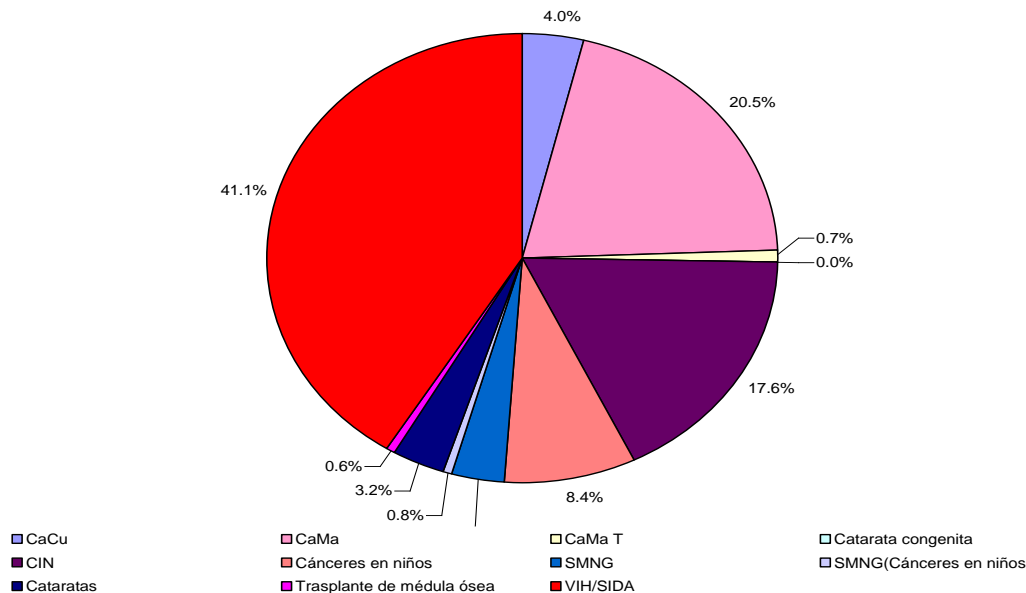
Es importante señalar que también se reconocen diferencias entre diversos OPD dentro de un mismo estado. Mientras que algunos funcionan con mayor autonomía y eficacia, otros presentan dificultades y obstáculos para realizar los trámites oportunamente.

2.1.2 Cantidad, distribución de recursos y oportunidad del pago de los casos del FPGC

Distribución del gasto por tipo de padecimiento

La figura 2 muestra la distribución del gasto total por tipo de padecimiento. Al igual que lo reportado en 2007 se observa una importante participación en la compra de medicamentos antirretrovirales para la atención de personas viviendo con VIH/SIDA; más de 41% del total se destinó a este rubro. De los recursos erogados a través del fondo, vale la pena destacar la importancia dada en el periodo de estudio al cáncer de mama, cuyas transferencias representaron el 20.5% del total. El tercer lugar lo ocuparon las afecciones propias del recién nacido con el 17.6% del total.

Figura 2. Distribución de los recursos del FPGC por padecimiento

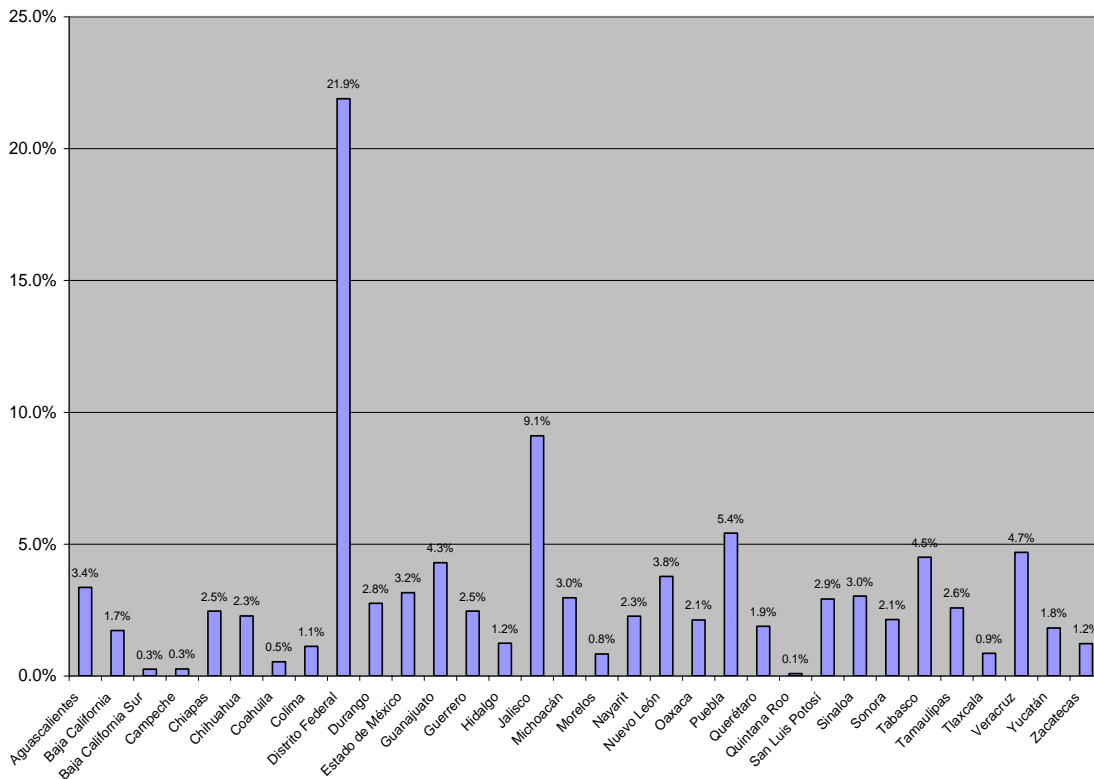


Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS.

Distribución geográfica de los recursos del FPGC

En la figura 3 se puede observar la distribución por entidad federativa de los recursos del FPGC. Como era de esperarse, y como ocurrió en 2007, dada la concentración de infraestructura de alto nivel de especialidad los recursos asignados al Distrito Federal representaron la mayor proporción con casi 22% del total. El resto de las entidades federativas recibieron menos del 5%, con excepción de Jalisco que obtuvo 9.1% del total y Puebla 5.4%.

Figura 3. Distribución de los recursos del FPGC por entidad federativa

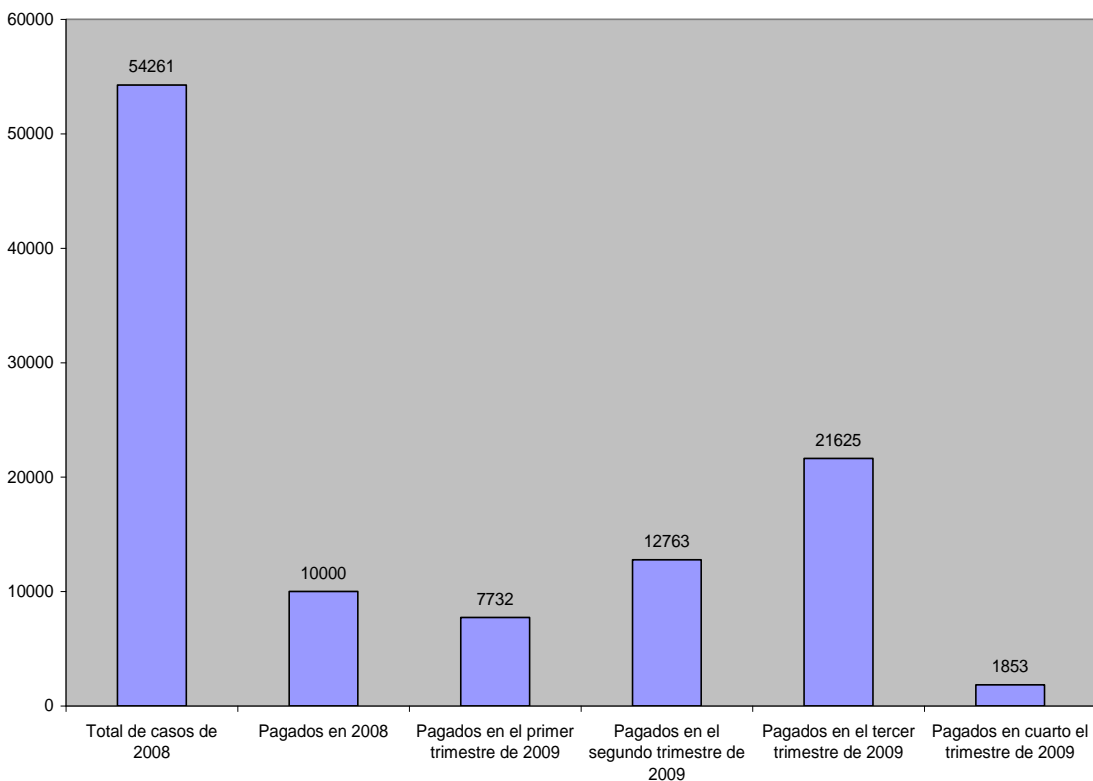


Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS.

Oportunidad en la transferencia de recursos a las entidades federativas

En la figura 4 se observa que de los casi 55 mil casos notificados en 2008, sólo diez mil, equivalente al 18% del total notificado, fueron pagados en ese año. Una gran proporción de los recursos consumidos por los estados en la atención de los padecimientos materia del FPGC les fueron reembolsados en el tercer trimestre del año siguiente, casi 40% del total.

Figura 4. Oportunidad en el reembolso de recursos a las entidades federativas



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS.

Respecto a la oportunidad en el pago de casos notificados al FPGC los actores entrevistados señalaron lo siguiente:

Retraso

- *Los requisitos y el proceso de transferencia de los fondos desde el FPGC está plenamente identificado. No se cumplen los plazos se tardan en promedio 8 a 10*

meses para transferir los fondos. El destino de los recursos está establecido (fortalecimiento del servicio: infraestructura: medicamentos, insumos, equipos) y el REPSS realiza seguimiento del gasto de estos fondos de acuerdo a los lineamientos establecidos por el nivel federal. La comisión se tarda en promedio 8 a 10 meses para liberar los recursos. La norma establece que el hospital reporte mes a mes los casos y una vez validados por la Comisión debe liberarse los fondos en 15 días pero eso no se cumple. Las razones por las cuales se tardan es por incumplimiento de requisitos por parte del OPD: Por un caso que no esté bien te detienen todos los casos del período y eso retrasa el pago. DAHFPGC-MORELOS, I ETAPA

- Tendría que ser más ágil, a veces se tarda hasta 6 meses. EREPSSFPGC- DF, I ETAPA
- *El dinero llega a Secretaría de Finanzas del estado, y de ahí se pasa a la Secretaría de Salud del estado quién lo distribuye a las unidades. La informante desconocía las causas exactas del retraso en los pagos. Sin embargo consideró que podría atribuirse a la falta de justificación del recurso paciente por paciente. Se acaba de implementar un formato que integra la información de los gastos de esa manera, pero hizo hincapié en que ese requisito no estaba vigente para los casos de 2007 y sin embargo tuvieron que realizar la justificación.* DAHFPGC-JALISCO, II ETAPA
- *4, 6, 15 meses, debido a la triangulación, no saben donde se detiene el dinero, ni desde cuando llega. Es muy variable porque pasa por diferentes instancias estatales antes de llegar el dinero a ellos, Secretaría de Finanzas-SESA-Hospital.* DAHFPGC-ZACATECAS, II ETAPA

A tiempo

- *Al día de hoy la transferencia de recursos es constante, cuestión que la atribuye tanto a la buena integración de los casos como a la relación institucional que se mantiene con el personal encargado del FPGC. De acuerdo con los lineamientos del Fondo, el hospital posee una cuenta específica en la que se depositan los recursos que el fondo acreditó como reembolsables debido a la prestación de servicios ya ofrecida. “Es conforme van haciendo el trámite de validación. Entre un mes o mes y medio tardan en el pago, una vez presentada la validación”.* DAHFPGC-HIDALGO, I ETAPA
- *“No hay retrasos de los casos que reportan los hospitales, estamos pagando este año al mes de las notificaciones”.* DAHFPGC-QUERÉTARO, I ETAPA

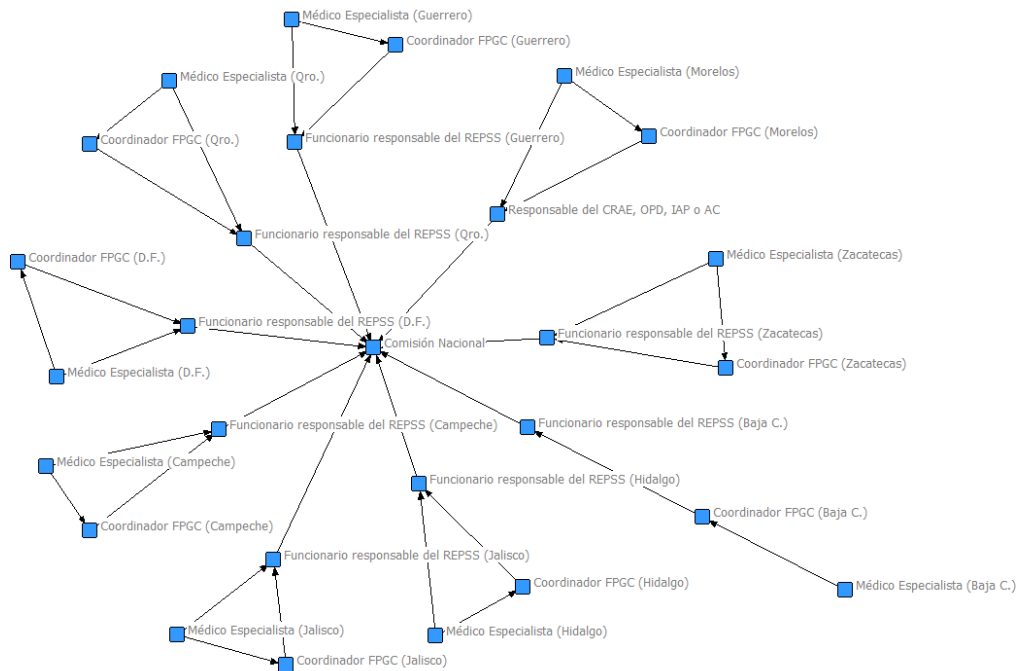
- *Sí cumplen con los requisitos de transferencia, ellos reciben del “Centro” (Comisión Nacional) el dinero, en una cuenta especial del REPSS para el FPGC. Ellos no le dan el dinero a los hospitales, pero éstos disponen de los recursos para lo que requieran, “si necesitan comprar algo, lo compran, emiten la factura, y se les va descontando de su presupuesto”. Explica que no le dan el dinero de manera directa a los Hospitales porque disminuye, “ellos tendrían que emitirnos un recibo y tendría que ser a través de la Beneficencia, que les quitaría el 15%”. EREPSSFPGC- CAMPECHE, II ETAPA*

2.1.3 Flujos de información entre actores del FPGC

Análisis cuantitativo de flujo de información entre actores

Los resultados del análisis de redes sociales son mostrados en las figuras 5 y 6. En estas se puede apreciar las redes teóricas y empíricas, que describen la situación de los nueve estados estudiados.

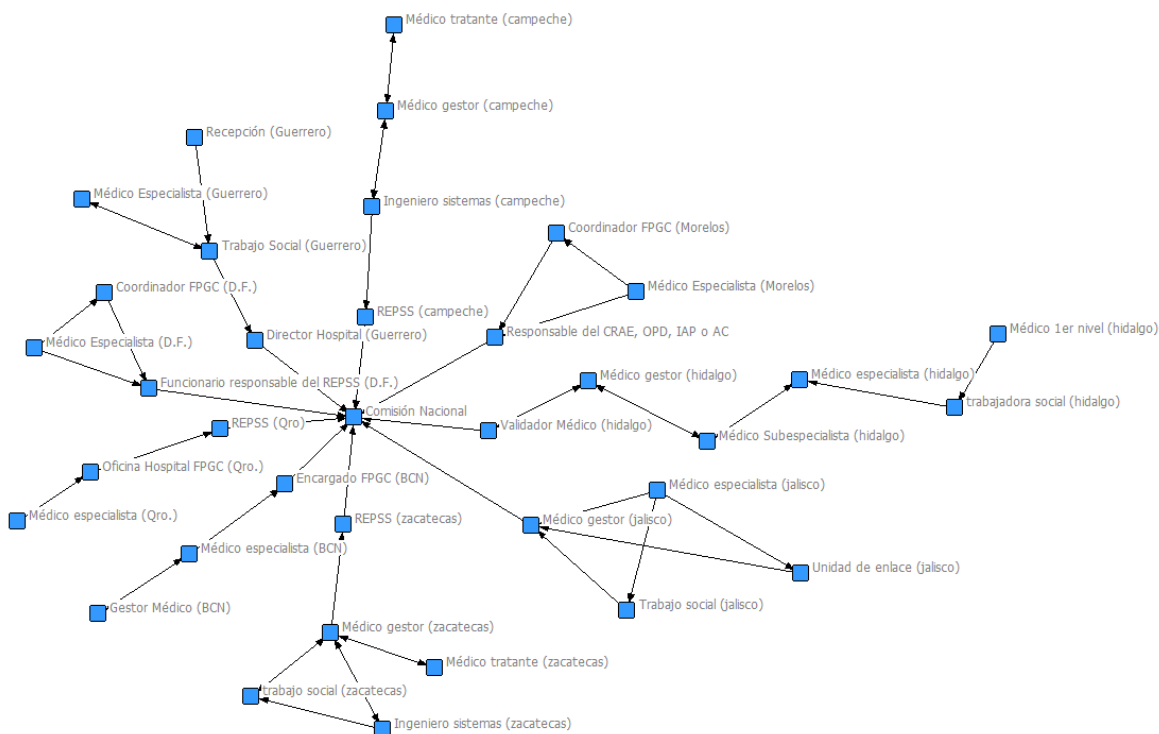
Figura 5. Red teórica de los procesos de gestión del FPGC en los nueve estados participantes, según Manual de operación del FPGC



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las entrevistas a actores clave.

Como se puede apreciar, todos los estados excepto Baja California deberían tener el mismo flujo de gestión debido a que éste es el único estado con estructura descentralizada. La densidad de la red es de 0.0463 y presenta 35 lazos. Esta simple estructura contrasta con la reportada por los actores involucrados durante el trabajo de campo, tal cual se puede apreciar en la siguiente figura:

Figura 6. Red empírica de los procesos de gestión del FPGC en los nueve estados participantes



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las entrevistas a actores clave.

Existe una gran variabilidad en las estructuras lo cual indica la existencia de diversos actores involucrados en la gestión. Los datos sugieren que los únicos estados que cumplen los procedimientos descritos en el Manual son Baja California, Distrito Federal, Morelos y Querétaro. El resto de los estados presentan un incremento en el número de actores participantes en la gestión de notificación de casos del FPGC por lo que la

densidad estimada es de 0.0397 a partir de la existencia de 50 lazos entre actores participantes.

Un análisis más detallado para cada uno de los actores involucrados se puede observar en la tabla 2. En este se presentan los resultados de centralidad de Freeman, que muestra cuantos lazos salen y llegan de cada actor o nodo.

Tabla 2. Medidas de grado de las redes sociales teórica y empírica de los procesos de gestión del FPGC en los nueve estados participantes

Estado	Grado				
	Actor	Inicio de relaciones		Recepción de relaciones	
		Esperado	Observado	Esperado	Observado
BCA	M Esp	1.0	2.0	0.0	1.0
	Coord	1.0	1.0	1.0	1.0
	REPSS	1.0	1.0	1.0	1.0
CAM	M Esp	2.0	1.0	0.0	1.0
	Coord	1.0	2.0	1.0	2.0
	Ing Sist	---	2.0	---	1.0
	REPSS	1.0	1.0	2.0	1.0
DF	M Esp	2.0	2.0	0.0	0.0
	Coord	1.0	1.0	1.0	1.0
	REPSS	1.0	1.0	2.0	2.0
GUE	Recepción	---	1.0	---	0.0
	M Esp	2.0	1.0	0.0	1.0
	Coord	1.0	---	1.0	---
	Trab Soc	---	2.0	---	2.0
	Dir Hosp	---	1.0	---	1.0
	REPSS	1.0	---	2.0	---
HID	M Prim Niv	---	1.0	---	0.0

Estado	Grado				
	Actor	Inicio de relaciones		Recepción de relaciones	
		Esperado	Observado	Esperado	Observado
	M Esp	2.0	1.0	0.0	2.0
	M Sub Esp	---	2.0	---	2.0
	Trab Soc	---	1.0	---	1.0
	Coord	1.0	2.0	1.0	2.0
	Valid Med	---	2.0	---	1.0
	REPSS	1.0	---	2.0	---
JAL	M Esp	2.0	3.0	0.0	0.0
	Trab Soc	---	1.0	---	1.0
	Coord	1.0	1.0	1.0	3.0
	Unid Enlace	---	1.0	---	1.0
	REPSS	1.0	---	2.0	---
MOR	M Esp	2.0	1.0	0.0	0.0
	Coord	1.0	1.0	1.0	2.0
	REPSS	1.0	2.0	2.0	0.0
QRT	M Esp	2.0	1.0	0.0	0.0
	Coord	1.0	1.0	1.0	1.0
	REPSS	1.0	1.0	2.0	1.0
ZAC	M Esp	2.0	1.0	0.0	1.0
	Coord	1.0	4.0	1.0	3.0
	Trab Soc	---	1.0	---	2.0
	Ing Sist	---	2.0	---	1.0
	REPSS	1.0	1.0	2.0	1.0
Comisión Nacional		0.0	0.0	9.0	9.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en las entrevistas a actores clave.

A partir de la información presentada se puede considerar, que existen más personas involucradas en el proceso, que las recomendadas en el manual. Lo más notorio, cuando se compara el proceso esperado con el observado, es que se inician más

relaciones que las sugeridas; lo mismo ocurre en el caso de las relaciones recibidas. Las explicaciones de este hallazgo pueden derivar en las siguientes implicaciones: *i)* se han creado procesos alternos o complementarios propios que responden a la estructura o administrativos propios de cada estado, *ii)* se ha realizado una división del trabajo entre más actores debido, por ejemplo, a que los directamente encargados de los procesos no sólo realizan este tipo de actividades, sino que laboran en otras operaciones que hacen o no parte del SPSS, o *iii)* simplemente no se conoce y/o aplica el Manual de operaciones relacionado con la notificación de casos que generan gastos catastróficos.

3. Discusión

Al comparar como se realizan los procesos del FPGC con la normatividad vigente, se observa que persisten tres problemas en la operación: a) dificultades para la acreditación de los hospitales; b) problemas operativos para la notificación y validación oportuna de los casos y, c) falta de oportunidad en la transferencia de recursos por parte de la CNPSS.

La primera -acreditación de hospitales- se convierte en obstáculo para las entidades federativas cuando éstas no cuentan con la infraestructura y los recursos que se requieren para acreditarse, por tanto, se impide que puedan beneficiarse adecuadamente de los recursos del FPGC y en consecuencia, se contribuye a ensanchar las diferencias entre estados. Estas carencias se manifiestan generalmente en términos de cantidad y capacidad técnica de personal, la falta de equipo esencial para la notificación de casos, como computadoras, *scanners* e impresoras y de acceso a Internet con la velocidad de transmisión adecuada.

En cuanto a la notificación y validación de los casos, si bien desde la evaluación de procesos administrativos de 2007, la capacitación y el compromiso del personal involucrado tuvieron grandes avances, persisten importantes dificultades por la falta de

recursos (materiales y humanos) para realizar los trámites de forma oportuna por parte de las unidades hospitalarias.

Un hallazgo importante de esta evaluación es la identificación de la capacidad que tienen funcionarios estatales para subir casos al sistema por diferentes vías utilizando para ello criterios individuales y las opciones que el propio sistema les ofrece. Este fenómeno implica la necesidad de compatibilizar los lineamientos operativos entre FPGC y SMNG. El hecho de que en los estados se identifique al SMNG como más flexible en sus requerimientos técnicos para el pago de casos, implica la posibilidad de hacer mal uso del sistema aunque la intención que motiva este mal uso sea la de asegurar el pago a la unidad que prestó la atención y proteger de paso al usuario.

Con relación a la transferencia de fondos se requiere revisar el flujo seguido en la solicitud y pago de los casos, así como los actores que en realidad deben hacer parte del mismo, pues de acuerdo al análisis de redes, la mayoría de las entidades federativas estudiadas no cumple con lo estipulado en el Manual de operación de la CNPSS.

Por otro lado, a semejanza de los hallazgos del 2007, en esta evaluación vuelve a ser notoria la alta proporción de recursos del FPGC destinados a la compra de antirretrovirales y la baja cobertura de padecimientos cuya atención representa un alto costo tanto para los usuarios como para los servicios (por ejemplo cáncer cérvico-uterino y cánceres en niños). En cuanto a vacunas los datos de la Comisión no registran la generación de gasto alguno para 2008. Estos datos podrían sugerir que la asignación de recursos se está enfocando a los padecimientos que motivaron la creación del FPGC

Destaca también la prioridad dada en este periodo al cáncer de mama, una de las afecciones más importantes en términos económicos y epidemiológicos para el Sistema de Salud, pues pasó de 3.9% en la anterior evaluación a 20.5% del total ejecutado por el FPGC en el presente ejercicio.

La asignación de recursos por entidad federativa es otro elemento que llama a la reflexión. Se desconoce si esta asignación es la adecuada pues la falta de datos respecto a diagnósticos por entidad federativa impide relacionar los montos asignados con las necesidades reales de salud de la población en cada estado.

Se estableció que el SIGFGC ha tenido una actualización permanentemente con la inclusión de nuevos módulos, para reducir el tiempo de reembolso de recursos a los CRAE a no más de 10 días, no obstante, persisten retrasos en los pagos de aproximadamente seis meses. Esto puede deberse en algunos casos a la falta de disponibilidad de una estructura financiera básica en los estados para dar cumplimiento de manera adecuada al proceso de solicitud de reembolso de los recursos consumidos en la atención de pacientes con padecimientos cubiertos por el FPGC.

En síntesis, dos años después del primer ejercicio evaluativo realizado por el equipo de trabajo del INSP, la actual evaluación evidencia avances y mejoras tanto en la distribución del gasto por padecimiento, como en los procesos de gestión de recursos del fondo. Sin embargo, el nivel de avance es diferencial por estado, asociado a los factores ya señalados. Se requiere revisar el flujo seguido en la solicitud y pago de los casos, así como los actores que en realidad deben hacer parte del mismo, pues de acuerdo al análisis de redes la mayoría de las entidades federativas estudiadas no cumple con lo estipulado en el Manual de operación de la CNPSS.

4. Recomendaciones

Centrales

- Promover un uso de los recursos del FPGC consistente con los objetivos que le dieron origen. Esto tiene un doble rol, por un lado se relaciona con la propuesta social de transparencia de las acciones y procesos, que exige que el destino final de los recursos sea el autorizado por las leyes, normas y/o reglamentos. Por otro lado contribuye con el cumplimiento de la demanda epidemiológica insatisfecha.

- Poner en acción mecanismos tecnológicos y de relación entre los niveles de la estructura (federal y estatal) que permitan reducir significativamente los tiempos requeridos, alcanzando los mínimos posibles, para completar el ciclo de notificación, validación y pago de casos. Esto implica garantizar que las unidades pertenecientes a la red de provisión de servicios cuenten con el equipo requerido, el acceso a una plataforma adecuada que disminuya la frecuencia de saturación de la red y la capacitación y actualización permanente del personal encargado de llevar a cabo estos procesos.

Complementarias

- Revisar los requisitos y mecanismos de acceso al FPGC de tal forma que en la medida de lo posible se equiparen a los del SMNG, pues estos últimos son considerados por los actores como más fáciles de ejecutar. Esto contribuirá a hacer más atractivo los procesos y disminuirá la presencia de prácticas dirigidas a evitar dichos procesos, lo que obviamente se traduce en ejecuciones transparentes.
- Mejorar los sistemas de información para contar con datos coherentes y válidos. Esto permitiría tener cierta certeza del efecto real del FPGC en la cobertura de las afecciones que cubre, conocer en qué medida el FPGC está contribuyendo a solucionar los problemas de salud en los estados y si está realmente cumpliendo con el propósito para el que fue creado. También permitirá, a mediano plazo, medir su impacto en la epidemiología nacional y local. Además servirá para apoyar los procesos de planeación, supervisión y evaluación.
- Ajustar los procesos de notificación y validación de los casos en los estados para hacerlos más eficientes.
- Promover que los estados cumplan con la normatividad definida a nivel federal para regular los distintos procesos relacionados a la operación del FPGC.

Referencias

- ¹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2007. Disponible en URL: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=35&Itemid=103. Revisado en enero de 2010.
- ² Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2008. Disponible en URL: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/informe_de_resultados_spss_%202008.pdf. Revisado en enero de 2010
- ³ Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Disponible en URL: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>. Revisado en enero 2010.
- ⁴ Secretaría de Salud. Manual para la acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. Disponible en URL: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/manual_acredita.pdf. Revisado en enero 2010.
- ⁵ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Fondo de protección contra gastos catastróficos. Catálogo de intervenciones del FPGC. Disponible en URL. <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/FPGC/Catalogofpgc.pdf>. Revisado en enero 2010
- ⁶ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Fondo de protección contra gastos catastróficos. Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos. Manual de operación. Disponible en URL. <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpf/sisgc/informacion/manual2009.pdf>. Revisado en enero 2010.
- ⁷ Secretaría de Salud. Sistema De Protección Social En Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2° Edición. 2006.
- ⁸ Secretaría de Salud. Sistema De Protección Social En Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2° Edición. 2006.
- ⁹ Aracena B, Herrera Cristina, Idrovo J, Avila L, Nigenda G. Operación de Fideicomisos. En González-Block, Nigenda G, et. al. Sistema de protección social en salud. Evaluación de procesos administrativos.
- ¹⁰ Borgatti S, Everett M, Freeman L. Ucinet for Windows: software for social network analysis. Harvard, MA: Analytic Technologies; 2002.
- ¹¹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2007. Disponible en URL: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=35&Itemid=103. Revisado en enero de 2010.

Capítulo 4: Procesos de compra y distribución de medicamentos*

Introducción

Provisión de medicamentos como componente del SPSS

La oferta de medicamentos es fundamental para el éxito del SPSS, lo cual deberá tener un impacto en la reducción del gasto de bolsillo en salud en las poblaciones afiliadas.¹ El gasto en medicamentos es el componente del gasto en salud más importante para la población con bajos ingresos: por ejemplo, en el año 2000, 59% del gasto en salud de los hogares mexicanos en el primer decil de ingresos fueron gastos en medicamentos, además el 65.7% de los casos de gastos catastróficos de los hogares fueron debido a la compra de medicamentos². En el resto de la población, a pesar que el gasto de medicamentos tiene una proporción menor al 50% del gasto en salud, es un consumo relevante debido a que los medicamentos es un bien consumido por necesidad.

Además de la importancia del gasto, una de las mayores expectativas para afiliarse al SPSS ha sido la disponibilidad de los medicamentos aunada al alto valor que la población le da a la entrega de medicamentos. De acuerdo con los datos recabados en el 2007, el acceso a medicamentos fue la segunda causa más recurrente de quejas recibidas (20%) y para el 2008, correspondió a la tercera causa con un 19.7% después de la afiliación y la atención médica.³

La creación del SPSS se hizo tomando en cuenta las evidencias de que los gastos principales de los hogares de bajo ingreso en salud fueron destinados principalmente a atención ambulatoria y gasto en medicamentos.⁴ Como resultado, una de las principales funciones del SPSS es la de proveer medicamentos gratuitos en el punto de atención a la población afiliada.⁵ Con el objetivo de aumentar la eficiencia del sistema, el SPSS fue diseñado como un sistema de seguro con separación de funciones en el ejercicio de la recaudación de los fondos, asignación de los recursos y la prestación de los servicios.⁶

* Elaborado por: Veronika J. Wirtz, Elizabeth Candia Fernández, Yared Santa Ana Téllez

Esta estructura es relevante para la cadena de suministro de medicamentos porque la responsabilidad del suministro es principalmente con los prestadores que realizan todas las funciones desde el suministro, hasta la compra. Es importante enfatizar que el SPSS tiene la opción de contratación de servicios de las Secretarías Estatales de Salud, servicios de las instituciones de seguridad social y de instituciones privadas.

Compra de medicamentos

Por normatividad del nivel federal, la compra de medicamentos en todas las instituciones públicas (incluso proveedores públicos del SPSS) está regulada principalmente por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.⁷ Esto significa que para el suministro de medicamentos, las instituciones públicas están obligadas a licitar públicamente la compra de medicamentos con el propósito de aumentar la transparencia y la eficiencia a través de la competencia entre proveedores. Solamente en el caso de los medicamentos con patente vigente se permite a las instituciones públicas hacer una compra directa con el proveedor (dado que los productos con patente no tienen competencia).

En México, al inicio de la década de los ochenta se llevaron a cabo compras consolidadas (compras masivas realizadas al nivel federal con distribución a los estados) de medicamentos y otros insumos en las instituciones de salud al nivel nacional por parte de la Secretaría de Salud. Este proceso trajo consigo ahorros importantes, pero a su vez problemas de abasto como reportaron evaluaciones anteriores.⁸ Sin embargo, desde el proceso de descentralización de los servicios estatales de salud en los años noventa, se confirió a los estados autonomía para la gestión de sus procesos de adquisición de medicamento, y por lo tanto de abstenerse a participar en las compras consolidadas nacionales si así convenía a sus intereses.⁹ Como consecuencia, cada estado tiene su Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público que regula la compra de bienes incluso de medicamentos al nivel estatal.

Desde la fase inicial de implementación del SPSS se identificaron deficiencias en la cadena de suministro de medicamentos,¹⁰ y se recomendaron acciones que han permitido mejorar su operación. Una de estas acciones ha sido el abasto oportuno de medicamentos como componente para mejorar la calidad de la atención y responder a las demandas legítimas de los usuarios de los servicios.^{11, 12}

En el 2007, se realizó una evaluación del Seguro Popular por parte del Ssa y el INSP,¹³ dando como resultado las recomendaciones que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1: Resumen de los resultados y recomendaciones de la evaluación de SPSS de 2007 por el INSP

Tema	Resultados	Recomendaciones
Tercerización	Los estados utilizaron diferentes modelos de contratación del sector privado para la cadena de suministro de medicamentos.	Aquellos estados que quieran elegir un modelo de tercerización deben tener la <u>capacidad de hacer contratos adecuados y monitorearlos.</u>
Licitaciones	Los obstáculos para aumentar la eficiencia de compra en algunos estados fueron: - El marco normativo regulador de las compras de medicamentos para el SPSS - La falta de competencia en el mercado farmacéutico estatal	Revisión del marco normativo y evaluación del mercado farmacéutico estatal para hacer más eficientes los procesos de licitación.
Selección de los medicamentos	Aproximadamente la mitad de las compras de medicamentos para el SPSS en los estados fue destinadas a claves fuera de CAUSES.	Revisar la <u>necesidad de comprar medicamentos fuera del CAUSES.</u> Revisar la <u>inclusión y exclusión de medicamentos</u> en el CAUSES.
Precios de medicamentos	Las grandes variaciones de precios de compra de medicamentos para el SPSS entre diferentes entidades	Revisar la utilidad de una <u>regulación de los precios</u> de los medicamentos
Calidad y de de de información compra de medicamentos	La <u>inconsistencia de información</u> entre diferentes fuentes sobre compra de medicamentos para el SPSS.	Implementación de un sistema de información al nivel nacional que permita una rendición de cuentas y suficiente monitoreo de la CNPSS

Surtimiento recetas medicamentos en las unidades de salud	Aproximadamente 23% de los beneficiados del SPSS compraron sus medicamentos recetados en farmacias del sector privado debido al desabasto en las unidades que prestaron el servicio de atención.	Aumentar la disponibilidad de medicamentos en las unidades que prestan servicios de salud.
Uso eficiente de los medicamentos	Diversos medicamentos comprados en gran volumen no fueron la primera selección de tratamiento, lo que indica que el uso de medicamentos podría ser optimizado	Monitorear el uso de medicamentos para identificar áreas de mejora la utilización

Fuente: Elaboración propia de los autores basado en el reporte SSA-INSP. *Evaluación de los procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2006*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica, Secretaria de Salud, 2008.

En resumen, en la evaluación del 2007, se encontraron varias ineficiencias potenciales en la compra de medicamentos: el gasto en medicamentos no se enfocó de manera exclusiva en la compra de medicamentos incluidos en el CAUSES y se halló una notoria variación estatal en los precios unitarios de adquisición de algunos medicamentos. También se encontraron diferencias entre diversas fuentes de información disponibles sobre los montos de gasto en medicamentos realizados por los REPSS. Tampoco, se obtuvieron datos sobre el uso de medicamentos, lo que obstaculizó la detección de las ineficiencias en su utilización. Se detectaron problemas con el surtimiento de recetas de los afiliados al SPSS que fue del 68.1%, cifra que se ubica por debajo de las instituciones de seguridad social con 87.8%, sin embargo fue mayor al 60.2% que obtuvo la Secretaria de Salud.¹⁴ Los patrones de tercerización de servicios o la subrogación de farmacias fueron muy heterogéneos y desiguales en el país dado que eran estrategias ampliamente utilizadas en algunos estados, mientras que en otras entidades, no se utilizaban servicios privados. En general los informantes parecieron estar a favor de la utilización del sector privado.

Los cambios más relevantes en las políticas del SPSS relacionados con el suministro de medicamentos después de la última evaluación en 2007 fue la implementación de un sistema de precios de referencia a partir del 2009. En el noveno reglamento publicado

en el Diario Oficial de la Federación sobre los precios de referencia de los medicamentos para el SPSS, se establece que las entidades no deben comprar a precios 20% más altos que el precio de referencia, con la excepción de medicamentos para combatir emergencias epidemiológicas; en ese caso se podrán adquirir los medicamentos a un sobreprecio.¹⁵ Las entidades federativas que adquieren medicamentos con un precio superior al 20% del precio de referencia en ausencia de una emergencia sanitaria pueden recibir sanciones.

Dada la relevancia de los medicamentos en el SPSS y los cambios en los procesos de compra y distribución de medicamentos por los estados, surge la necesidad de evaluar nuevamente su proceso de compra con el propósito de identificar áreas de oportunidad y avances o retrasos en mejorar la ejecución del SPSS.

Por ello, el objetivo general del presente estudio fue evaluar el proceso de compra de medicamentos para el Seguro Popular en el periodo 2008 - 2009.

De forma específica se planteó:

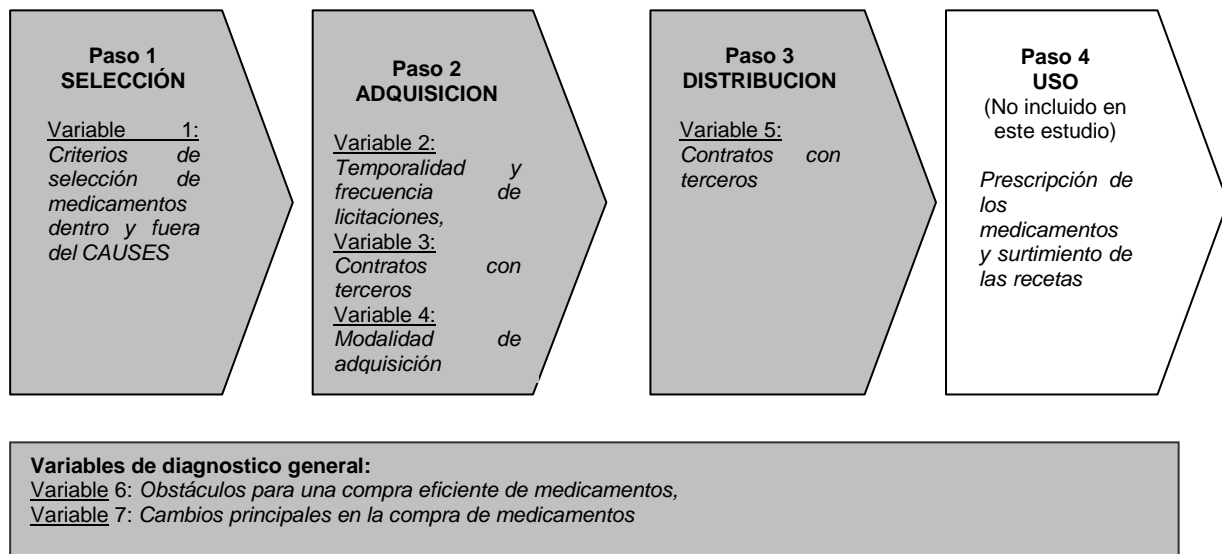
1. Analizar los mecanismos y procesos de compra y distribución de medicamentos en los Regímenes de Protección Social en Salud (REPSS);
2. Caracterizar los costos de transacción en los REPSS generadores de ineficiencias en el uso de recursos;
3. Cuantificar y comparar los precios de compra entre entidades;
4. Explorar las razones por las cuales los afiliados están satisfechos o no con los servicios relacionados a medicamentos

1. Metodología del componente de medicamentos

La metodología general del estudio se describe en el capítulo 2 de este documento. Sin embargo, a continuación se mencionan algunos aspectos particulares de la metodología que se utilizaron para la evaluación del proceso de la compra de medicamentos.

Las variables de diagnóstico de los procesos de compra se seleccionaron de acuerdo con el marco teórico de la OMS sobre la cadena de suministro de medicamentos que involucra: a) la selección de medicamentos; b) la adquisición de medicamentos; c) el almacenamiento y la distribución de los insumos; además de: d) el uso racional de los mismos¹⁶ (figura 1). Para el análisis de este estudio se consideraron los pasos 1, 2 y 3. Dentro de cada paso, algunas variables clave fueron seleccionadas (figura 1).

Figura 1: Variables de diagnóstico del proceso de compra y distribución de acuerdo con la etapa de suministro



El objetivo de la cadena de suministro de medicamentos es la disponibilidad oportuna y uso racional de medicamentos al menor costo (definición adaptado de MSH & OMS 1997, p.31).¹⁷ La literatura señala algunas buenas prácticas de suministro de medicamentos que se resumen en la tabla 2. De acuerdo con estas buenas prácticas y la normatividad del SPSS se seleccionaron las variables de medición para esta evaluación.

Tabla 2: Variables, medición, valores recomendados por la literatura y la normatividad del SPSS

Variable	Medición	Valor recomendado	Normatividad del SPSS
Selección de medicamentos para la compra por los proveedores de los servicios	Criterios de la selección de los medicamentos	Selección de los medicamentos de acuerdo a la lista de medicamentos esenciales (MSH & OMS, 1997, pp. 122-123)	Selección de los medicamentos de acuerdo con el CAUSES.
Temporalidad y volumen de compra	Frecuencia de compra de medicamentos por año y consolidación de la compra de varios programas* de las Secretaría de Salud	Utilización de economías de escala, realizando pocas compras por año con un mayor volumen, para esto, la consolidación de las compras de varios programas podría ser más eficiente (MSH & OMS 1997, pp. 31)	La ley de adquisición de cada entidad dicta el mecanismo y la temporalidad de compra.
Modalidad de adquisición	Porcentaje de las compras directas con el proveedor de medicamentos vs el porcentaje de las compras por licitación (<i>open tender</i>)	Se recomienda que la compra sea a través de una licitación en donde el comprador pueda seleccionar la oferta que cumpla con los términos de referencia y ofrece el precio más económico. (MSH & OMS, 1997, pp181).	La ley de adquisición federal estipula que para medicamentos con patente vigente se permiten compras directas.
Contratos con terceros	Forma de contrato con el sector privado (adquisición, distribución, y surtimiento de recetas)	No existe una recomendación en términos del contrato de terceros. Depende del contexto y de la capacidad de gestión de cada organización y del monitoreo del cumplimiento de contrato. (MSH & OMS, 1997, pp. 257)	De acuerdo a las leyes de adquisición de cada entidad, el SPSS promueve un modelo del pluralismo estructurado con contrataciones de agencias públicas, privadas y sociales (UAM/SSA 2008).

Fuente: Elaboración propia de los autores

*Programas estatales que incluyen la provisión de medicamentos de la Secretaría de Salud incluyen: Oportunidades, programas para la infancia y adolescencia y paludismo.

Con la finalidad de dar respuesta a los objetivos planteados se utilizaron dos tipos de metodología, la cualitativa y la cuantitativa. Para el análisis de los dos primeros objetivos, se realizó una revisión documental y entrevistas estructuradas al director de finanzas y el encargado de la compra de medicamentos de cada una de las nueve

entidades federativas estudiadas (ver capítulo 2 de metodología). Además se analizaron las entrevistas realizadas a los usuarios.

En las entrevistas con los directores de finanzas y el encargado de la compra de medicamentos se indagaron dos temas principales: a) los procesos de selección de medicamentos para la compra por entidad (paso 1 de la figura 1) y b) los mecanismos de compra y distribución de medicamentos (pasos 2 y 3 de la Figura 1). Por otra parte, en las entrevistas grupales con los usuarios se exploró y preguntó sobre la información de la utilización de los medicamentos y el surtimiento de los mismos.

Con respecto al análisis del objetivo tres y cuatro, se realizó una revisión documental de la información de fuentes secundarias. La primera fue obtenida de la página web de la CNPSS

(http://reportepuf.cnpss.gob.mx/reportespuf/medicamentos_20082/reportes.html#) y la segunda, de la información digital y documental de cada entidad federativa. Es importante señalar que la página electrónica solamente ofreció acceso a datos de compras del año 2008.

La información recolectada incluye datos de 47,423 compras con datos de volúmenes, precios y gastos a nivel nacional de varios tipos de medicamentos (312 claves del CAUSES y más 16 claves compradas fuera de CAUSES) adquiridos por cada entidad en el año 2008. Estos datos no incluyeron los medicamentos comprados a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Se excluyeron compras con un precio reportado menor a 1 peso, ya que un costo tan bajo no es factible (105 observaciones), además, se revisaron las distribuciones de aquellas claves con un precio reportado mayor de \$1,000 pesos. Los casos atípicos (por ejemplo, una sola observación de un medicamento de más de cinco mil pesos y el resto con un precio más bajo de \$50 pesos) fueron eliminados de la base de datos (277 observaciones). Los cálculos realizados se basaron sólo en las nueve entidades de estudio (Baja California, Campeche, D.F., Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Querétaro, y

Zacatecas). Bajo estos criterios se aseguraron 10,513 compras del total de 328 diferentes claves.

El procesamiento y análisis de la información se realizó mediante un análisis descriptivo de los datos. Se identificaron las 20 claves con el precio y el gasto más alto, además de señalar las entidades con el gasto más alto en medicamentos por afiliado. Asimismo, se analizaron las claves de medicamentos, volúmenes y gastos totales que las entidades compran y que no están listadas en el CAUSES. Con esto, se calculó el porcentaje del gasto total en medicamentos destinado a claves fuera del CAUSES.

Se realizó una medición de la eficiencia de compra utilizando dos diferentes análisis: i) se calculó el precio por unidad de los 20 medicamentos con la mediana del precio más alta y se comparó este precio por unidad con la mediana del precio internacional de acuerdo con el indicador internacional de precios de medicamentos;¹⁸ ii) se examinó la distribución de precios por cada clave y se calculó el porcentaje de las claves adquiridas por entidad que se encontró en el primer cuartil (<25%), el porcentaje de las claves adquiridas en el rango intercuartil (25 a 75%) y el porcentaje de claves con valores superiores al cuarto cuartil (>75%) de la distribución de los precios. Un alto porcentaje de claves adquiridas en el cuarto cuartil significa que se compró a precios relativamente altos en comparación a otras entidades.

Para explorar las razones por las cuales los usuarios están satisfechos o no con el servicio se llevaron a cabo dos entrevistas grupales por cada entidad (ver capítulo de metodología). Con respecto a los medicamentos se exploraron los siguientes temas: a) la satisfacción del usuario con la prescripción; b) el surtimiento de recetas y el tiempo estimado en el surtimiento de la receta (tiempo de espera); y c) la información recibida sobre la utilización de los medicamentos.

2. Resultados

2.1 Los mecanismos y procesos de compra de medicamentos en los REPSS

Selección de medicamentos para el Seguro Popular

En el proceso de selección de los medicamentos los informantes reportaron semejanzas entre los diversos estados (tabla 3). En general, las áreas responsables de seleccionar los medicamentos que se compran para el SPSS son las áreas técnicas, médicas o sustantivas, todas ellas pertenecientes a los hospitales y centros de salud. Solamente en Campeche se comentó que además de las áreas médicas se generó un cuadro básico interno el cual revisa, modifica y amplía anualmente de acuerdo a las necesidades epidemiológicas de la región. Los entrevistados refirieron a la normatividad vigente para adherirse a la selección y compra de las claves de medicamentos del CAUSES, por lo que no se reportó la compra de medicamentos fuera del CAUSES, excepto en el estado de Zacatecas. En esta entidad, se argumentó que la necesidad de ciertos medicamentos fuera de CAUSES surgió debido a que, para ciertas enfermedades que están incluidas en el CAUSES, no se contemplan todos los medicamentos correspondientes para su tratamiento (particularmente enfermedades que requieren atención quirúrgica). Los entrevistados de Zacatecas contaron además a nivel estatal con un “Comité de Compras” el cual se encarga de definir la demanda y de realizar la licitación.

Según los informantes todos los estados tiene autonomía para seleccionar las claves de medicamentos del CAUSES que requieren adquirir con base en un referente de demanda histórica y/o epidemiológica. No obstante, se observó que existe una desvinculación entre las áreas de adquisición de medicamentos y las áreas médicas que definen los volúmenes y seleccionan los medicamentos. Dado que las áreas de adquisición sólo efectúan la orden de compra de los medicamentos con base en los requerimientos de las áreas médicas y de acuerdo al presupuesto disponible, los informantes de las áreas de adquisición de medicamentos mencionaron no tener claros los criterios de selección de medicamentos. Tampoco supieron si esta selección se

basa en criterios clínicos o si existe un monitoreo del uso final de los medicamentos para los afiliados al SPSS.

Los entrevistados señalaron que existen claves de medicamentos del CAUSES obsoletas y que no corresponden al perfil de morbi-mortalidad de la región, por lo que consideran innecesaria su adquisición. Sin embargo, refieren que existen todavía criterios de apego de los supervisores del REPSS, para que se adquirieran a nivel estatal todas las claves, aún cuando no se usen en las unidades de atención.

Tabla 3. Criterios para la selección de los medicamentos en el Seguro Popular en 2009

	BCN	CAM	DF	GUE	HID	JAL	MOR	QUE	ZAC
Autonomía de la entidad federativa para la selección y compra de medicamentos del CAUSES									
Sí, la entidad federativa selecciona los medicamentos a comprar	X	X	X	X	X	X	X		X
No sabe								X	
Criterios de selección de medicamentos del CAUSES									
Se compran sólo los que solicitan los médicos (áreas técnicas o sustantivas)	X	X	X	X	X	X	X		X
No sabe								X	
Criterios específicos para compra de medicamentos para el SPSS									
No se compran medicamentos fuera del CAUSES		X	X	X	X	X	X		
Se compran medicamentos fuera del CAUSES									X
No sabe	NSP							X	
Criterios para determinar el volumen de compra de los medicamentos para el SPSS									
Demanda epidemiológica				X	X		X		
Demanda histórica y epidemiológica		X	X			X			X
No sabe	NSP							X	

Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con la evaluación de los procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009

Leyenda de la Tabla 1: BCN, Baja California Norte; CAM, Campeche; DF, Distrito Federal; GUE, Guerrero; HID, Hidalgo; JAL, Jalisco; MOR, Morelos; QUE, Querétaro; y ZAC, Zacatecas. NSP, No se preguntó.

Mecanismos de adquisición y distribución de medicamentos

Las modalidades de los mecanismos de adquisición y distribución de medicamentos, para el SPSS en las nueve entidades de la República Mexicana, son muy heterogéneas. Una razón mencionada en las entrevistas fue que no existe uniformidad en las leyes de adquisiciones de las entidades federativas incluidas en la muestra (tabla 4).

Tabla 4. Proceso de Licitación y compra directa de medicamentos para el SPSS en 2009

Entidad	Frecuencia de licitación (temporalidad)	Compra consolidada de varios programas de la SeSa	Proporción de compra directa vs compra indirecta de medicamentos para el SPSS	Tercerización		
				Adquisición	Distribución	Surtimiento
BC	Anual		15% vs 85%		+	
CAM	Bianual ⁱ		0% vs 100%			
DF	Anual ⁱⁱ		100% vs 0%			
QUE	Anual	X	0% vs 100%			
ZAC	Anual	X	30% vs 70%			
HID	Aprox. 30 al año		20% vs 80%		Parcialmente	
MOR	Bianual		20% vs 80%		X	
GUE	Anual		<1% vs 99% ^{iv}	X	X	
JAL	Anual		100% vs 0%	X	X	X

Fuente: Elaboración propia basada en la información proporcionada por los informantes, de acuerdo con la evaluación de los procesos administrativos del SPSS 2009

Leyenda de la Tabla 1: BCN, Baja California Norte; CAM, Campeche; DF, Distrito Federal; GUE, Guerrero; HID, Hidalgo; JAL, Jalisco; MOR, Morelos; QUE, Querétaro; y ZAC, Zacatecas. SeSa: Secretaría de Salud estatales

ⁱ Al menos dos veces al año hasta 7

ⁱⁱ En el último proceso licitatorio fue multianual, pero se canceló.

ⁱⁱⁱ El proveedor de los medicamentos, se adjudica con la compra la distribución a los hospitales y centros de salud.

^{iv} Sólo medicamentos de patente.

+ En proceso de incorporar un esquema de tercerización para 2010.

Como se puede observar en la tabla anterior, ocho de los nueve REPSS están licitando uno o dos veces por año. Solamente **Hidalgo** resalta con una frecuencia de licitación de 30 veces por año. Por lo tanto el estado no puede aprovechar la economía de escala para la compra de medicamentos, dando como resultado ineficiencias en el proceso de

compra. Los entrevistados de Hidalgo argumentaron esta frecuencia de licitación debido a la barrera de participación que representan los trámites y requisitos para la inscripción de proveedores de medicamentos, lo que deja fuera de la licitación a un gran número de ellos, restringiendo la participación en el proceso licitatorio. Además, los entrevistados justificaron este alto número de compras con la introducción de los precios de referencia del CAUSES publicados por primera vez en 2009. La mayoría de las licitaciones se declararon desiertas y se han tenido que realizar compras directas.

Querétaro y Zacatecas se destacaron de otras entidades federativas por concentrar las compras de medicamentos de todos los programas (por ejemplo Oportunidades, Paludismo, Infancia y Adolescencia), incluyendo del SPSS, para licitar anualmente. De acuerdo con los entrevistados en estas dos entidades, la utilización de este modelo ha resultado ser la opción más conveniente, económica, y la que mejor garantiza el abasto de medicamentos a sus unidades del primer y segundo nivel.

La proporción de los medicamentos comprados por compra directa en las entidades se mueve entre 0 a 20%. Solamente los REPSS de Jalisco y el Distrito Federal realiza una compra directa para todos sus medicamentos. Los entrevistados en el Distrito Federal explicaron la baja eficiencia del modelo debido a la cancelación del contrato de la *Compañía El Fénix*, a finales de 2009. Por normatividad no se puede licitar hasta que prescriba el periodo otorgado a la tercerización. En Jalisco la modalidad de compra se puede explicar por el modelo de tercerización donde todos los medicamentos fueron provistos a través de un solo proveedor (ver abajo).

En los modelos de tercerización los REPSS en **Querétaro, Zacatecas, Baja California, Campeche y el Distrito Federal, las Secretarías Estatales de Salud** colaboraron para la adquisición, distribución y surtimiento de medicamentos. Es decir la Secretaria Estatal ejecuta estas funciones para el SPSS de igual manera que con otros programas como Oportunidades y Paludismo por ejemplo. Los entrevistados en estas entidades estuvieron a favor de la utilización del sector público principalmente por razones de bajo costo. Como se mencionó anteriormente, los entrevistados del REPSS

del Distrito Federal mencionaron que tuvieron una mala experiencia con la tercerización de la compra y distribución durante el 2008, y por esto regresaron a un modelo público de suministro de medicamentos. El contrato se constituyó con la empresa *El Fénix*, en un periodo multianual. Este contrato tuvo que ser cancelado a finales del mismo año. Algunos de los problemas que entorpecieron el seguimiento de la contratación del sector privado fueron la manifestación de deficiencias en la empresa tales como el surtimiento de medicamento no solicitado o de diferente calidad al solicitado, -genérico no intercambiable, además de registrar problemas en los procesos administrativos de facturación.

Solamente, **Baja California** refirió estar considerando para el 2010 la opción de utilizar los servicios privados para el proceso de distribución de los medicamentos, manteniendo el esquema de compra por licitación a varios proveedores.

Los REPSS de **Hidalgo y Morelos** contrataron servicios privados para la distribución de medicamentos. En Morelos todos los medicamentos fueron distribuidos a través de proveedores privados de medicamentos directamente a los hospitales y centros de salud. Bajo este modelo de compra, los entrevistados percibieron tener mejores resultados en el abasto de medicamentos, además de mayor transparencia, mejores precios y mayor competitividad entre los proveedores, en comparación con las compras directas que antes realizaban. Otra ventaja que mencionaron los entrevistados fue el apego a los tiempos de entrega de una semana. En caso de que éstos incumplan en el tiempo estipulado, el hospital puede emitir “un vale” al paciente para surtir su medicamento en las farmacias externas y el costo de éste lo absorbe el proveedor. Con este requisito se buscó asegurar el 100% de abasto en los hospitales y mejorar sus indicadores de abasto. En Hidalgo solamente algunos medicamentos fueron distribuidos a través de servicios privados. La razón mencionada fue que las condiciones ofrecidas por algunos de los proveedores en Hidalgo permitieron este modelo de entrega de medicamentos.

En **Guerrero** el proceso de compra se modificó en 2009, con la introducción de la tercerización del proceso de compra y distribución de los medicamentos. El contrato se estableció anualmente con la empresa *Intercontinental de Medicamentos S.A. de C.V.* Este cambio fue motivado por experiencias de otros estados sobre la tercerización. Previo a la implementación de este modelo de compra se hacían compras directas a las farmacias de manera independiente en cada jurisdicción. Con este tipo de modelo de tercerización, Guerrero buscaba obtener mejores resultados en precios y en surtimiento. En la opinión de los entrevistados los cambios implementados en 2009 han mejorado sus indicadores de abasto de medicamentos.

El estado de **Jalisco** es una excepción dentro del grupo de entidades estudiadas porque su modelo incluyó al sector privado en cada etapa de la cadena del suministro de medicamentos, incluso la subrogación de farmacias en centros de salud y hospitales públicos aparte de la tercerización de la adquisición y distribución de medicamentos. Anualmente se realiza la licitación para la contratación de la subrogación. Al proveedor seleccionado se adjudica todo el CAUSES con base en la disponibilidad del presupuesto del SPSS. De acuerdo con los testimonios de los entrevistados en Jalisco una de las razones por elegir este modelo de contratación es el mejoramiento del abasto y surtimiento de medicamentos. Además el modelo les ha permitido contar con un mejor control de la información sobre los padecimientos y las recetas prescritas. Los requisitos de subrogación se modifican y simplifican año con año lo cual ha facilitado la contratación del sector privado por parte del REPSS Jalisco.

Obstáculos identificados que entorpecen el proceso de compra de medicamentos

En relación a los obstáculos identificados que entorpecen el proceso de compra de medicamentos, los entrevistados mencionaron con mayor frecuencia tres aspectos: a) el reglamento para las licitaciones; b) las condiciones y el número de proveedores; y c) el listado y precios de referencia del CAUSES.

En relación a la licitación mencionaron principalmente la rigidez normativa y los periodos de licitación, debido a que algunos informantes los consideraron demasiado cortos y otros demasiado largos. Con respecto a los proveedores, se mencionó la falta

de competencia entre proveedores, la necesidad de una mayor participación de éstos en las licitaciones, además de la falta de capacidad de respuesta para proveer algunas claves y para la distribución en algunas zonas, preferentemente las más alejadas y poco comunicadas. Referente al listado y precios del CAUSES, se identificó que el listado de medicamentos requiere ser actualizado con mayor frecuencia, que los precios de referencia introducidos en 2009 son muy bajos en comparación a los precios del mercado, y que, en algunos estados, la emisión del listado es posterior a los procesos de licitación. Finalmente, algunos informantes identificaron la falta de capacitación del personal para ejecutar la compra de una manera eficiente y de una adecuada planeación de la demanda.

Opinión sobre la compra consolidada de medicamentos para todos los estados

Con respecto a la propuesta por parte de la CNPSS de una compra consolidada de medicamentos al nivel federal en los próximos años, en general los informantes refirieron estar en desacuerdo, con excepción de Baja California (ver Anexo 1). Señalaron que para el proceso de compra consolidada sea eficiente y tenga éxito, es necesario considerar y evaluar todas las desventajas a las que hacen referencia. Entre éstas se encuentran principalmente la dificultad de distribución de los medicamentos a las regiones más alejadas del país, la adquisición de infraestructura para almacenar los medicamentos, considerar las necesidades regionales de ciertos medicamentos, la transparencia en los procesos de licitación, la capacidad de los proveedores para garantizar la distribución a todas las áreas, los tiempos de entrega de acuerdo a las necesidades estatales, así como mantener la capacidad para negociar con los proveedores sobre los tiempos de entrega, las sanciones por incumplimiento, la negociación en las claves desiertas.

Por otro lado, los informantes también plantearon que la ventaja más importante de realizar compras masivas de medicamentos es la obtención de precios más bajos debido a los grandes volúmenes de compra. En consenso, la mayoría de los estados participaría en este nuevo proceso “si la instrucción viniera del nivel federal” más que de manera voluntaria.

2.2 Caracterización de los gastos totales y costos de transacción en los REPSS generadores de ineficiencias en el uso de recursos

En un periodo de cinco años (2004-2008), el gasto total reportado en medicamentos ha aumentado casi ocho veces en relación al monto inicial asignado a las nueve entidades federativas, y a nivel estatal, la cifra asignada a este rubro se ha triplicado en el mismo periodo (tabla 5).

En los últimos cinco años el gasto total en medicamentos ha aumentado diez veces en las nueve entidades federativas de acuerdo con las cifras reportadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (tabla 5). En 2008, Jalisco fue la entidad con el gasto más alto en medicamentos, seguido por el Distrito Federal y Zacatecas. Hidalgo fue la entidad con el gasto más bajo reportado en el mismo año, alrededor de 35 veces menos que el estado de Jalisco. El gasto promedio nacional por afiliado en medicamentos fue de \$75.79, sin embargo se observa en las entidades evaluadas que Hidalgo registró el gasto más bajo por afiliado (\$4.24 pesos) y Jalisco, el gasto más alto por afiliado (\$93.59). Asimismo la mayoría de las entidades evaluadas, obtuvieron un gasto por afiliado menor a la media nacional. Sólo dos entidades, Jalisco y el Distrito Federal obtuvieron un gasto mayor a la media nacional.

Tabla 5: Gasto total en medicamentos de 2004 a 2008 (en mil pesos)

Entidades Federativas	Gasto 2004	Gasto 2005	Gasto 2006	Gasto 2008	Gasto por afiliado en medicamentos en 2008 (en pesos)
Baja California	ND	ND	ND	24,790	42.63
Campeche	7,051	11,342	5,258	14,061	42.87
Distrito Federal	ND	6,200	78	59,001	76.30
Guerrero	793	8,095	4,253	19,424	18.09
Hidalgo	17,859	30,535	50,829	3,913	4.24
Jalisco	605	ND	42,474	136,263	93.59
Morelos	ND	10,782	28,580	5,494	10.15
Querétaro	ND	ND	ND	5,546	11.80
Zacatecas	13,489	32,654	7,582	40,637	72.80

Entidades Federativas	Gasto 2004	Gasto 2005	Gasto 2006	Gasto 2008	Gasto por afiliado en medicamentos en 2008 (en pesos)
Subtotal de los nueve estados	39,797	99,608	139,054	309,129	
Total del gasto en medicamentos de todos los estados*	702,256	902,474	1,271,762	2,059,933	75.79**

Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con los datos proporcionados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

ND: no disponible

*Este gasto fue reportado por las entidades federativas a la Comisión Federal de Protección Social en Salud que no necesariamente corresponde al gasto total en medicamentos dado que no incluye gastos en medicamentos para enfermedades incluidos en el fondo de gasto catastrófico.

**Gasto promedio por afiliado al nivel nacional.

El porcentaje del gasto total de medicamentos que se atribuye a los medicamentos que no se encuentran en la lista del CAUSES fue muy bajo (entre 0-2.6%), siendo Querétaro y Guerrero los estados con los porcentajes más altos, 2.6% y 2.0% respectivamente (tabla 6).

Tabla 6: Gasto en medicamentos en 2008 y porcentaje del gasto de las compras de medicamentos que están dentro y fuera de CAUSES por entidad federativa

Entidades Federativas	Gasto en medicamentos fuera de CAUSES	Gasto en medicamentos de CAUSES	Gasto total 2008	% del gasto fuera del CAUSES
Baja California	38,679	24,751,748	24,790,427	0.2%
Campeche	92,527	13,968,737	14,061,264	0.7%
Distrito Federal	0	59,000,540	59,000,540	0.0%
Guerrero	383,838	19,040,072	19,423,910	2.0%
Hidalgo	15,596	3,897,090	3,912,686	0.4%
Jalisco	682,815	135,580,080	136,262,895	0.5%
Morelos	29,856	5,464,074	5,493,929	0.5%
Querétaro	142,686	5,403,796	5,546,481	2.6%
Zacatecas	304,383	40,332,540	40,636,923	0.7%

Entidades Federativas	Gasto en medicamentos fuera de CAUSES	Gasto en medicamentos de CAUSES	Gasto total 2008	% del gasto fuera del CAUSES
Subtotal de los nueve entidades estudiadas	1,690,380	293,747	309,129,055	0.2%
Total de todas las 32 entidades federativas	11,148	2,095,632	2,059,933,295	0.01%

Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con los datos proporcionados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

Nota: Estas cifras no incluyen medicamentos adquiridos por el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC).

Por el contrario, el porcentaje de las claves de medicamentos desiertos (no adquiridos) del CAUSES en 2008 en las nueve entidades federativas estudiadas es relativamente alto, con un promedio de 32%, lo cual significa que una de cada tres claves no es comprada por la entidad (tabla 7). En 2008, la variación del porcentaje de claves de medicamentos desiertos fue de 14% en Guerrero hasta 55% en Querétaro.

Tabla 7: Número y porcentaje de las claves no adquiridas de CAUSES en 2008

Entidades Federativas	Número de claves desiertas en 2008	Porcentaje de los números de claves desiertas del total de las claves del CAUSES (n=312)
Baja California	72	23.1%
Campeche	123	39.4%
Distrito Federal	59	18.9%
Guerrero	45	14.4%
Hidalgo	145	46.5%
Jalisco	56	17.9%
Morelos	145	46.5%
Querétaro	173	55.4%
Zacatecas	98	31.4%
Promedio de las claves no adquiridas por las 9 entidades	102	32.6%

Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con los datos proporcionados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

De igual manera existe una alta varianza entre entidades federativas con respecto al gasto porcentual en diferentes grupos terapéuticos (tabla 8). Los grupos terapéuticos con la varianza más grande son el grupo de las vacunas, de planificación familiar y de

anestesia. Algunas entidades federativas no registraron gasto mientras que otros estados gastaron hasta casi una tercera parte (30.6%) de sus gastos totales en medicamentos en estos grupos terapéuticos.

Los tres grupos terapéuticos con el gasto total más alto en las entidades analizadas fueron –los de enfermedades infecciosas y parasitarias, cardiología y endocrinología. Estos grupos representaron casi la mitad del gasto total en medicamentos (46.5%). Es notorio que la categoría de “enfermedades infecciosas y parasitarias” sigue siendo el grupo con mayor gasto (21.9%), al igual que en la evaluación del 2006 (26.7%). A diferencia de otros grupos que se han modificado significativamente, la categoría de “soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma” fue la segunda categoría terapéutica con mayor gasto en el 2006 con un 8.8%; en 2008 esta categoría se ubicó en el lugar 14, con un 2.5%. Se observa que los montos gastados en los grupos de cardiología y endocrinología han aumentado porcentualmente de manera significativa (ambos el 12% en 2008 versus 7% y 5% en 2006).

Tabla 8: Gasto y porcentaje del gasto en medicamentos por grupo terapéutico en 2008

Clase terapéutica	Gasto total (en pesos)	Porcentaje del gasto total	Rango del porcentaje del gasto por grupo terapéutico*	
			Mínimo porcentaje (entidad)	Máximo porcentaje (entidad)
Enf. infecciosas y parasitarias	67,585,854.4	21.9%	16.6	34.3
Cardiología	38,305,254.6	12.4%	1.8	17.6
Endocrinología	37,607,776.1	12.2%	2.1	22.0
Gastroenterología	20,654,362.0	6.7%	3.4	9.8
Neumología	18,297,507.2	5.9%	1.8	8.2
Anestesia	16,358,858.3	5.3%	0.0	17.5
Ginecología y obstetricia	15,729,232.1	5.1%	2.5	7.9
Reumatología	12,749,705.7	4.1%	0.6	6.9

Clase terapéutica	Gasto total (en pesos)	Porcent aje del gasto total	Rango del porcentaje del gasto por grupo terapéutico*	
			Mínimo porcentaje (entidad)	Máximo porcentaje (entidad)
Analgesia	9,872,282.5	3.2%	0.6	5.3
Psiquiatría	9,734,303.8	3.1%	1.1	6.9
Nutriología	9,393,625.8	3.0%	1.1	3.9
Enf. inmuno-alérgicas	9,147,533.7	3.0%	0.9	6.2
Neurología	8,997,081.4	2.9%	1.1	8.0
Sol. electrolíticas y substitutos de plasma	7,624,525.9	2.5%	0.0	18.1
Planificación familiar	6,553,146.2	2.1%	0.0	20.7
Hematología	5,528,053.1	1.8%	0.3	6.8
Nefrología y urología	4,087,288.5	1.3%	0.1	1.9
Vacunas, toxoides, inmunoglobulinas	3,541,802.8	1.1%	0.0	30.6
Oftalmología	2,819,084.9	0.9%	0.4	2.1
Dermatología	2,323,132.1	0.8%	0.0	3.2
Intoxicaciones	1,331,165.0	0.4%	0.0	2.0
Otorrinolaringología	757,000.0	0.2%	0.1	0.6
Oncología	130,471.5	0.04%	0.1	1.4
Total	309,129,055	100%		

Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con los datos proporcionados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

*El mínimo y máximo corresponden a la variación entre los estados.

En las entidades analizadas, los seis medicamentos con el gasto más alto son aquellos para el tratamiento de hipertensión y la diabetes (tabla 9). Dentro de este grupo, el *irbesartan* y el *telmisartan* son medicamentos con patente en México y pertenecen a la nueva generación de antihipertensivos de la clase de *antagonistas del receptor de angiotensina II*. Vale la pena señalar que ninguno de los dos es primera opción de tratamiento para la hipertensión. La *insulina glargina* es una insulina innovadora, con

efecto más prolongado que la insulina humana. Este fármaco tiene un precio inclusive más alto que la insulina humana, la cual pertenece a los medicamentos relativamente más costosos del CAUSES.

Tabla 9: Los 20 medicamentos con el gasto más alto en 2008*

Medicamento	Clave	Gasto	Costo por unidad (mediana)	Volumen comprado**
Irbesartan	4096	11,138,465.1	326.0	22,570.0
Insulina humana	1050	10,667,478.7	194.0	80,314.0
Sevoflurano	233	10,492,731.0	2,170.0	4,055.0
Insulina glargina	4158	6,861,753.4	632.4	10,000.0
Telmisartán	2540	6,490,508.0	275.0	18,399.0
Metformina	5165	6,317,314.7	15.5	803,604.0
Amoxicilina - ácido clavulánico	2230	6,232,807.5	53.6	124,797.0
Calcio	1006	5,949,157.7	38.6	131,798.0
Diclofenaco	3417	5,809,597.5	15.0	864,002.0
Imipenem – cilastatina	5265	5,471,858.5	130.0	45,427.0
Naproxeno	3407	5,211,698.2	20.8	524,066.0
Amoxicilina	2128	4,808,539.9	26.0	331,272.0
Esomeprazol o Pantoprazol o Rabeprazol u Omeprazol	5186	4,743,453.0	36.7	537,388.0
Ceftriaxona	1937	4,723,312.9	43.5	308,756.0
Polivitaminas y Minerales	4376	4,626,237.7	37.8	243,298.0
Beclometasona dipropionato de	477	4,163,908.6	119.8	30,387.0
Cromoglicato de sodio	464	3,896,160.8	119.2	17,320.0
Clopidogrel	4246	3,568,658.4	472.0	5,806.0
Cefalexina	1939	3,388,973.8	32.8	97,495.0
Cloruro de sodio	3609	3,343,292.0	13.5	224,009.0

Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con los datos proporcionados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

*Solamente se analizo los gastos de las nueve entidades federativas del estudio

**Se refiere al número de paquetes (caja) comprados. Cada clave incluye la información cuantos tabletas, capsulas, ampolletas, etc están incluidos por paquete.

2.3 Cuantificación y comparación de los precios de compra entre entidades

La lista de los 20 medicamentos con la mediana del precio más alto fue encabezada por *los anestésicos, los antisueros y los anticoagulantes* (tabla 10). Una comparación entre las medianas de los precios de los nueve entidades estudiadas y los precios internacionales muestra que de los 13 medicamentos, en 9 (69.2%) casos, las medianas de los precios en México fueron más altas que las medianas de precios internacionales. El *prazicuantel* (para el tratamiento de infecciones parasitarias) obtuvo la mayor varianza 17.3 veces (precio internacional de US\$0.16 por tableta versus precio nacional de US\$2.77).

Tabla 10: Los 20 medicamentos con la mediana del precio más alto en 2008

Medicamento	Descripción	Clave	Mediana del precio por paquete	Precio unitario por unidad (ml o tableta)	Precio unitario por unidad (en dólares EE.UU.)	Precio internacional unitario por unidad* (Dólares EE.UU.)
Sevoflurano	Sevoflurano 250 ml	233	2,170	8.68/ml	0.67	0.71
Faboterápico	Suero Antirrábico equino/5ml	3848	1,527	1,527/5ml	137.7	39.32+
Inmunoglobulina anti D	Solución inyectable. 0.300 mg. (Frasco ampula con o sin diluyente o una jeringa)	1591	1,200	600/amp	54.10	50.09
Carbón activado	Carbón activado 1 kg.	2242	1,200	6/5g**	0.543	0.548
Vecuronio	Bromuro de vecuronio 4 mg (50 ampolletas)	254	1,050	21/mg	1.89	2.63
Heparina	Heparina sódica equivalente a 25 000 UI/5ml, 50 ampulletas	622	990	3.96/ml	0.35	0.18
Faboterápico	Faboterápico polivalente antiviperino modificado por digestión enzimática en 10ml	3849	835			ND
Prazicuantel	Prazicuantel 600 mg, 25 tabletas	2040	769	30.79/tab	2.77	0.16
Clozapina	Clozapina 100 mg/30 o 50 tabletas++	3259	748	14.96/tab	1.35	0.48
Heparina	Heparina sódica equivalente a 10 000 UI/10ml, 50 ampulletas	621	700	1.4/ml	0.13	0.16
Zuclopentixol	Decanoato de zuclopentixol 200 mg/ ampolleta	5483	668			ND

Medicamento	Descripción	Clave	Mediana del precio por paquete	Precio unitario por unidad (ml o tableta)	Precio unitario por unidad (en dólares EE.UU.)	Precio internacional unitario por unidad* (Dólares EE.UU.)
Raloxifeno	Clorhidrato de raloxifeno 60 mg, 14 o 28 tabletas	4163	655			ND
Zuclopentixol	Diclorhidrato de zuclopentixol 25 mg, 20 o 50 tabletas	5484	650	0.52/mg	0.05	0.02
Insulina glargina	Insulina glargina 3.64 mg equivalente a 100.0 UI/ml de insulina humana, 10ml	4158	632			ND
Hidralazina	Clorhidrato de hidralazina 20 mg/ml, 5 ampulletas	4201	531	106.2/amp	9.58	4.68
Isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol	Comprimidos 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg , 240 tabletas	2418	473	1.97/tab	0.18	0.05+++
Clopidogrel	Bisulfato de clopidogrel equivalente a 75 mg de clopidogrel	4246	472			ND
Danazol	Danazol 100 mg/50 capsulas	1093	445	17.8/200mg	1.6	0.41
Insulina glargina	Insulina glargina 3.64 mg	4158	632			
Finasterida	Finasterida 5 mg	4302	104			

Fuente: Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con los datos proporcionados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

*Management Science for Health, International Drug Price Indicator Guide 2008; ratio de intercambio anual promedio: 1 dólar estadounidense equivalente a 11.09 pesos (<http://www.newyorkfed.org/markets/fxrates/historical>)

**5g dosis diaria definida

+solamente disponible el precios del distribuidor en lugar del precio de compra

++ si la clave tiene dos tamaños de números de unidades por paquete (por ejemplo 25 o 50 tabletas) se asume en todos los casos que se trata de la compra de cajas con la mayor cantidad de unidades (en este caso 50 tabletas)

+++ El International drug price indicator solamente lista el precio de la combinación isoniazida+rifampicina+etambutol (US\$0.014) y pirazinamida en presentación monoterapia (US\$0.036). Para fines de esta análisis se toma la suma de los dos precios (US\$0.014+US\$0.036=US\$0.050) para compararlo con el precios de la combinación en dosis fijas del CAUSES.

En 2008, se registró una gran variación porcentual de los precios de medicamentos reportados al CNPSS, para la mayoría de las claves del CAUSES (hasta 23,522%) (Tabla 11). En total, 273 de las 312 claves tuvieron una variación de más del 100%. Un ejemplo ilustrativo es el del carbón activado que se utiliza para el tratamiento de

intoxicación. La diferencia porcentual para este producto fue de 9,761% (precio máximo \$5,100 vs precio mínimo de \$51.7 por 1kg de polvo de carbón activado).ⁱ

Tabla 11: Los 20 medicamentos con la mayor varianza de precios en 2008*

	Clave	Mediana del precio	Precio mínimo	Precio máximo	Diferencia porcentual
Finasterida	4302	142.5	3.4	794	23,049%
Hidralazina	4201	470	4	820	20,400%
Atropina	204	129.2	1.82	293	15,999%
Heparina	621	700	8.6	1,203	13,937%
Diazepam	3215	29.1	2.2	303.3	13,688%
Esomeprazol o Pantoprazol o Rabeprazol u Omeprazol	5186	9	2.9	381.4	13,051%
Isoniazida – rifampicina	2415	180	1.8	235.4	13,051%
Epinefrina	611	184	3.3	415	12,400%
Diclofenaco	3417	6.88	2.9	366	12,223%
Metoclopramida	1242	2.75	1.4	154.5	10,704%
Fluoxetina	4483	12.75	5.8	612.2	10,456%
Oxitocina	1542	152	3.4	355	10,403%
Clindamicina	2133	47.5	2.8	285	10,264%
Enalapril o lisinopril	2501	6.25	2.4	236.8	9,768%
Carbón activado	2242	1900	51.7	5,100	9,761%
Espironolactona	2304	14,3	6.5	638	9,715%
Magnesio sulfato de	3629	507.4	9.3	850	9,040%
Vecuronio	254	860	17.2	1,560	8,970%
Haloperidol	3251	79.1	4	345	8,525%
Heparina	622	965	21.4	1,800	8,311%

Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con los datos proporcionados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

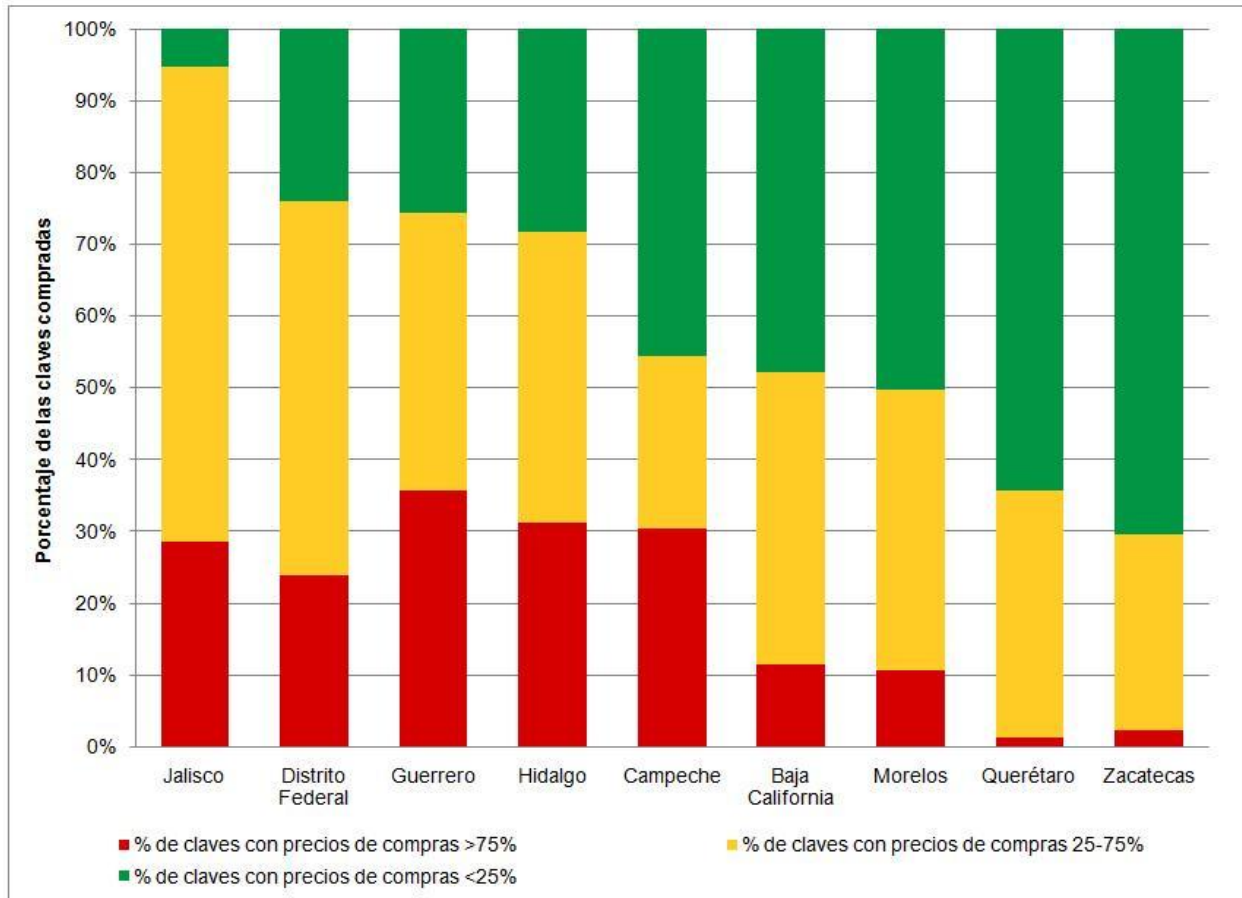
*Datos de las nuevas entidades federativas de estudio

Analizando el comportamiento de los precios de compra, en general por entidad, se encontró que estados como Zacatecas, Querétaro y Morelos compran frecuentemente a precios del cuartil más bajo (<25%) de la distribución por clave de precios de compra (figura 2). Por otro lado, entidades como Guerrero e Hidalgo adquieren alrededor de

ⁱ Estos precios fueron reportados a la CNPSS y no fueron verificados independientemente por los autores.

una tercera parte de sus compras en el cuartil más alto de la distribución de los precios. Jalisco y el Distrito Federal se distinguen debido a su alto porcentaje, mayor del 75%, de las compras de medicamentos con precios más altos que el primer cuartil de la distribución de precios (>25%).

Figura 2: Nivel de precios de compra por entidad federativa (en cuartiles) en 2008



Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con los datos proporcionados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

Nota explicativa: El color rojo significa precios relativamente altos en la distribución de los precios de compra (el cuartil >75% de la distribución), el amarillo precios intermedios y el verde precios relativamente bajos. El eje y muestra el porcentaje de las claves compradas. Tomando la primera columna como ejemplo: Guerrero compró en 2008 el 35% de los medicamentos a un precio de compra que se encuentra en el cuartil más alto de la distribución de los precios de compra de los nueve estados.

2.4 La prescripción de medicamentos y la satisfacción del usuario con el surtimiento de las recetas medicas

De manera general, se detectó un consenso entre los beneficiarios de las entrevistas grupales en diversos puntos indagados sobre el tema de medicamentos.

Con respecto a la selección de los medicamentos prescritos por el médico, los afiliados en general los percibieron adecuados debido a que éstos les han curado sus enfermedades. Su percepción en general es que son buenos y manifiestan estar satisfechos con los mismos.

La queja o inconformidad más recurrente de los usuarios fue que no se les surte con regularidad la receta completa. Estados como Baja California, Querétaro y el DF manifestaron enfáticamente un desbaste frecuente en los medicamentos. La opción que tuvieron algunos estados como Jalisco, Querétaro y Campeche es que refirieron a los afiliados a otras unidades de salud; sin embargo muchos usuarios mencionaron la inconveniencia de desplazarse y la generación de gastos de transporte, además de que no tuvieron la certeza de la disponibilidad del medicamentos en esa unidad. En Campeche algunos afiliados fueron referidos a las oficinas centrales del SPSS en el estado y ésta fue la que se encargó de conseguir el medicamento.

En la mayoría de las entidades se indicó un tiempo determinado para el surtimiento de los medicamentos faltantes (excepto Guerrero), el cual puede ser de dos a tres días, hasta un mes. Sin embargo, cuando no se les surtió en el tiempo estimado y de acuerdo a las necesidades de los pacientes, la mayoría refirió comprarlos en las farmacias privadas para atender su padecimiento (incluso a sugerencia de algunos dispensadores, como en el estado de Baja California). Estados como Zacatecas, Hidalgo y Jalisco refirieron que prescribieron medicamentos que no estaban en el CAUSES, por lo que tuvieron que comprarlos.

De acuerdo con el testimonio de los usuarios las fuentes para obtener información sobre la utilización de los medicamentos fueron las instrucciones generales en el

momento de la afiliación, otros mencionaron que el médico les brinda la información adecuada y otros más señalaron que en la receta se especificaban las indicaciones. Algunos entrevistados aclararon que los médicos no les señalaron de manera adecuada cómo usarlos.

3. Discusión

La evaluación de procesos de compra y distribución de medicamentos del 2009 muestra varios hallazgos relevantes que merecen de una discusión:

Con respecto a la **selección de los medicamentos** los resultados muestran que los patrones han cambiado entre 2007 y 2009. Mientras que en 2007 las entidades destinaron un gasto importante (entre 13% en Hidalgo y 49% en Morelos) a medicamentos que no estaban incluidos en el CAUSES,¹⁰ en 2009, en promedio solamente menos del 1% del gasto total en medicamentos de las nueve entidades se destinó a medicamentos fuera del CAUSES. Este resultado significa un mejoramiento en el proceso de selección de medicamentos enfocándose solamente en los medicamentos definidos como esenciales para el SPSS que son aquellos que están en el CAUSES. Es importante mencionar que los entrevistados (a excepción de uno) señalaron que *no* se compraron medicamentos fuera de CAUSES, sin embargo los datos reportados a la CNPSS mostraron que todas las entidad compraron este tipo de medicamentos. Así mismo, **los funcionarios del REPSS** de algunas entidades señalaron que cuando recibieron solicitudes de compra de claves fuera del cuadro básico no las compraron, a pesar de que esta decisión pudiera generar fricciones con el área médica que las solicita. La discrepancia entre los testimonios y los datos proporcionados al CNPSS podría tener origen en el deseo de dar una respuesta que esté conforme a los lineamientos que obligan a las entidades apearse al CAUSES.

Aunque se mostró un mejor apego a la selección de los medicamentos de CAUSES los datos de adquisición de los medicamentos de 2008 muestran que algunos estados como Querétaro, Hidalgo y Morelos no compraron ni la mitad de los medicamentos de

CAUSES (incluso medicamentos esenciales como de planificación familiar, vacunas y medicamentos para el tratamiento de intoxicación o antisueros). Este resultado puede tener un impacto relevante para el programa causando una oferta de medicamentos muy dispar entre diferentes estados y contra el intento del SPSS de ofrecer un paquete básico uniforme para todos los beneficiarios en todos los estados. Una de las posibles explicaciones es que los estados están comprando los medicamentos a través de otros programas (como Oportunidades, Paludismo, Planeación Familiar, Infantil y Adolescencia,) que también se utilizan para los beneficiarios de SPSS, es decir, otros programas están subsidiando o financiando el gasto en estos medicamentos. Querétaro y Zacatecas reportaron la consolidación de las compras de medicamentos para varios programas. Este hecho podría generar complicaciones para los REPSS al tratar de identificar el volumen comprado de ciertos medicamentos que corresponden al SPSS. También, esto podría significar que algunos programas estén duplicando esfuerzos en atender las mismas intervenciones y que probablemente existan intervenciones que ya se estén ofertando por otros programas. En el mismo sentido se puede explicar la gran variación en el gasto en diferentes grupos terapéuticos (por ejemplo de 0% hasta 30.6% en el caso de vacunas) que finalmente llevaría a preguntarnos si los datos de la adquisición de los medicamentos reportados al CNPSS son completos y comparables entre entidades. Esta limitación, debida a la falta de coherencia de los datos, fue detectada en la evaluación del 2007 en donde se mostró la existencia de enormes discrepancias entre las fuentes de información (en este caso la fuente del CNPSS y las entidades) sobre el gasto en medicamentos.¹⁰

Como en el 2007, también en el 2009 los diferentes REPSS evaluados siguen diversos **modelos de tercerización**: mientras que cinco REPSS no utilizan la contratación del sector privado para el suministro de medicamentos, los otros cuatro tienen diversas formas de contratación. Un caso particular entre los REPSS estudiados es Jalisco que no solamente es el estado que ha tenido este modelo por más de dos años, sino también es la única entidad que tiene un modelo de subrogación de las farmacias de los centros de salud y de los hospitales públicos para el surtimiento de las prescripciones. Guerrero introdujo en 2009 la tercerización de la adquisición y distribución de los

medicamentos. En contraste el DF canceló en 2009 el contrato de tercerización de la adquisición dado que la compañía contratada no cumplió con sus metas en un nivel adecuado de disponibilidad de medicamentos en los centros de salud. Las razones mencionadas por las cuales estados como Querétaro, Zacatecas, Campeche no hicieron contratación con el sector privado fueron la opinión que las comercializadoras privadas no responden de manera eficiente a las necesidades específicas de la entidad y los precios elevados en comparación a los precios obtenidos por licitación. De tal forma que la participación del sector privado como una medida para incrementar la eficiencia del abasto de medicamentos, como se planteó desde la implementación del SPSS, no ha resultado ser viable en algunas entidades federativas. Esto, sin embargo, puede deberse a la capacidad de gestión de cada entidad en realizar contratos con el sector privado. Debido a que la presente evaluación contó con recursos limitados no fue posible realizar un análisis de la eficiencia de la contratación del sector privado comparado con el sector público para la cadena de suministro de medicamentos, lo cual es una necesidad muy relevante y pendiente desde el inicio del SPSS.

Con respecto a **la eficiencia de los mecanismos de compra y de sus procesos**, Hidalgo fue la entidad en donde se realizaron hasta 30 licitaciones anuales y donde los entrevistados señalaron la complejidad de la normatividad estatal con respecto a la adquisición de medicamentos. Significa que continúa desde 2007 la demanda de una reforma de la normatividad estatal para permitir un aumento en la eficiencia de compra.

Para 2008 se detectó una diferencia muy grande de los precios entre entidades y dentro las mismas. Estas discrepancias son difíciles de explicar dada su magnitud (hasta 23 mil por ciento) a pesar de que se llevó a cabo una limpieza de los datos previamente descrita a fin de excluir datos atípicos. Aún cuando existen diferentes causas de las variaciones en los precios de compra de los productos (por ejemplo el mecanismo de compra, el volumen de compra) es muy difícil explicar varianzas de esta magnitud. (No es posible plantear la causa debido a la relación entre el volumen y el precio de compra; tampoco se pueden explicar las diferencias a partir de las compras de volúmenes pequeños en farmacias privadas debidas a “emergencias”). Probablemente el

reglamento de precios de referencia reducirá la existencia de estas grandes diferencias.¹¹ En este sentido algunos de los entrevistados marcan este reglamento como un apoyo a sus procesos, dado que lo perciben como un mecanismo que les permite tener un punto de referencia al cual los proveedores deben ajustarse, mencionando que anteriormente “eran rehenes de los proveedores” y que “no tenían punto comparativo o límites en los precios, y por lo tanto se observa una compra de medicamentos con grandes diferencias de precios en diferentes estados”. Sin embargo, algunos informantes perciben este reglamento como un obstáculo en el proceso de compra de medicamentos. Vale la pena señalar que quienes así lo refieren generalmente fueron estados cuyo proceso de compra es poco eficiente, demasiado burocrático y/o con resultados bajos de abasto. Sería relevante hacer evaluaciones de los precios con datos más actualizados para medir el impacto de la regulación de 2009 a partir de la implantación de los precios de referencia.

Además de las grandes diferencias en los precios de compra que indican áreas de ahorros potenciales, existen otros indicadores que permiten **detectar ineficiencias de compra**: se encontró que de 13 precios de compra de los medicamentos con la mediana de precios más altos, 9 fueron más altos que la mediana de precios internacionales. Los precios internacionales pueden ser un punto de referencia (“benchmark”) útil en el futuro para administradores estatales y federales del SPSS a fin de determinar el nivel de los precios nacionales y orientar a los estados en sus procesos de negociación. Los *benchmarks* regionales (precios de países con un ingreso semejante al de México) o precios globales pueden servir como puntos de referencia dado que México tiene la posibilidad de importar medicamentos genéricos de otras partes del mundo de acuerdo al cambio en el requisito de planta de 2008.¹⁹

Los altos precios pueden ser asociados a las estructuras de los mercados farmacéuticos estatales. Algunos de los entrevistados mencionaron que existe falta de competencia y oferta de distribuidores que cumplan con los criterios de la ley de adquisición estatal para participar en las licitaciones. Esta falla de los mercados locales se señaló desde la evaluación de 2007.¹⁰

Dentro de la muestra de nueve estados se identificaron entidades que tuvieron en general un perfil de compra de precios más elevados como por ejemplo Guerrero, Hidalgo, Campeche y Jalisco que en 2008 realizaron 30% de sus compras con precios en el cuartil más alto. En el caso de Hidalgo, esto puede ser explicado por las frecuentes licitaciones y el alto porcentaje de compras directas. En el caso de Jalisco posiblemente los precios altos están relacionados con los márgenes de ganancia más elevados de las empresas encargadas del surtimiento de los medicamentos en los centros de salud u hospitales. El caso del DF resalta por el porcentaje más bajo de compras en el primer cuartil, lo cual puede ser resultado de la cancelación a finales de 2008 del contrato con la empresa privada que realizaba la compra y distribución a los puntos de atención. Como se mencionó anteriormente el análisis de la evaluación de compra utilizando un modelo de tercerización versus el sector público es una necesidad para el SPSS.

Aumentar la eficiencia de compra a través de una compra consolidada al nivel federal no parece una solución factible de implementar como señalaron las opiniones de las entrevistas – la mayoría de los entrevistados estuvieron en contra de una compra consolidada. Entre los principales obstáculos para realizar una compra consolidada a nivel federal, los entrevistados mencionaron dificultades con la distribución eficiente a áreas muy alejadas y los costos de abastecimiento de grandes cantidades de medicamentos.

Finalmente para mejorar el servicio del SPSS es importante tomar en cuenta **la opinión de los usuarios sobre el servicio**. Hay que resaltar que existió mucha inconformidad entre los entrevistados de este estudio con el servicio del surtimiento de las recetas. Aunque uno de los objetivos clave del SPSS es la provisión gratuita de una canasta básica de medicamentos en el punto de atención, la percepción por parte de los usuarios entrevistados fue que el abasto es insuficiente. En muchos casos la oferta del SPSS de surtir los medicamentos en otro punto de atención que el punto donde el

usuario recibió consulta no fue aceptable dado que implica gastos adicionales para los afiliados.

4. Limitaciones

Antes de plantear recomendaciones es relevante discutir las limitaciones del estudio. Una limitación importante fue la de no contar con datos sobre la satisfacción de la demanda al nivel de las unidades de atención. No se sabe si las necesidades clínicas detectadas por el personal médico recibieron el tratamiento adecuado. Solamente se puede medir esta satisfacción a través de una comparación del diagnóstico de la prescripción y el surtimiento de esta en forma gratuita. Una medición aproximada para este problema serían los niveles de abasto de medicamentos y la tasa de surtimiento de las recetas asumiendo que la prescripción siempre es adecuada. Aunque para este estudio se exploraron las razones de la satisfacción o insatisfacción con el servicio de SPSS y se encontró que el desabasto sigue un problema principal del SPSS, no fue dentro del marco de este estudio medir el tamaño del problema de desabasto.

Estudios que cuantifican la disponibilidad de los medicamentos en los centros de salud comúnmente utilizan una lista de 30 a 50 medicamentos esenciales y verifican la existencia de estos medicamentos en el momento de la visita. Otro tipo de estudio identifica si el paciente recibió el medicamento recetado en la farmacia del punto de atención sin costo adicional y si el paciente sabe utilizar este medicamento. Finalmente, para hacer eficiente la utilización de medicamentos es clave evaluar si la prescripción se apega a las guías clínicas o se guía por las preferencias personales del médico o paciente.

La exclusión de este paso final del uso adecuado de medicamentos señalado en la parte de metodología (ver Figura 1, sección Metodología) significa no evaluar el suministro integralmente. Desafortunadamente el monitoreo del uso adecuado de medicamentos no ha sido incluido entre los objetivos de las evaluaciones pasadas,

mientras que el enfoque principal ha sido en el gasto en medicamentos y el surtimiento completo de medicamentos.

Una gran limitación es la calidad de los datos sobre la compra de medicamentos. En 2007 se detectó una enorme varianza entre los datos de los gastos de medicamentos recolectados directamente con los estados y los datos reportado a la CNPSS.³ En este estudio se encontró que algunos estados como Querétaro, Hidalgo y Morelos no compran la mitad de los medicamentos listados en CAUSES. Es probable que los estados adquirieron los medicamentos faltantes (como vacunas y planificación familiar) a través de otros programas en lugar de hacerlo a través de los fondos del SPSS. Sin embargo, la comparabilidad de los datos disminuye significativamente entre estados porque algunos estados tienen un esquema de compra consolidada de varios programas y otros estados compran por programa. Otra limitación es que no se hizo una validación independiente de los precios de compra. Los autores utilizaron los precios reportados a la CNPSS por los recursos limitados de la evaluación. Por lo tanto, esta es una tarea pendiente para futuras evaluaciones revisando mecanismos de validación de precios de compras reportadas de los estados a la CNPSS.

5. Recomendaciones

Centrales

- **La creación de incentivos** para mejorar la calidad de datos y la rendición de cuentas de los estados vinculada a una retroalimentación por parte de la CNPSS tienen que ser prerrequisitos esenciales para aumentar la eficiencia del suministro de medicamentos en el futuro. Solamente a través de información validada y precisa sobre la cadena del suministro de medicamentos se pueden hacer recomendaciones para su mejoramiento.
- Es relevante realizar **más análisis sobre aspectos de las compras de medicamentos a precios elevados**, además de evaluar la eficiencia de la contratación

de servicios privados en comparación al sistema público y la estructura de los mercados farmacéuticos estatales.

Complementarias

- *Diferencias grandes en la selección de los 317 medicamentos del CAUSES que los estados compran:* En este sentido es primordial revisar la inclusión y exclusión de medicamentos del CAUSES a nivel nacional para que corresponda a las guías de tratamiento del SPSS en todos los niveles de atención dado que diversos informantes plantearon que un número considerable de claves son obsoletas. Asimismo varios afiliados comentaron que recibieron prescripciones de medicamentos fuera de CAUSES lo cual requiere de mayor análisis en términos de qué medicamentos se trata a fin de considerar su posible inclusión en el CAUSES.
- *Diferencias en la manera de los criterios de la selección de los medicamentos adquiridos:* Es preciso revisar con las entidades la manera en que se puede aumentar la transparencia de la selección de medicamentos de CAUSES que provee cada entidad federativa (lista estatal de CAUSES) para evitar disparidades en el acceso a medicamentos entre entidades. Esta transparencia es relevante para dar al usuario la oportunidad de ejercer su derecho de demandar medicamentos en el paquete de CAUSES estatal que en varios estados presenta solamente una sub-selección del CAUSES nacional. En este aspecto también se requiere más investigación para comparar el desempeño de las diferentes entidades con respecto a la satisfacción de las necesidades clínicas de los beneficiarios a través del “CAUSES estatal”. Una manera de aumentar la transparencia puede ser la publicación de la lista de medicamentos adquiridos por el estado en cada centro de salud y en línea para que los usuarios de las entidades sepan a que medicamentos tienen derecho y acceso.
- *Opinión de los entrevistados en contra de una compra consolidada al nivel federal:* Al respecto hay que analizar la factibilidad de llevar a cabo compras consolidadas a

nivel regional -en lugar de nacional- para obtener mejores beneficios en los precios de adquisición en claves con poco volumen de demanda y en la distribución en todas las zonas de la región. Estas consolidaciones podrían corregir fallas de los mercados farmacéuticos estatales que no permitan una competencia suficiente entre los distribuidores y satisfacer las necesidades de los estados de la totalidad de las claves de CAUSES. Al mismo tiempo sería relevante investigar la situación de los mercados farmacéuticos de cada estado que permita la identificación de áreas de intervención por la CNPSS para sugerir mejoras en los procesos del suministro de medicamentos.

- *Percepción de los usuarios del SP que de la existencia de problemas de desabasto de medicamentos:* Es necesario mejorar la disponibilidad de los medicamentos en los centros de salud es un requisito importante para aumentar la satisfacción de los usuarios con los servicios del SPSS.
- *Ausencia de información sobre calidad de prescripción:* Hay que incluir en las evaluaciones futuras de los procesos de compra de medicamentos el paso 4 del marco de la OMS que contempla el uso de medicamentos. De esta manera se promovería una evaluación más integral de la cadena de suministro de medicamentos que incluye la prescripción de medicamentos y el surtimiento de las recetas.

Referencias bibliográficas

- ¹ Secretaría de Salud. Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación de Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). Diario Oficial de la Federación, 26 de mayo 2003.
- ² Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, Miranda M, Sesma S. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet*. 2006 Nov 18;368(9549):1828-41. Review.
- ³ Sistema de Protección social en Salud. Informe de Resultados 2008. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=35&Itemid=128 (Consultada el día 30 de noviembre del 2009)
- ⁴ Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, Miranda M, Sesma S. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet*. 2006 Nov 18;368(9549):1828-41. Review.
- ⁵ King G, Gakidou E, Ravishankar N Moore RT Lakin Vargas Téllez-Rojo MM, Hernández Ávila JE Hernández Ávila M, Hernández Llamas H. Experimental Design for Public Policy Evaluation, with Application to the Mexican Universal Health Insurance Program. *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol. 26, No. 3, 479–506 (2007)
- ⁶ Gómez-Dantes O, Ortiz M. The Social Protection Health System (Seguro Popular de Salud). Seven perspectives. Presentation. *Salud Pública Mex*. 2004;46(6):585-8.
- ⁷ Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. Última reforma publicada DOF 28-05-2009
- ⁸ Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J e Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México*; 2004. 46(5): 399-416.
- ⁹ Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J e Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México*; 2004. 46(5): 399-416.
- ¹⁰ Universidad Autónoma de México /Secretaría de Salud. Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud. México: UAM/Secretaría de Salud, 2008. p. 15.
- ¹¹ Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J e Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México*; 2004. 46(5): 399-416.
- ¹² Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud, coord. de Eduardo González Pier, Mariana Barraza Llorens, Cristina Gutiérrez Delgado, Armando Vargas Palacios. — 2ª ed. — México : FCE, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006
- ¹³ SSA-INSP. Evaluación de los procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica, Secretaria de Salud, 2008.
- ¹⁴ SSA-INSP. Evaluación de los procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Publica, Secretaria de Salud, 2008.
- ¹⁵ Secretaría de Salud. ACUERDO que establece los Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud. México D.F.: Diario Oficial de la Federación, 26 de enero 2009.

¹⁶ Management Science for Health, World Health Organization. Managing drug supply. Washington: Management Science for Health, 1997.

¹⁷ Management Science for Health, World Health Organization. Managing drug supply. Washington: Management Science for Health, 1997.

¹⁸ Management Science for Health (MSH). International drug price indicator guide. Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=Dmp&language=English> (Consultada en noviembre 2009)

¹⁹ Secretaría de Salud. Decreto que reforma los artículos 168 y 170 del Reglamento de Insumos para la Salud. Diario Federal de la Federación, Ago 5 2008.

Anexos

Anexo 1. Opinión sobre la compra masiva de medicamentos para todos los estados

BC	CAMP	DF	GRO	HGO	JAL	MOR	QRO	ZAC
Opinión sobre la compra masiva de medicamentos para todos los estados								
De acuerdo, lo ven como una idea excelente	Lo ven poco conveniente. Antes de la descentralización funcionaban así, no era muy funcional para el nivel estatal	Escéptico en su funcionalidad	En desacuerdo por las experiencias de los años 80s y 90s cuando a nivel federal se centralizaban las compras	No hubiera problema si realmente fuera efectiva	No están de acuerdo, la descentralización les ha permitido tener facultades y darse cuenta de sus propias necesidades	Tendría mucha probabilidad de error	En desacuerdo por las experiencias previas cuando eran dependientes de la federación	Estrategia que ha implementado el IMSS, pero les ha traído muchos problemas
¿Participarían?								
Sí	La tendencia va más hacia un No. Porque ahora tenemos el control del desabasto y lo podemos atender	Probablemente sí	Sí, por instrucción federal	NSP	NSP	Si nos invitan, sí participaríamos	Sí, si se ajustaran los tiempos de entrega de medicamentos mensualmente	Están de acuerdo en participar si se realiza
Ventajas								
Los costos, a mayor volumen se obtendría mejores precios	Los costos de adquisición serían muy bajos	Costos de adquisición de medicamentos	Costos de adquisición bajos	Precios unitarios muy bajos	NSP		Abatir costos de adquisición de medicamentos	Obtención de mejores precios de compra
Desventajas								
Que sea un proceso ágil y transparente Entregas de medicamentos a los estados oportunamente	La falta de control estatal sobre las compras Problemas de desabasto Toma de decisiones a nivel central Falta de	Falta de abastecimiento en algunas regiones del país, Pérdida de capacidad de negociación en partidas desiertas a nivel estatal,	Costos de distribución altos y, Costos de almacenaje	No existen distribuidores con la capacidad de dar servicios de distribución a todas las áreas, Creación de almacenes regionales	Pérdida de control del dinero Pérdida de control sobre los medicamentos	Diferentes prioridades de medicamentos por regiones	No poder hacer ajustes a los contratos de acuerdo a las necesidades locales Pérdida de capacidad de negociación con proveedores,	

	transparencia en las licitaciones	Pérdida de control sobre las penalizaciones y exigencias a proveedores		para distribuir, No se garantiza los tiempos de entrega			Falta de capacidad de almacenaje	
--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	----------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia de los autores acuerdo con la información recopilada durante las entrevistas con los Directores de Finanzas y las Encargadas de compra de medicamentos de los nueve REPSS estudiados.

NR No respondió. NSP, No se preguntó

Anexo 2: Clave de los 312 medicamentos incluidos en CAUSES

LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES 2008

(Clasificados de acuerdo a los grupos establecidos por el Consejo de Salubridad General)

ANALGESIA

	CLAVE	NIVEL	NOMBRE GENERICO (descripción, cantidad, presentación)
1	101	I	Ácido acetilsalicílico, 20 tabletas 500 mg
2	103	I	Ácido acetilsalicílico Tableta efervescente 300 mg
3	108	I	Metamizol sódico (Dipirona) 10 comprimidos 500 mg
4	109	I	Metamizol sódico (Dipirona) Solución inyectable 1 g/2 ml, 3 ampolletas con 2 ml
5	104	I	Paracetamol (Acetaminofén) 10 tabletas 500 mg
6	105	I	Paracetamol (Acetaminofén) 3 supositorios 300 mg
7	106	I	Paracetamol (Acetaminofén) Solución oral 100 mg/ml, envase 15 ml con gotero
8	3422	II, III	Ketorolaco Solución inyectable 30 mg

ANESTESIA

9	204	I	Atropina Solución inyectable 1mg/ml , 50 ampolletas de 1 ml
10	261	I	Lidocaína Solución inyectable al 1%, 500 mg/ 50 ml, envase con 5 ámpulas con 50 ml
11	262	I	Lidocaína Solución inyectable al 2%, 1g/50ml, envase con 5 frascos ámpula con 50 ml
12	263	I	Lidocaína Solución inyectable al 5%, 100mg/2ml, envase con 50 ampolletas de 2ml
13	264	I	Lidocaína Solución al 10% , 10g/100ml, envase con 115 ml con atomizador manual
14	265	I	Lidocaína + epinefrina Solución inyectable al 2%, Lidocaína 1 g, Epinefrina 0.25 mg, envase con 5 frascos ámpula con 50 ml
15	267	I	Lidocaína + epinefrina Solución inyectable al 2%, Lidocaína 36 mg, Epinefrina 0.018 mg, envase con 50 cartuchos dentales con 1.8 ml
16	4061	II, III	Besilato de cisatracurio Solución inyectable 10mg/ 5ml, envase con 1 ampolleta de 5ml
17	271	II, III	Bupivacaína Solución inyectable 5mg/ml, envase con un frasco ámpula con 30 ml
18	4055	II, III	Bupivacaína hiperbárica Solución inyectable, bupivacaína 15 mg, dextrosa 240 mg envase 5 ampolletas de 3 ml
19	242	II, III	Fentanilo (Estupefaciente Lista I) Solución inyectable 0.5mg/10ml, envase con 6 ampolletas o frascos ámpula con 10 ml
20	202	II, III	Diazepam (Psicotrópicos Lista II) Solución inyectable 10mg/2ml, 50 ampolletas con 2 ml
21	3215	II, III	Diazepam (Psicotrópicos Lista II) 20 tabletas 10 mg
22	226	II, III	Ketamina (Psicotrópicos Lista II) Solución inyectable 500mg/10 ml, envase con 1 frasco ámpula de 10 ml
23	132	II, III	Nalbufina Solución inyectable 10 mg, envase de 5 ámpulas
24	233	II, III	Sevoflurano Envase con líquido 250 ml
25	252	II, III	Suxametonio, cloruro Solución inyectable 40mg/2ml, envase con 5 ampolletas de 2 ml
26	221	II, III	Tiopental (Psicotrópicos Lista II) Solución inyectable 0.5 g frasco ámpula y diluyente con 20 ml
27	254	II, III	Vecuronio Solución inyectable 4 mg envase con 50 frascos ámpula con liofilizado y 50 ampolletas con 1 ml de diluyente

CARDIOLOGIA

28	574	I	Captopril 30 tabletas 25 mg
29	561	I	Clortalidona 20 tabletas 50 mg
30	502	I	Digoxina 20 Tabletás 0.25 mg
31	503	I	Digoxina Elixir 0.05 mg/ml envase 60 ml
32	504	I	Digoxina Solución inyectable 0.5 mg/ml , 6 ampolletas de 2ml
33	2501	I	Enalapril, lisinopril o ramipril 30 tabletas 10 mg
34	570	I	Hidralazina 20 tabletas de 10 mg
35	4201	I	Hidralazina Solución inyectable de 20 mg, 5 ampolletas con 1 ml
36	592	I	Isosorbida dinitrato 20 Tabletás sublinguales 5 mg
37	572	I	Metoprolol 20 tabletas 100 mg
38	599	I	Nifedipino acción prolongada 30 comprimidos de 30 mg
39	591	I	Trinitrato de glicerilo 24 Cápsulas o tabletas masticables 0.8 mg
40	4111	I	Trinitrato de glicerilo Parche 0.5 mg
41	611	II, III	Epinefrina (Adrenalina) Solución inyectable 1 mg (1 : 1000) 50 ampolletas de 1 ml
42	614	II, III	Dopamina Solución inyectable 200mg/5ml, 5 ampolletas de 5ml,
43	615	II, III	Dobutamina Solución inyectable 250mg/5ml, 5 ampolletas de 5 ml
44	4246	II, III	Clopidogrel Gragea 75 mg, envase con 14 o28
45	522	II, III	Lidocaína Solución inyectable 100mg/5ml , 1 ampolleta con 5 ml
46	566	II, III	Metildopa (1-alfametildopa) 30 tabletas 250 mg
47	569	II, III	Nitroprusiato de Sodio Solución inyectable 50 mg , 1 frasco ámpula
48	2540	II, III	Telmisartán 4 30 tabletas de 40 mg
49	4095	II, III	Irbesartán 28 tabletas de 150 mg
50	4096	II, III	Irbesartán 28 tabletas de 300 mg
51	2520	II, III	Losartán 4 30 grageas de 50 mg

52	596	II, III	Verapamilo 20 grageas o tabletas recubiertas de 80 mg
53	598	II, III	Verapamilo Solución inyectable 5mg/2ml 1 ampolleta de 2ml
DERMATOLOGIA			
54	831	I	Alantoina y alquitrán de hulla Suspensión dérmica, 20mg/ml y 9.4 mg/ml, envase con 120 ml
55	871	I	Alibour Polvo, sulfato de cobre 177mg/g, sulfato de zinc 619.5 mg/g, alcanfor 26.5 mg, 12 sobres con 2.2 g
56	861	I	Bencilo Emulsión dérmica 300 mg/ml, envase con 120 ml
57	822	I	Benzoilo Loción o gel dérmico , 5 g/100 ml o 5 g/100g, envase con 30ml, 50 ml ó 60 g
58	872	I	Clioquinol Crema 30mg/g envase de 20 g
59	2018	I	Itraconazol 15 cápsulas100 mg
60	891	I	Miconazol Crema 20 mg/g, envase con 20 g
61	2024	I	Isoconazol Crema envase on 20 gr
62	804	I	Óxido de zinc Pasta 25 g/100 g, envase con 30 g
63	472	I	Prednisona 20 tabletas 5 mg
64	901	I	Podofilina Solución dérmica 250 mg/ml, envase 5ml
65	904	II, III	Acido retinoico Crema Envase c/20 gr.
66	2119	II, III	Betametasona Ungüento, 50mg/100g, envase 30g
67	813	II, III	Hidrocortisona Crema 1mg/g , envase 15 g
68	4126	II, III	Sulfadiazina de Plata Crema 1g/100g, envase de 375 g
ENDOCRINOLOGIA			
69	1042	I,II	Glibenclamida 50 tabletas 5 mg
70	1050	I,II	Insulina humana acción intermedia NPH Suspensión inyectable 100 UI/ml, 1 frasco ampula con 5 ó 10 ml
71	1051	I,II	Insulina humana acción rápida regular Solución inyectable 100 UI/ml , 1 frasco ampula con 5 ó 10 ml
*	472	I,II	Prednisona 20 tabletas 5 mg
72	473	I,II	Prednisona 20 tabletas de 50 mg
73	530	I,II	Propranolol 30 tabletas 40 mg
74	4158	I,II	Insulina Glargina Solución inyectable, 100 UI/ml
75	1006	II, III	Calcio 12 comprimidos efervescentes 500 mg
76	1095	II, III	Calcitriol (1 alfa 25 dihidroxicolicalciferol) 50 cápsulas de gelatina blanda de 0.25 µg
77	1007	II, III	Levotiroxina (Levotiroxina sódica) 100 tabletas 100 µg
78	5165	II, III	Metformina 30 tabletas 850 mg
79	657	II, III	Pravastatina 30 tabletas 10 mg
80	1022	II, III	Tiamazol (metimazol) 20 tabletas 5 mg
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS			
81	1344	I	Albendazol 2 tabletas 200 mg
82	1345	I	Albendazol Suspensión 400 mg/20 ml, envase con 20 ml
83	2128	I	Amoxicilina 12 ó 15 cápsulas 500 mg
84	2127	I	Amoxicilina Suspensión oral 500mg/ 5ml , frasco 75 ml
85	2129	I	Amoxicilina/ácido clavulánico Susp. oral 125 mg/5 ml, envase con 60 ml
86	2230	I	Amoxicilina/ácido clavulánico 12 ó 16 tabletas 500 mg/125 mg
87	2510	I	Bencilpenicilina procaínica Suspensión inyectable 2,400,000 UI, 1 frasco ampula Bencilpenicilina procaínica/bencilpenicilina cristalina Suspensión inyectable 300 000/ 100 000 UI un frasco ampula y diluyente con 2 ml
88	1923	I	Bencilpenicilina procaínica/bencil penicilina cristalina Suspensión inyectable 600,000 UI/200,000 UI, un frasco ampula y diluyente con 2 ml
89	1924	I	ámpula y diluyente con 2 ml
90	1925	I	Benzatina bencilpenicilina Suspensión inyectable 1,200,000 UI Un frasco ampula y diluyente con 5 ml
91	4255	I	Ciprofloxacino 8 tabletas o cápsulas 250 mg
92	2133	I	Clindamicina 16 cápsulas 300 mg
93	1926	I	Dicloxacilina 20 cápsulas o comprimidos 500 mg
94	1927	I	Dicloxacilina Suspensión oral 250 mg/ml envase con 60 ml
95	1940	I	Doxiciclina 10 cápsulas o tabletas 100 mg
96	1971	I	Eritromicina 20 cápsulas o tabletas de 500 mg
97	1972	I	Eritromicina Suspensión 250mg/ 5 ml, envase con 100 ml
*	2018	I	Itraconazol 15 cápsulas100 mg
98	2136	I	Mebendazol 6 tabletas 100 mg
99	1308	I	Metronidazol 20 ó 30 tabletas 500 mg
100	1310	I	Metronidazol Suspensión 250 mg/5 ml, envase con 120 ml
101	4260	I	Nistatina Suspensión 100 000 UI/ml envase para 24 ml
102	1911	I	Nitrofurantoina 40 Cápsulas 100 mg
103	5302	I	Nitrofurantoina Suspensión oral 25 mg/ 5ml, envase con 120 ml
104	2138	I	Pirantel 6 tabletas 250 mg
105	2040	I	Prazicuantel 25 tabletas de 600 mg
106	1903	I	Prazicuantel 20 tabletas 80 mg/400 mg
107	1904	I	Trimetoprima/su lfametoxazol Suspensión oral , 40mg/5ml y 200 mg/5ml , envase con 120 ml
108	2403	I	Estreptomina Solución inyectable de 1g, un frasco ampula y agua inyectable 2 ml
109	2405	I	Etambutol 50 tabletas de 400 mg
110	2404	I	Isoniazida 200 tabletas de 100 mg

111	2413	I	Pirazinamida 500 mg, envase con 50 tabletas
112	2416	I	Isoniazida + etambutol 100 comprimidos o grageas 100mg/300mg
113	2415	I	Isoniazida + rifampicina 120 comprimidos o cápsulas 200mg/150 mg
114	2409	I	Rifampicina 1000 Cápsulas o comprimidos o tableta recubierta de 300 mg
115	2410	I	Rifampicina Suspensión 100mg/5ml frasco de 120 ml
116	2414	I	Rifampicina+isoniazida + pirazinamida 240 tabletas o grageas 150 mg/75mg/ 400mg
117	2417	I	Isoniazida y rifampicina 90 Tabletatas recubiertas 300mg/400 mg
118	2418	I	Isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol Comprimidos 150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg
119	1939	II, III	Cefalexina 20 cápsulas o tabletas de 500 mg
120	2132	II, III	Claritromicina 10 tabletas 250 mg
121	4263	II, III	Aciclovir 25 tabletas de 200 mg
122	2126	II, III	Aciclovir 35 tabletas de 400 mg
123	4264	II, III	Aciclovir Solución inyectable 250 mg 5 frascos ampula
124	1957	II, III	Amikacina Solución inyectable 100 mg/ 2ml un frasco ampula o ampolleta
125	1956	II, III	Amikacina Solución inyectable 500 mg/ 2ml , un frasco ampula y diluyente con 2 ml
126	1931	II, III	Ampicilina Solución inyectable 500 mg, ampula con diluyente 2ml
127	1921	II, III	Bencilpenicilina sódica cristalina Solución inyectable 1,000,000 UI un frasco ampula con o sin diluyente
128	1933	II, III	Bencilpenicilina sódica cristalina Solución inyectable de 5 000 000, 1 frasco ampula
129	1937	II, III	Ceftriaxona Solución inyectable 1 g, 1 ampula y diluyente de 10 ml
130	1935	II, III	Cefotaxima Solución inyectable 1 gr. Envase con un frasco ampula y 4 ml de diluyente
131	1973	II, III	Ciindamicina Solución inyectable 300 mg/2 ml , una ampolleta con 2 ml
132	1928	II, III	Dicloxacilina Solución inyectable 250 mg, un frasco ampula y diluyente con 5 ml
133	1311	II, III	Metronidazol Solución inyectable 500 mg envase con 100 ml
134	1309	II, III	Metronidazol Solución inyectable 200 mg envase con 2 ampolletas o frascos ampula con 10 ml
135	5255	II, III	Trimetoprima/sulfametoxazol Solución inyectable 160 mg/ 800 mg 6 ampolletas 3 ml
136	5287	II, III	Imipenem + cilastatina Solución inyectable 250 mg /250 mg 1 ampula
137	5265	II, III	Imipenem + cilastatina Solución inyectable 500mg/500mg 1 ampula
138	1981	II, III	Tetraciclina Tableta o cápsula 250 mg
139	1951	II, III	Kanamicina Solución inyectable 1000 mg
140	4299	II, III	Levofloxacino (sólo en tuberculosis) 7 tabletas de 500 mg
141	4261	II, III	Ofloxacino(óloen tuberculosis) 6, 8 ó 12 tabletas de 400 mg
142	408	I	Clorfenamina (Clorfeniramina) Jarabe 0.5 mg/ml, envase de 60 ml
143	402	I	Clorfenamina (Clorfeniramina) 20 tabletas de 4 mg
144	2143	I	Clorfenamina (Clorfeniramina) 5 ampolletas 10 mg
145	464	I	Cromoglicato de sodio Suspensión aerosol 3.6 g/100 g, envase con 16 g para 112 inhalaciones
146	474	I	Hidrocortisona Solución inyectable 100 mg/2ml, 50 frascos ampula y 50 ampolletas con 2 ml de diluyente
*	472	I	Prednisona 20 tabletas 5 mg
*	473	I	Prednisona 20 tabletas de 50 mg
147	2144	II, III	Loratadina 20 tabletas o grageas de 10 mg
148	2145	II, III	Loratadina Jarabe 5 mg/ ml, envase con 60 ml
149	2141	II, III	Betametasona Solución inyectable 4 mg/ml 1 ml , 1 ampolleta o frasco ampula de 1 ml
150	4241	II, III	Dexametasona Solución inyectable 8mg/2ml, un ampula 2 ml
*	611	II, III	Adrenalina Solución inyectable 1 mg/ml (1: 1000) 50 ampolletas de 1 ml
*	813	II, III	Hidrocortisona Crema 1 mg/ g envase 15 g

GASTROENTEROLOGÍA

151	1223	I	Aluminio y magnesio 50 Tabletatas masticables Al 200mg, Mg 200mg ó 447.3 mg
152	1224	I	Aluminio y magnesio Suspensión oral Al 185, Mg 200mg ó 447.3 240mg envase con 240 ml
153	1263	I	Bismuto, subsalicilato de Suspensión oral 1,750 g/100 ml, envase con 240 ml
154	1206	I	Butilhioscina 10 grageas 10 mg
155	1207	I	Butilhioscina Solución inyectable 20 mg/ml, 3 ampulas 1 ml
156	1364	I	Lidocaína-hidrocortisona Supositorio 60mg/5g, envase 6 supositorios
157	1363	I	Lidocaína-hidrocortisona Ungüento 50mg/g , 2.5 mg/g envase 20 g y aplicador
158	1242	I	Metoclopramida 20 Tabletatas de 10 mg
159	1241	I	Metoclopramida Solución inyectable 10mg/ 2ml, 6 ampolletas de 2ml
160	1271	I	Plantago psyllium Polvo envase 400 g
161	1233	I	Ranitidina 20 tabletas o grageas 150 mg
162	2151	I	Ranitidina Jarabe 150mg/10 ml envase de 200 ml
163	1234	I	Ranitidina Solución inyectable 50 mg, 5 ampulas 2 ó 5 ml
164	1272	I	Senósidos A-B 20 tabletas 8.6 mg
165	2247	I	Bitartrato 25 comprimidos de 1 mg
166	2249	I	Bitartrato Envase con 120 ml (1 mg/5 ml) y cucharita dosificadora
167	5186	II, III	Omeprazol Omeprazol 20 mg 7, 14 ó 28 tabletas
168	4504	II, III	Sulfasalazina 60 Tabletatas capa entérica 500 mg
169	5176	II, III	Sucralfato 40 tabletas 1 gr

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

*	2018	I	Itraconazol 15 cápsulas 100 mg
170	1561	I	Metronidazol 10 óvulos o tabletas vaginales 500 mg
*	891	I	Miconazol Crema 20 mg/g , envase con 20 g
171	1566	I	Nistatina 12 óvulos o tabletas vaginales 100,000 UI
172	1562	I	Nitrofurazona 6 óvulos 6 mg
173	1096	II, III	Bromocriptina 14 tabletas de 2.5 mg
174	4161	II, III	Alendronato 30 Tabletetas 10 mg
175	3412	II, III	Indometacina 6 ó 15 supositorios 100 mg
176	1591	II, III	Inmunoglobina Anti D Solución inyectable 0.300 mg 1.5 ó 2 ml Un frasco ampula con o sin diluyente o una jeringa o una ampolleta
177	1544	II, III	Ergometrina (ergonovina) Solución inyectable 0.2 mg/ ml 50 ampulas con 1 ml
178	1776	II, III	Metotrexato Solución inyectable 500 mg Frasco ampula
179	1759	II, III	Metotrexato 50 Tabletetas 2.5 mg
180	597	II, III	Nifedipino (como antioxitocico) 20 cápsulas de gelatina blanda 10 mg
181	1542	II, III	Oxitocina Solución inyectable, 5 UI/ml, 50 ampolletas de 1 ml
182	4163	II, III	Raloxifeno 14 o 28 tabletas de 60 mg
183	1093	II, III	Danazol 50 cápsulas o comprimidos de 100 mg
184	1551	II, III	Orciprenalina Sol Iny. 0.5 mg Envase con 3 ampolletas 1 ml
185	1552	II, III	Orciprenalina Tabletetas 20 mg. Envase con 30 tabletetas
186	432	II, III	Terbutalina Sol. Iny. .25 mg Envase con 3 ampolletas
187	433	II, III	Terbutalina Tableta 5 mg. Envase con 20 tabletetas
*	2141	II, III	Betametasona Solución inyectable 4 mg/ml 1 ml , 1 ampolleta o frasco ampula de 1 ml
188	2208	II, III	Dispositivo intrauterino con levonorgestrel polvo micronizado 52 mg.
189	3044	II, III	Medroxiprogesterona Tableta 10 mg Envase con 10 tabletetas
HEMATOLOGIA			
190	1706	I	Ácido fólico 20 tabletetas 5 mg
191	1711	I	Ácido fólico Tabletetas 0.4
192	1703	I	Sulfato ferroso 50 Tabletetas 200 mg
193	1704	I	Sulfato ferroso Suspensión oral 125 mg/5ml, envase 120 ml
194	1708	I	Hidroxocobalamina Solución inyectable 100 g/2ml, 3 ampolletas con 2 ml
195	1732	I	Fitomenadiona Solución o emulsión inyectable de 2 mg, 3 ó 5 ampolletas de 0.2 ml
*	204	I	Atropina Solución inyectable 1mg/ml , 50 ampolletas de 1 ml
196	621	II, III	Heparina Solución inyectable 10 000 UI/ 10 ml (1000 UI/ ml), 50 frascos ampulas de 10 ml
197	622	II, III	Heparina Solución inyectable 25 000 UI/ 5 ml (5000 UI/ ml)
INTOXICACIONES			
198	2242	I	Carbón activado Polvo 1 kg
199	4054	I	Flumazenil (Psicotrónicos Lista II) Solución inyectable 0.5 mg/5ml 1 ampolleta de 5ml
200	291	II, III	Neostigmina Solución inyectable 0.5 mg/ml, envase con 6 ampolletas de 1 ml
NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA			
201	2304	I	Espironolactona 20 tabletetas de 25 mg
202	2307	I	Furosemida 20 tabletetas 40 mg
203	2308	I	Furosemida 5 ampulas de 20 mg
204	2302	I	Acetazolamida 20 tabletetas de 250 mg
205	4302	II, III	Finasterida 30 grageas de 5 mg
206	2306	II, III	Manitol Solución inyectable 20%, 250 ml
NEUMOLOGÍA			
207	477	I	Beclometasona dipropionato de Aerosol 0.0587 g/100 g, inhalador con 200 dosis de 50 µg
207	464	I	Cromoglicato de sodio Suspensión aerosol 3.6g/100 g envase de 16 g para 112 inhalaciones
207	611	I	Epinefrina (Adrenalina) Solución inyectable 1 mg (1: 1000) 50 ampolletas de 1 ml
207	472	I	Prednisona 20 tabletetas 5 mg
207	473	I	Prednisona 20 tabletetas 50 mg
208	429	I	Salbutamol Suspensión en aerosol 20 mg, envase con inhalador para 200 dosis de 100 µg.
209	426	I	Aminofilina Solución inyectable ampolleta de 10 ml con 250mg
210	437	I	Teofilina 20 comprimidos, tabletetas o cápsulas de liberación prolongada 100 mg
211	439	I	Salbutamol Solución para respiradores 0.5 g/100 ml, envase con 10 ml
212	431	I	Salbutamol Jarabe 2 mg/5ml ,envase 60 ml
213	2508	I	Beclometasona dipropionato de Suspensión en aerosol , 0.294g/100g, inhalador 200 dosis de 250 µg
214	2162	II, III	Ipratropio Aerosol 20 µg/nebulización ,envase de 15 ml (300 dosis)
215	2262	II, III	Tiotropio bromuro de 7 Envase con 30 cápsulas y dispositivo inhalador
216	2263	II, III	Tiotropiobromuro de 7 Envase con 30 cápsulas (repuesto)
217	5075	II, III	Teofilina Elíxir 533 mg/100 ml, envase con 450 ml
NEUROLOGIA			
218	2620	I	Acido valproico Cápsulas 250 mg
219	2608	I	Carbamazepina 20 tabletetas 200 mg

220	2609	I	Carbamazepina Suspensión oral 100 mg/5 ml, envase con 120 ml y vaso dosificador adosado al envase
221	2611	I	Fenitoína (Difenilhidantoína) Suspensión oral 37.5 mg/5 ml , envase con 120 ml y vaso dosificador adosado al envase
222	525	I	Fenitoína 50 tabletas 100 mg
223	2601	I	Fenobarbital 20 tabletas 100 mg
224	2619	I	(Psicotrópicos Lista II) 6 Elixir 20 mg/20 mg, Envase con 60 ml
224	530	I	Propranolol 30 tabletas 40 mg
225	2622	I	Valproato de Magnesio 40 tabletas cubierta entérica 185.6 mg
226	2623	I	Valproato de Magnesio Solución 186 mg/ml envase con 40 ml
227	2652	I	Biperideno (Psicotrópicos Lista III) 6 50 tabletas de 2 mg
228	2612	I	Clonazepam (Psicotrópicos Lista III) 6 Solución inyectable 5 mg/ml, 5 ampolletas de 1 ml
229	2614	I	Clonazepam (Psicotrópicos Lista III) 6 Solución inyectable 5 mg/ml, 5 ampolletas de 1 m
230	2613	I	Clonazepam (Psicotrópicos Lista III) 6 Solución 2.5 mg/ml envase con 10 ml y gotero integral
230	3215	I	Diazepam (Psicotrópicos Lista II) 6 20 tabletas 10 mg
230	202	I	Diazepam (Psicotrópicos Lista II) 6 Solución inyectable 10mg/2ml, 50 ampolletas con 2 ml
NEUROLOGIA			
231	2624	II, III	Fenitoina sódica Solución inyectable 250 mg/ 5ml ,una ampolleta de 5 ml
232	2654	II, III	Levodopa + Carbidopa (Psicotrópicos Lista III) 6 100 tabletas 250/25mg
233	5351	II, III	Metilfenidato (Psicotrópicos Lista II) 6 30 tabletas de 10 mg
234	3629	II, III	Sulfato de Magnesio Solución inyectable 1g/10 ml envase 10 ampulas de 10 ml
235	2651	II, III	Trihexifenidilo (Psicotrópicos Lista III) 6 50 tabletas de 5mg
236	2707	II, III	Ácido ascórbico 20 tabletas 100 mg
NUTRIOLOGIA			
237	2714	I	Complejo B 30 tabletas o cápsulas , tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 5 µg
238	4376	I	Polivitaminas y Minerales 30 tabletas, grageas o cápsulas
239	5383	I	Polivitaminas y Minerales Jarabe Envase con 240 ml y dosificador
240	1098	I	Vitamina A, C y D Solución oral frasco 25 ml., palmitato de retinol 7000-9000 UI, ac. Ascórbico 80-125 mg, colecalciferol 1400- 1800 UI
241	5395	I	Tiamina Solución inyectable 500 mg, 3 frascos ampula
242	2191	II, III	Vitamina A 40 cápsulas 50,000 UI
243	3	II, III	Sucedáneo de leche humana de pretérmino 8 Polvo, Envase con 400 a 454 gr y medida de 4.40 a 4.50 gr
244	4	II, III	Sucedáneo de leche humana de término 8 Polvo, Envase con 400 a 454 gr y medida de 3.87 a 4.50 gr.
245	2804	I	Nafazolina Solución oftálmica 15 ml (1 mg/ml)
246	2821	I	Cloranfenicol Solución oftálmica, 5mg/ml
247	2829	I	Sulfacetamida Solución oftálmica 0.1 g/ ml ml envase con gotero integral con 5ml
OFTALMOLOGÍA			
248	2830	II, III	Aciclovir Ungüento oftálmico 3g/100g , envase con 4.5 g
249	2872	II, III	Atropina Solución oftálmica 10 mg/ml. Envase con gotero integral con 15 ml
250	2823	II, III	Neomicina, polimixina B y gramicidina
OFTALMOLOGÍA			
251	2851	II, III	Pilocarpina Solución oftálmica al 2%, 20 mg/ml, envase de 15 ml con gotero integral
252	2852	II, III	Pilocarpina Solución oftálmica al 4%, 40mg/ml, envase de 15 ml con gotero integral
253	2841	II, III	Prednisolona Solución oftálmica 5 mg/ml, envase 5ml con gotero integral
254	4407	II, III	Tetracaína Solución oftálmica 5 mg/ml, envase de 10 ml con gotero integral
255	2858	II, III	Timolol Solución oftálmica 5mg/ml, envase con gotero integral con 5ml
OTORRINOLARINGOLOGÍA			
256	3111	I	Difenidol 30 tabletas 25 mg
257	3112	I	Difenidol Solución inyectable 40 mg/2 ml, 2 ampulas 2 ml
PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
258	3508	I	Desogestrel y Etilnilestradiol 28 tabletas (21 con hormonales y 7 sin hormonales) 0.15 mg/0.03 mg
259	3507	I	Levonorgestrel y Etilnilestradiol 28 Grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales) levonorgestrel 0.15 mg, etinilestradiol 0.03 mg
260	3509	I	Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol Suspensión inyectable, medroxiprogesterona 25mg/0.5 ml , Estradiol 5 mg/0.5 ml, 1 ampolleta o jeringa prellenada con 0.5 ml
261	2210	I	Levonorgestrel Tabletado 0.750 mg
262	3503	I	Noretisterona Solución inyectable 200 mg/ml, una ampolleta de 1 ml
263	3506	I	Noretisterona y Etilnilestradiol 28 tabletas o grageas (21 con hormonales y 7 sin hormonales) noretisterona 0.400 mg, etinilestradiol 0.035 mg
264	3510	I	Etonogestrel Implante, 68.0 mg .
265	3515	I	Noretisterona enantato y valerato de estradiol Solución inyectable 50 mg/5 mg jeringa precargada o ampolleta
PSIQUIATRIA			
266	4483	I	Fluoxetina 14 o 28 tabletas o cápsulas de 20 mg
267	3305	II, III	Amitriptilina (Psicotrópicos Lista III) 6 20 tabletas de 25 mg
267	2608	II, III	Carbamazepina 20 tabletas 200 mg
267	2609	II, III	Carbamazepina Suspensión 100 mg/5 ml envase con 120 y vaso dosificador adosado al envase

268	3259	II, III	Clozapina (Psicotr6picos Lista III) 6 30 6 50 Tabletas 100 mg
268	3215	II, III	Diazepam (Psicotr6picos Lista II) 6 20 Tabletas 10 mg
268	202	II, III	Diazepam (Psicotr6picos Lista II) 6 Soluci6n inyectable 10 mg/2ml, 50 ampolletas con 2 ml
269	3251	II, III	Haloperidol (Psicotr6picos Lista III) 6 20 tabletas de 5mg
270	3253	II, III	Haloperidol (Psicotr6picos Lista III) 6 Soluci6n inyectable 5mg/ml , 1 6 5 ampolletas de 1 ml
271	3255	II, III	Litio (Psicotr6picos Lista III) 6 50 tabletas 300 mg
272	3258	II, III	Risperidona 40 tabletas 2 mg
273	3241	II, III	Trifluoperazina (Psicotr6picos Lista III) 6 20 grageas 5 mg
273	4484	II, III	Sertralina C6psulas 50 mg
273	2622	II, III	Valproato de Magnesio 40 tabletas cubierta ent6rica 185.6 mg
273	2623	II, III	Valproato de Magnesio Soluci6n+ 186 mg/ml envase con 40 ml
274	5484	II, III	Zuclopentixol (Psicotr6picos Lista III) 6 20 6 50 tabletas de 25 mg
275	5483	II, III	Zuclopentixol (Psicotr6picos Lista III) 6 Soluci6n inyectable 200 mg 1 ampolleta

REUMATOLOGIA

276	3451	I	Alopurinol Envase con 20 tabletas de 300 mg
277	3417	I	Diclofenaco 20 c6psulas o grageas 100 mg
278	3407	I	Naproxeno 30 tabletas 250 mg
279	3413	I	Indometacina 30 c6psulas 25 mg
279	472	I	Prednisona 20 tabletas 5 mg
279	473	I	Prednisona 20 tabletas de 50 mg
280	3461	I	Azatriopina 50 tabletas de 50 mg
281	3409	II,III	Colchicina Tabletas 1 mg Diclofenaco Soluci6n inyectable 75 mg/3 ml, 2 ampolletas con 3 ml
282	5501	II,III	
282	1759	II,III	Metrotexato 50 Tabletas 2.5 mg
282	4504	II,III	Sulfasalazina 60 Tabletas capa ent6rica 500 mg
283	3623	I	Electrolitos Orales Polvo para soluci6n 27.9 g (Glucosa 20 g/KCl 1.5g NaCl 3.5 g, citrato tris6dico 2.9 g)
284	3609	I	Cloruro de sodio Soluci6n inyectable al 0.9% 0.9g/100 ml

SOLUCIONES ELECTROLITICAS Y SUSTITUTOS DEL PLASMA

285	3618	II,III	Bicarbonato de Sodio Soluci6n inyectable al 7.5% 3.75 g/50 ml Envase con 50 ml
286	3619	II,III	Bicarbonato de Sodio Sol. Inyectable. Envase con 50 ampolletas de 10 ml
287	524	II,III	Cloruro de Potasio Soluci6n inyectable 1.49 g/10 ml 50 ampolletas con 10 ml
288	3631	II,III	Soluci6n de glucosa al 5% Soluci6n inyectable. Glucosa anhidra o glucosa 5 g/100 ml
288	2306	II,III	Manitol Soluci6n inyectable 1 g/10 ml 100 ampolletas con 10 ml
289	3620	II,III	Gluconato de calcio Sol. Inyectable al 10% 1 gr/10 ml
289	3629	II,III	Magnesio Sulfato de Soluci6n inyectable 1 g/10 ml 100 ampolletas con 10 ml

VACUNAS, TOXOIDES, INMUNOGLOBULINAS Y ANTITOXINAS

290	3847	I	Faboter6pico polivalente antialacr6n Envase con un frasco 6mpula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 5 ml
291	3848	I	Faboter6pico polivalente antiar6cnido Envase con un frasco 6mpula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 5 ml
292	3849	I	Faboter6pico polivalente antiviperino Envase con un frasco 6mpula con liofilizado y ampolleta con diluyente de 10 ml
293	3833	I	Inmunoglobulina humana antirr6bica Soluci6n inyectable 300 UI/ml un frasco 6mpula con 2 ml
294	3842	I	Suero antialacr6n Soluci6n inyectable para neutralizar 150 DL50 de veneno de alacr6n, un frasco 6mpula y diluyente con 5 ml Suero Antiviperino Soluci6n inyectable para neutralizar no menos de 790 DL50 Crotalus, no menos de 780 DL50
295	3843	I	Bothrops envase con 6mpula 10 ml (unidosis)
296	3809	I	Toxoide tet6nico Suspensi6n inyectable 75 UI, un frasco 6mpula con 5 ml
297	3817	I	Vacuna antirr6bica inactivada Soluci6n inyectable Preparado en c6lulas VERO cepa Wistar o en cultivo tisular de c6lulas embrionarias de pollo, cepa de virus Flury LEPC25; con potencia 2.5 UI, Frasco 6mpula con liofilizado para una dosis y ampolleta con 1 ml de soluci6n inyectable Vacuna BCG Suspensi6n inyectable Cada dosis de 0.1 ml de vacuna reconstituida contiene: Cepa francesa 1173P2 200,000-500,000 UFC, o Danesa 1331 200,000-300,000 UFC, o Glaxo 1077 800,000- 3'200,000 UFC, o Tokio 172 200,000-3'000,000 UFC, o Montreal 200,000-3'200,000 U
298	3801	I	
299	2511	I	Vacuna recombinante contra la hepatitis B Envase con un frasco 6mpula con una dosis (20 g/ml)
300	2526	I	Vacuna recombinante contra la hepatitis B Suspensi6n Inyectable Envase con un frasco 6mpula con 10 ml
301	2529	I	Vacuna recombinante contra la hepatitis B Suspensi6n inyectable cada dosis de 0.5 ml
302	2527	I	Vacuna recombinante contra la hepatitis B Suspensi6n inyectable Envase con jeringa prellenada con .5 ml o frasco 6mpula con .5 ml

VACUNAS, TOXOIDES, INMUNOGLOBULINAS Y ANTITOXINAS

303	3821	I	Vacuna triple viral SRP (Contra sarampi6n, rub6ola y parotiditis) Soluci6n inyectable, cada dosis de 0.5 ml contiene: virus atenuados de sarampi6n de las cepas Edmonston-Zagreb (cultivados en c6lulas diploides humanas) o Edmonston-Enders o Schwarz (cultivados en fibroblastos de embri6n de pollo), Virus atenuados de rub6ola
-----	------	---	--

			Vacuna triple viral SRP (Contra sarampión, rubéola y parotiditis) Solución inyectable. Virus atenuados de sarampión de las cepas Edmonston- Zagreb (cultivados en células diploides humanas) o Edmonston-Enders o Schwarz (cultivados en fibroblastos de embrión de pollo) 3.0 log ₁₀ a 4.5 log ₁₀ DIC50 o 1000 a 32000 DIC50 o 103
304	3820	I	Vacuna pentavalente acelular Envase con 1 o 20 dosis en jeringa prellenada de Vacuna acelular Antipertussis con Toxoides Diftérico y Tetánico Adsorbidos y Vacuna Antipoliomielítica inactivada y 1 o 20 dosis en frasco ampula con liofilizado de Vacuna conjugada de Haemophilus influenza
305	2522	I	Vacuna Antiinfluenza Cada dosis de 0.5 ml contiene: Fracciones antigénicas purificadas de virus de influenza
306	3822	I	inactivados correspondientes a las cepa.
307	3805	I	Vacuna DPT (Vacuna antipertussis con toxoides diftérico y tetánico) Cada dosis de 0.5 ml contiene: <i>Bordetella pertussis</i> No más de 16 UO Toxide diftérico N o más de 30 Lf
308	3810	I	Toxoides tetánico y diftérico Envase con frasco ampula con 5 ml (10 dosis), o con 10 jeringas prellenadas, cada una con una dosis (0.5 ml).
309	3802	I	Vacuna antipoliomielítica oral tipo Sabin Envase con frasco ampula de plástico depresible con gotero integrado de 2 ml (20 dosis) o tubo de plástico depresible con 2 dosis, cada una de 0.1 ml.
310	3800	I	Vacuna doble viral SR (contra sarampión y rubéola) Envase con liofilizado para diez dosis y diluyente
311	150	I	Vacuna contra rotavirus Envase con frasco ampula
312	146	I	Vacuna antineumococcica envase con un frasco ampula de 0.5 ml.

Capítulo 5. Procesos de contratación de recursos humanos con financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud*

Introducción

Aún cuando los recursos humanos para la salud han sido considerados un componente fundamental de la operación de los sistemas de salud en el mundo, es a partir de la década de los noventa que el interés de ampliar lo que sabemos de ellos y mejorar su inserción en los sistemas de salud, ha sido renovado. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico han participado de manera importante en este esfuerzo. Por otra parte, para las instituciones científicas y académicas representa un gran reto comprender la dinámica de la incorporación de los graduados de escuelas profesionales y técnicas al mercado laboral¹. No obstante, entender este campo es complejo ya que a diferencia de otros recursos como los tecnológicos o financieros, los recursos humanos para la salud son capaces de tomar decisiones que promueven o retardan las políticas planteadas por los gobiernos.² Además se debe considerar que en la gran mayoría de los sistemas de salud del mundo, tanto de países industrializados como en vía de desarrollo, la nómina de los trabajadores consume una proporción importante del gasto público en salud³.

En México, las estrategias para la contratación de personal han sido variadas. Entre los años 1985 al 2000, período caracterizado por una importante inestabilidad económica, la creación de puestos de trabajo para el personal de salud de baseⁱ disminuyó sustancialmente en las principales instituciones empleadoras, particularmente en la Secretaría de Salud.⁴ Con la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud (SPS), en 2002, se generó un incremento en la demanda de servicios por parte de la población

* Elaborado por Gustavo Nigenda, Elizabeth Aguilar Martínez, José Arturo Ruiz Larios.

ⁱ El trabajador de base tiene una contratación por tiempo indefinido, goza de todos los derechos considerados en la legislación laboral, además de los establecidos en las Condiciones Generales de Trabajo. El trabajador de base representa la forma de inserción laboral más estable en el sector público.

beneficiada, ante lo cual, se diseñaron desde el nivel federal diversas estrategias para garantizar su atención, tales como la acreditación de unidades y el fortalecimiento de la oferta servicios de salud (FOROSS). En ambas estrategias se hace referencia a la necesidad de que las redes prestadoras de servicios contaran con una plantilla de trabajadores de la salud suficiente y capaz de brindar los servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)⁵. Es decir, los RH se convierten en un elemento esencial para el cumplimiento de las metas sanitarias.

Pese a estos requerimientos, la Secretaría de Salud (y en general la administración pública federal) no incrementó el número de puestos de base, por lo cual los servicios estatales de salud iniciaron la contratación de personal con los recursos provenientes del SPSS. Estos trabajadores fueron contratados bajo el régimen fiscal de prestación de servicios profesionales, comúnmente conocido como honorarios, en el cual las personas que prestan sus servicios de manera independiente establecen un tipo de relación laboral sumamente laxa (se trata más de una relación mercantil que laboral) con la entidad a la que prestan sus servicios⁶.

Las condiciones en que son contratados estos trabajadores varían entre los estados, sin embargo, en términos generales se puede mencionar que la duración de los contratos es de cinco meses y medio. En caso de que los servicios estatales de salud (SESA) requirieran nuevamente del trabajo de ese servidor, lo recontratan después de 15 días de concluido el contrato anterior. A pesar de tratarse de una contratación por honorarios, desde un inicio, en algunos estados estos trabajadores contaban con prestaciones tales como: compensación anual, vales por productividad y vacaciones pagadas⁷. En ningún caso se les concedían las prestaciones convenidas en las Condiciones Generales de Trabajo (CGT), las cuales únicamente son derecho de los trabajadores de base. Esta situación (junto con sus implicaciones legales) llevó a que en el año 2007, dentro de la Secretaría de Salud, se creara la Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades

Federativas, lo que formalmente fue el inicio del proceso de regularizaciónⁱⁱ de RH en el país.

En la evaluación del SPSS correspondiente al año 2007, en lo que respecta a RH, se abordaron los siguientes tópicos: volumen y modalidades de contratación, cambios en la dotación de personal, rotación y capacitación de RH. Entre los principales resultados de dicha evaluación destacó la gran diferencia entre los estados en cuanto a la cantidad y perfil del personal contratado con recursos del SPSS. En algunos casos los volúmenes de profesionales sanitarios fueron muy elevados y, en otros, se privilegió la contratación de personal administrativo. Por otra parte, se pudo advertir que, desde el inicio del proceso de regularización del personal (en ese momento se encontraba en una etapa de diseño y de negociación entre los principales actores involucrados), se perfilaban aspectos críticos, por ejemplo, la gran cantidad de recursos financieros del SPSS destinadas al pago de personal.

Para la evaluación del año 2009, el objetivo general en el tema de recursos humanos es la revisión del proceso de contratación de recursos humanos con financiamiento del SPSS, profundizando en cuatro aspectos: a) el proceso de regularización del personal de salud y su relación con el SPSS; b) los efectos de la condición laboral sobre el desempeño de los recursos humanos contratados por el SPSS; c) el volumen y tipo de personal contratado con recursos del SPSS en 2008-2009, y su relación con el paquete de prestaciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); y d) el conocimiento e identificación que el personal tiene sobre el SPSS.

Los principales resultados derivados de esta evaluación fueron la caracterización del proceso de regularización del personal y dos efectos fundamentales: el incremento en el monto de la nómina y la percepción de la productividad del personal regularizado. Por

ⁱⁱ Regularización fue la palabra utilizada por los actores participantes en la negociación aunque ésta no denota claramente el sentido del proceso el cual no derivó en la basificación de los trabajadores contratados con fondos del SPSS sino en una nueva forma de contratación con mayor estabilidad y con otorgamiento de beneficios. A lo largo del texto utiliza la palabra regularización para denotar esta nueva forma de contratación.

otra parte, la opinión que los informantes tienen sobre los efectos de la regularización en el desempeño del personal pagado con recursos del SPSS, partiendo de su percepción sobre la productividad de este personal, no fueron coincidentes entre los directivos y el personal operativo; para los primeros, la productividad baja en el momento que se regulariza el RH, mientras que en opinión de los segundos, el tipo de contratación no incrementa ni disminuye la productividad de estos trabajadores. Por otra parte, también se encontró que entre el personal operativo no existe suficiente información sobre aspectos fundamentales del SPSS como su población objetivo, el CAUSES y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

El presente capítulo desarrolla inicialmente una sección sobre la metodología utilizada para la construcción del mismo. En el siguiente apartado se exponen los resultados divididos en: a) proceso de regularización de RH, b) percepciones sobre la productividad de los RH según modalidad de contratación, c) volumen y categorías del personal contratado y, d) conocimiento del personal sobre el SPSS y temas de capacitación demandados. Se continúa con un apartado donde se discuten los resultados (comparando algunos de ellos con los del año 2007) y las principales tendencias en materia de RH, en el marco del SPSS. Se cierra el capítulo con una sección de recomendaciones sobre los la situación de los recursos humanos y el SPSS.

1. Metodología

Para la construcción del presente capítulo se llevó a cabo una triangulación de datos cuantitativos y cualitativos⁸. Se revisaron, de manera sistemática, fuentes secundarias de información, divididas en dos grupos: la documentación referida a la normatividad del SPSS y lo concerniente a los recursos humanos. La información relacionada con el personal contratado con recursos del SPSS fue proporcionada por los Servicios de Salud estatales (SESA) y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) de las nueve entidades visitadas en el trabajo de campo y por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), para los efectos específicos de la presente evaluación (tabla 1).

Tabla 1. Fuentes secundarias consultadas

Documentación oficial	Información proporcionada por los SESA y REPSS
<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud • Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud • Reglamento interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud • Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado • Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado • Condiciones Generales de Trabajo. Secretaría de Salud – Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud. • Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2006. • Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2008. • Catálogo de Puestos y Tabulador de Sueldos de las Ramas Médica, Paramédica y grupos afines del año 2007 • Acuerdo por el que se crea la Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas (CNRCRHEF) • Manual de Funcionamiento de la CNRCRHEF • Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y las entidades federativas para la ejecución de Sistema de Protección Social en Salud. Anexo IV Conceptos de Gasto 	Información proporcionada por la CNPSS
	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personal contratado con recursos del SPSS en los en los SESA • Perfil del personal contratado con recursos del SPSS en los SESA • Distribución por modalidades de contratación (regularizados y honorarios) en los SESA • Sueldos por categorías y modalidades de contratación en los SESA • Recursos del SPSS destinados a remuneraciones al personal en los SESA • Recursos federales transferidos por concepto de Cuota Social y Aportación Solidaria Federal a las entidades federativas para la ejecución del SPSS en los estados • Número de personal contratado con recursos del SPSS en los SESA • Distribución de personal por modalidad de contratación (regularizados y no regularizados) con recursos del SPSS en los SESA

En el caso de la información sobre el total de personal contratado con recursos del SPSS en los SESA, los datos reportados por los SESA y la CNPSS son diferentes debido a que la información entregada por los primeros corresponde al mes de noviembre de 2008 y a julio de 2009 mientras que los datos entregados por la Comisión corresponden al promedio mensual reportado por las entidades federativas con corte a

enero de 2010. Ambas fuentes fueron utilizadas en diferentes apartados, debido a que los datos proporcionados por la CNPSS presentan un panorama más general sobre la situación anual de contratación de personal y su distribución por modalidad de contratación, por corresponder al promedio mensual de 2008 y 2009. Por su parte, los datos recolectados en campo presentan información más específica respecto a las categorías ocupacionales contratadas y la proporción que cada una de ellas representa en el total y por modalidad de contratación.

El componente cualitativo se concentró en las entrevistas a profundidad realizadas con informantes clave del nivel federal y estatal. De la Secretaría de Salud federal se entrevistaron a dos mandos medios del área de recursos humanos. En cada uno de los estados, los informantes seleccionados fueron los directores de los REPSS, un directivo del área responsable de RH en los SESA, un directivo del área administrativa de los SESA y otro de los REPSS, un gestor médico y cuatro entrevistas con personal operativo de áreas rurales y urbanas. Con el personal del nivel directivo y mandos medios se abordaron tres temas centrales: la contratación del personal con recursos del SPSS, el proceso de regularización y su percepción sobre la productividad del personal por modalidad de contratación. Al personal operativo se le cuestionó sobre este último tema, la capacitación sobre el SPSS y su conocimiento del mismo. El audio de todas las entrevistas fue grabado, previo consentimiento informado de los entrevistados. La información fue capturada por los investigadores de campo en matrices temáticas especialmente diseñadas para el componente de recursos humanos.

2. Resultados

2.1 Regularización del personal contratado con recursos del SPSS

En julio de 2006, se creó la *Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas (CNRCRHEF)* a fin de “establecer una instancia de coordinación que determine los criterios y lleve a cabo las acciones necesarias para regularizar al personal que presta dentro del SPSS, sus

*servicios en forma precaria*ⁱⁱⁱ, tomando siempre en consideración los techos presupuestales del SPSS. Esta Comisión fue integrada por representantes de la Secretaría de Salud (Subsecretaría de Administración y Finanzas, la CNPSS, la Dirección General de Recursos Humanos, la Dirección General de Asuntos Jurídicos y la Dirección General de Programación y Presupuesto) y cuatro miembros del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA).⁹

En marzo de 2007^{iv}, en el marco de la Primera Reunión Nacional de Recursos Humanos, la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH) de la Secretaría de Salud anunció al área correspondiente de los 32 estados, el inicio del proceso de *regularización* de personal contratado bajo el régimen de honorarios¹⁰, el cual consistiría básicamente, en el incremento de sus percepciones^v al determinar sus ingresos de acuerdo al pie de rama^{vi} correspondiente en el *Catálogo de Puestos y Tabulador de Sueldos de las Ramas Médica, Paramédica y grupos afines* del año 2007 y el otorgamiento de las prestaciones de ley.^{vii}

ⁱⁱⁱ Definido en el acuerdo de creación de la CNRCRHEF como “*personal que presta sus servicios bajo una desigualdad de percepciones y derechos*”. Si bien el concepto de precarización tiene un fundamento conceptual sólido, en general se utiliza para justificar la posición de que todos los trabajadores públicos o privados debieran ser asalariados.

^{iv} El mismo mes de marzo, fue publicada la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que en su artículo transitorio cuadragésimo tercero hace la siguiente referencia específica al personal de honorarios: “*A las personas que presten sus servicios a las Dependencias o Entidades mediante contrato personal sujeto a la legislación común, que perciban sus emolumentos exclusivamente con cargo a la partida de honorarios por contrato, o que estén incluidos en las listas de raya, siempre y cuando hayan laborado una jornada completa de acuerdo con las condiciones generales de trabajo y hayan laborado por un periodo mínimo de un año, se les incorporará integralmente al régimen de seguridad social con la entrada en vigor de esta Ley.*” Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Diario Oficial de la Federación. 31 de marzo de 2007.

^v Percepciones del personal regularizado: sueldo, asignación bruta y ayuda para gastos de actualización.

^{vi} Se refiere al nivel inferior de la rama de un grupo del Catálogo de Puestos.

^{vii} Servicios médicos (ISSSTE), aportaciones a pensiones, jubilación (SAR) y vivienda (FOVISSSTE), seguros institucionales (seguro de vida, seguro de retiro), prima vacacional y aguinaldo.

Para llevar a cabo las acciones de regularización a nivel estatal, se formaron Subcomisiones de la CNRCRHEF en las 32 entidades federativas, con una estructura muy similar a la Comisión Nacional, integradas por los Servicios de Salud, el Subdirector de Recursos Humanos, el Director del Organismo Público Descentralizado, el titular del REPSS, el Director de Administración y Finanzas, y tres representantes estatales del SNTSA.

Posteriormente, la CNRCRHEF solicitó a las Subcomisiones elaborar un listado con el personal contratado por honorarios, que cumpliera los siguientes criterios: 1) priorizar al personal con códigos de médico general, enfermera general, enfermera especialista y médico especialista; 2) que fuera personal con un año de antigüedad cumplido al 31 de diciembre de 2007; y 3) respetar el límite de gasto¹¹. Dicho listado sería enviado a la CNRCRHEF, quienes lo revisarían y en caso de cumplir con los requisitos, autorizarían la plantilla a regularizar.

Para dar soporte financiero al proceso de regularización, en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el Ejercicio Fiscal del año 2006 se estipuló que: *“En el convenio para la operación del Sistema de Protección Social en Salud que se firme entre la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales y del Distrito Federal, deberá quedar establecido que el **15 por ciento de los recursos que se transfieran a las entidades federativas será utilizado para regularizar** la situación laboral de los trabajadores contratados por honorarios.”*¹²[Resaltado por los autores del capítulo].

A partir de ese año, en el Anexo IV de los Acuerdos de Coordinación para la ejecución del SPSS en los estados, se especificó el porcentaje de recursos que puede destinarse a la remuneración del personal, de acuerdo a lo dispuesto por el PEF del año correspondiente.

De acuerdo a los informantes nacionales el proceso debería llevarse a cabo en dos etapas. Durante la primera se regularizaría alrededor de 45 mil trabajadores, mientras que la segunda contemplaba regularizar a 25 mil trabajadores más.

La validación y autorización de plantillas a regularizar en la primera fase del proceso finalizó en diciembre de 2008. Sin embargo el total del personal regularizado de esta etapa se reflejó hasta el año 2009, derivado de ajustes posteriores realizados a las plantillas autorizadas. Entre estos ajustes se identificaron particularmente los retrasos y/o errores en la integración de expedientes de los candidatos a regularizar, los cuales retrasaron y/o evitaron su regularización. Estos cambios se reflejan en los aumentos y disminuciones en los totales de regularizados reportados por los nueve estados incluidos en la presente evaluación, entre 2008 y 2009 (los cuales se mostrarán más adelante en este capítulo). La segunda fase inició en marzo de 2009. Hasta noviembre de ese año, ninguno de los estados visitados había recibido la plantilla autorizada por el nivel nacional para ser regularizada.

En el caso de los estados incluidos en la evaluación, se obtuvo información sobre las implicaciones de la regulación en la situación laboral de estos trabajadores. En relación a los beneficios y prestaciones que les fueron otorgadas, este personal adquirió las prestaciones establecidas en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y no las correspondientes a la Condiciones Generales de Trabajo, negociadas entre el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Salud Federal (que son mayores en comparación a las primeras).

Sin embargo, se observan diferencias entre entidades así como variaciones entre el tipo y montos de algunas prestaciones. Por ejemplo, en Zacatecas el personal regularizado recibe 40 días de aguinaldo, mientras que en Jalisco señalaron que se otorgan 15 días por el mismo concepto. De acuerdo a los informantes, estas asimetrías se deben a que cada estado ha tenido la facultad de negociar internamente con su sección sindical las prestaciones que serían otorgadas al personal regularizado.

Pese a la activa participación del sindicato en el proceso de regularización y el hecho de que se realice un descuento de 2% en la nómina de los trabajadores regularizados por concepto de la cuota sindical (lo cual, según los informantes nacionales, fue acordado

desde el inicio del proceso en la CNRCRHEF), no significa que la regularización *per se* implique la sindicalización de este personal.

Regularización, salarios y recursos del SPSS

Con el propósito de conocer los efectos de la regularización en los ingresos de los trabajadores contratados con recursos del SPSS en los dos años revisados, se solicitó información sobre el salario bruto mensual^{viii} promedio para cada una de las categorías ocupacionales contratadas con recursos del SPSS, distinguiendo las diferencias entre el personal por honorarios y el regularizado.

Por lo que corresponde al ingreso promedio mensual del personal regularizado, en la tabla 2 se observa que los salarios entre las mismas categorías son similares en los nueve estados. Al comparar estos salarios promedio con los publicados en el Tabulador de Sueldos del año 2007, muchos de ellos coinciden. En los casos que no concuerdan, es posible que se deba a que son el resultado del promedio de los diferentes niveles que existen en cada categoría ocupacional, por ejemplo, en el caso de los médicos generales, existen tres grupos: A, B y C, cada uno con diferentes remuneraciones.

Esto indica que los estados han tomado la recomendación emitida por la CNRCRHEF en relación a establecer los ingresos de este personal con base en el mencionado Tabulador de Sueldos.

^{viii} Montos sin retención de impuestos. No incluye prestaciones económicas ni sociales.

Tabla 2. Salario bruto[♦] mensual promedio del personal regularizado en los SESA, con recursos del SPSS en nueve estados, 2008 y 2009

	Categoría	2008								
		BC	Camp	DF	Gro	Hgo	Jal	Mor	Qro	Zac
2008	Médico general	22,510	22,810	19,360	20,430	+	20,673	22,105	21,753	20,430
	Médico especialista	26,830	27,130	24,640	24,340	+	24,644	26,237	25,849	24,340
	Odontólogo	+	19,005	+	16,930	+	+	18,483	+	+
	Enfermera auxiliar	13,200	12,360	10,852	+	+	+	11,607	11,403	+
	Enfermera general	+	14,265	12,819	11,430	+	12,710	13,604	13,323	12,200
	Enfermera especialista	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Serv aux diagnóst y trat	+	10,713	10,745	9,743	+	+	13,368	+	+
	Personal administrativo	6,384	+	+	5,985	+	+	8,651	+	+
	Otro personal	10,084	7,970	11,360	9,590	+	+	10,298	16,080	+
	Categoría	BC	Camp	DF	Gro	Hgo	Jal	Mor	Qro	Zac
2009	Médico general	22,412	22,810	19,384	20,430	20,730	20,673	22,105	21,793	20,730
	Médico especialista	26,830	27,130	24,640	24,340	24,640	24,644	26,237	25,889	24,640
	Odontólogo	+	19,005	+	16,930	17,230	+	18,483	+	+
	Enfermera auxiliar	13,219	12,360	10,854	11,430	10,850	+	11,607	11,483	10,850
	Enfermera general	+	14,265	12,943	+	12,725	12,710	13,604	13,403	12,651
	Enfermera especialista	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Serv aux diagnóst y trat	+	10,713	9,614	9,692	+	+	13,368	+	+
	Personal administrativo	7,694	+	+	5,985	+	+	8,651	+	+
	Otro personal	10,025	7,970	11,360	+	9,500	+	10,298	12,823	+

♦ Incluye sólo sueldos

+ No hay personal contratado en esas categorías

*Incluye auxiliar de cocina, camillero, técnico en programas de salud, nutricionista, promotor en salud, afanador, psicólogo clínico, oficial de farmacia, lavandera.

**Incluye inhaloterapia, biólogo, laboratorista, técnico laboratorista, químico, técnico radiólogo.

***Incluye trabajadora social, apoyo administrativo en salud A1-A8, soporte administrativo A, jefe de servicios, auxiliar de estadística, supervisor trabajo social, subdirector médico B, jefe de estadística, jefe de enfermeras, Soporte administrativo C.

Fuente: Información proporcionada por los SESA y REPSS, 2008 y 2009

Respecto al personal bajo régimen de honorarios, en las nueve entidades federativas existen diferencias importantes en los salarios definidos para la misma categoría (tabla 3). Por ejemplo, para el año 2008 el salario bruto mensual de un médico general en Zacatecas era de \$8,950 y en Querétaro ascendía a \$21,673. En el caso de los médicos especialistas, en Hidalgo el ingreso mensual de 2008 fue de \$11,500, mientras que en Querétaro este mismo grupo percibían al mes \$25,769.

En general, el estado que reportó los salarios más bajos para todas las categorías contratadas por honorarios fue Hidalgo. Querétaro se ubicó en el extremo contrario con

los ingresos más altos de los 9 estados pero también fue el que contrató menos trabajadores en los dos años considerados en la evaluación.

Tabla 3. Salario bruto[♦] mensual promedio del personal por honorarios (no regularizado) en los SESA, contratado con recursos del SPSS en nueve estados, 2008 y 2009

	Categoría	BC	Camp	DF	Gro	Hgo	Jal	Mor	Qro	Zac
	2008	Médico general	14,045	14,200	17,363	15,633	9,900	15,369	15,272	21,673
Médico especialista		17,214	19,604	21,626	18,778	11,500	16,954	15,325	25,769	23,567
Odontólogo		+	11,936	+	13,619	8,615	13,729	+	+	+
Enfermera auxiliar		8,342	5,399	9,110	8,754	5,450	8,300	7,012	11,323	4,920
Enfermera general		+	+	11,234	9,151	6,363	10,150	8,455	13,243	7,482
Enfermera esp.		+	+	+	17,150	9,790	+	9,354	+	+
Serv aux diag y trat**		+	5,230	9,172	12,227	+	+	+	+	5,223
Administrativo ***		6,080	4,953	+	5,965	+	5,397	+	+	5,022
Otro personal *		7,721	5,330	8,315	13,661	8,756	8,302	+	18,164	4,732
2009	Categoría	BC	Camp	DF	Gro	Hgo	Jal	Mor	Qro	Zac
	Médico general	13,806	14,200	9,467	15,633	10,376	16,859	13,324	21,713	8,950
	Médico especialista	16,258	19,604	14,065	18,778	12,052	18,732	18,392	+	13,975
	Odontólogo	+	11,936	+	13,619	9,700	15,634	+	+	8,150
	Enfermera auxiliar	7,574	5,399	5,874	8,754	5,712	9,096	7,108	11,403	4,920
	Enfermera general	+	+	+	9,151	6,629	11,088	10,640	+	5,714
	Enfermera esp.	+	+	+	17,150	9,790	+	11,683	+	+
	Serv aux diag y trat	+	5,230	+	7,348	+	+	9,633	+	5,223
	Administrativo	4,874	4,953	+	5,965	+	6,350	14,414	6,170	5,496
Otro personal	9,533	5,692	5,785	13,524	6,712	10,174	11,041	17,144	4,275	

♦ Incluye sólo sueldos

+ No hay personal contratado en esas categorías

*Incluye auxiliar de cocina, camillero, técnico en programas de salud, nutricionista, promotor en salud, afanador, psicólogo clínico, oficial de farmacia, lavandera.

**Incluye inhaloterapia, biólogo, laboratorista, técnico laboratorista, químico, técnico radiólogo.

***Incluye trabajadora social, apoyo administrativo en salud A1-A8, soporte administrativo A, jefe de servicios, auxiliar de estadística, supervisor trabajo social, subdirector médico B, jefe de estadística, jefe de enfermeras, Soporte administrativo C.

Fuente: Información proporcionada por los SESA y REPSS, 2008 y 2009

En cuanto a la variación de los montos percibidos por el personal de honorarios de un año al otro, en general es posible situar a los nueve estados en tres grupos: a) los que mantuvieron los mismos salarios en los dos años (Campeche, Guerrero y Zacatecas); b) los que aumentaron en 2009 (Hidalgo, Jalisco, Morelos y Querétaro); y c) los que disminuyeron los salarios en 2009 (Baja California y Distrito Federal).

Al cuestionar a los informantes federales sobre las disparidades en los salarios del personal por honorarios, se explicó que es decisión exclusiva de las entidades federativas la fijación de montos salariales. Se mencionó que la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud sólo emite recomendaciones al respecto.

Como se puede observar en la tabla 4, al promediar el sueldo en los nueve estados evaluados que percibe cada una de las categorías ocupacionales, se observó que en el primer año, dos categorías de personal *regularizado* percibieron un salario 50% más alto que el personal del mismo grupo ocupacional contratado bajo el régimen de honorarios. Para 2009, cinco categorías rebasaron ese porcentaje. En ambos años, las enfermeras auxiliares regularizadas fueron las que presentaron la diferencia porcentual más alta con respecto a sus pares contratadas por honorarios.

Tabla 4. Salario bruto* promedio mensual del personal contratado con recursos del SPSS en los SESA por categoría ocupacional, y diferencia porcentual de los salarios por modalidad de contratación en nueve estados, 2008 y 2009

2008				2009			
Categoría	Hon	Reg	Dif %	Categoría	Hon	Reg	Dif %
Enfermera auxiliar	7,623	11,884	56	Enfermera auxiliar	7,316	11,582	58
Odontólogo	11,975	18,139	51	Serv aux diag trat **	6,859	10,847	58
Médico general	14,712	21,259	45	Médico especialista	16,482	25,443	54
Serv aux diag trat**	7,963	11,142	40	Médico general	13,814	21,230	54
Enfermera general	9,440	12,907	37	Enfermera general	8,644	13,186	53
Médico especialista	18,926	25,501	35	Odontólogo	11,808	17,912	52
Administrativo ***	5,483	7,007	28	Otro*	9,320	10,329	11
Otro*	9,372	10,897	16	Administrativo ***	6,889	7,443	8
Enfermera especialista	12,098	+	+	Enfermera especialista	12,874	+	+

• Incluye sólo sueldos

+ No hay personal contratado en esas categorías

*Incluye auxiliar de cocina, camillero, técnico en programas de salud, nutricionista, promotor en salud, afanador, psicólogo clínico, oficial de farmacia, lavandera.

**Incluye inhaloterapia, biólogo, laboratorista, técnico laboratorista, químico, técnico radiólogo.

***Incluye trabajadora social, apoyo administrativo en salud A1-A8, soporte administrativo A, jefe de servicios, auxiliar de estadística, supervisor trabajo social, subdirector médico B, jefe de estadística, jefe de enfermeras, Soporte administrativo C.

Fuente: Información proporcionada por los SESA y REPSS, 2008-2009

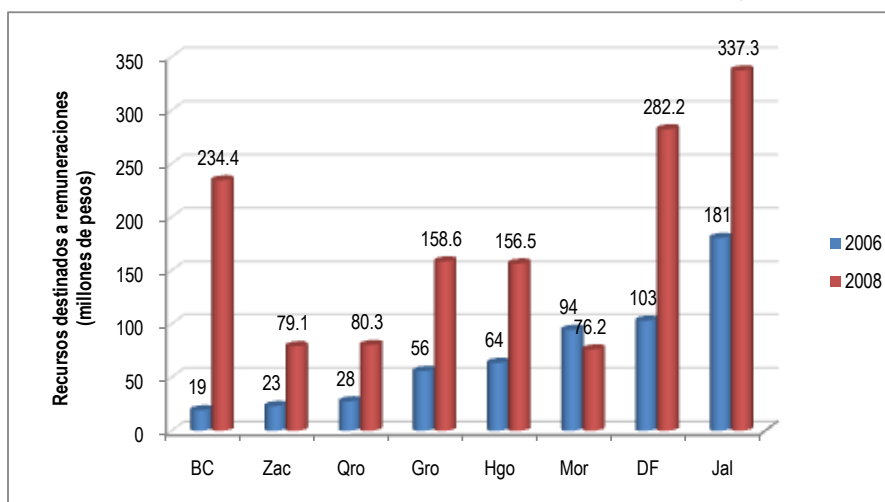
Los datos anteriores muestran una importante diferencia salarial entre el personal contratado por honorarios y los trabajadores *regularizados*, a favor de estos últimos. Por lo tanto es posible pensar que el proceso de regularización tuvo efectos en la cantidad

de recursos del SPSS que los estados destinaban al pago de personal, ya que, al aumento observado en los sueldos, se debe sumar el incremento por concepto de las prestaciones otorgadas a este personal.

Con el propósito de observar las modificaciones en el gasto del SPSS en RH antes y después de la regularización, se buscó información sobre los montos que en 2006 (año de gestación del proceso de regularización) habían aplicado a este rubro en ocho de los nueve estados incluidos en la evaluación^{ix}, y se comparó con los datos correspondientes del 2008 (año en que se regularizó a la mayor parte de los trabajadores incluidos en la primera etapa).

Se encontró un aumento en el pago de remuneraciones en siete estados (gráfica 1). Sólo Morelos disminuyó su gasto en la contratación de personal. El estado que presenta el incremento más importante es Baja California, cuyo monto en 2008 fue 12 veces mayor que en 2006. El D.F., Guerrero, Hidalgo, Querétaro y Zacatecas prácticamente triplicaron lo erogado en 2006, mientras que Jalisco lo duplicó.

Gráfica 1. Recursos destinados a remuneración del personal contratado con fondos del SPSS en ocho estados, 2006-2008



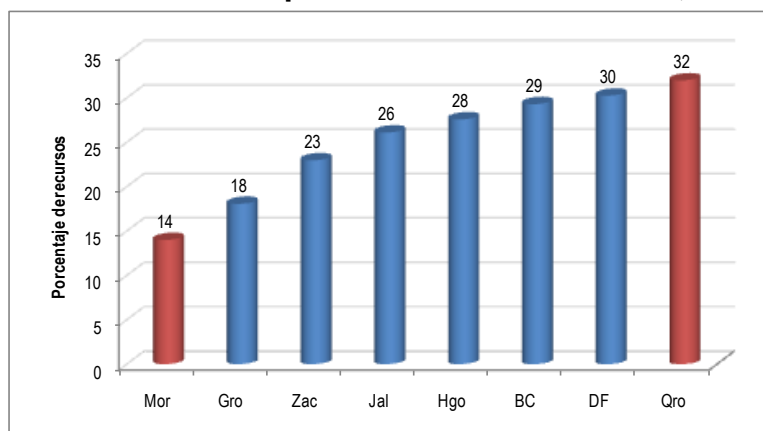
Fuente: Información proporcionada por la CNPSS, 2010.

^{ix} No se presenta información del estado de Campeche, ya que, de acuerdo a la CNPSS, el estado no ha presentado los reportes correspondientes al año 2008.

Por otra parte, se indagaron los criterios para definir el número de trabajadores por regularizar. En todos los casos se hizo referencia al tope fijado en el Anexo IV del acuerdo de coordinación (apartado B, numeral 1 *Remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de servicios de atención médica a los beneficiarios del Sistema*), en el cual se establece que el monto total para la contratación de personal directamente involucrado en la prestación del CAUSES, será hasta un 40% de los recursos transferibles del SPSS, de acuerdo con lo establecido en el PEF de 2008. Por lo tanto, el número de personas a regularizar, así como para contratar, estaba sujeto a la suficiencia presupuestal.

A fin de conocer si lo dispuesto en dicho anexo efectivamente era respetado en los estados, se estimó el porcentaje que cada entidad destinó a la contratación de personal respecto a los recursos transferidos del SPSS en 2008. Se constató que los ocho estados de los que se pudo obtener información, aplicaron porcentajes menores del 40% en este concepto, siendo Querétaro el estado con el gasto más alto en este rubro (32%); mientras que Morelos obtuvo el porcentaje más bajo con 14% (gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de recursos federales transferidos* dirigidos a la remuneración de personal en ocho estados, 2008

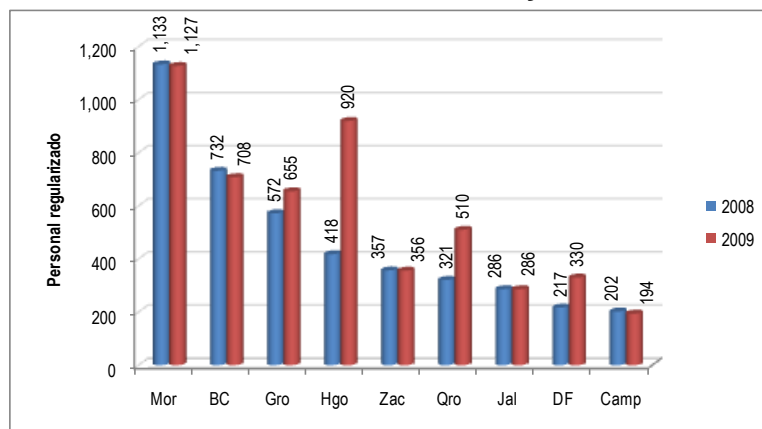


Fuente: Estimaciones propias a partir de información proporcionada por la CNPSS, 2010.
 * Se refiere a la suma de la Aportación Federal Solidaria y la Cuota Social

En cuanto al número de personas regularizadas en las nueve entidades en el año 2008 se reportaron 4,238 y en 2009 aumentó a 5,086 trabajadores, lo que representó un

incremento porcentual del 20% respecto al año anterior. En el primer año, los estados que regularizaron más trabajadores fueron Morelos y Baja California y en 2009 Morelos se mantuvo junto con Hidalgo (gráfica 3).

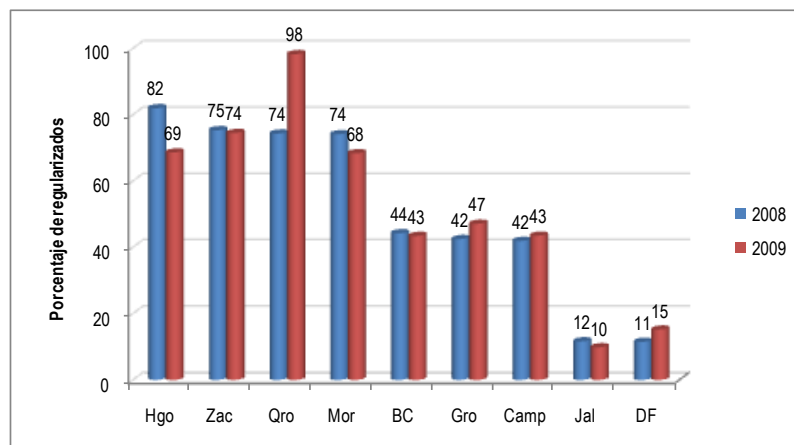
Gráfica 3. Personal regularizado con recursos del SPSS en nueve estados, 2008 y 2009



Fuente: Información proporcionada por la CNPSS, 2010.

En términos porcentuales, en ambos años los estados que registraron los números más altos (alrededor del 70%) en relación al total de personal contratado con recursos del SPSS, fueron Hidalgo, Zacatecas, Querétaro y Morelos, mientras que en el extremo contrario se encontró a Jalisco y el D.F. (gráfica 4).

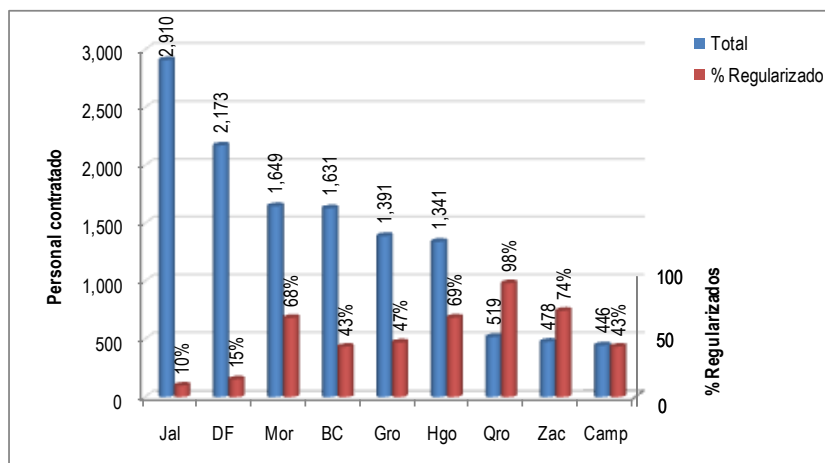
Gráfica 4. Porcentaje de personal regularizado en relación al total contratado con recursos del SPSS en nueve estados, 2008 y 2009



Fuente: Información proporcionada por la CNPSS, 2010.

Llama la atención que tres de los cuatro estados que más trabajadores regularizan (Hidalgo, Zacatecas y Querétaro) son también de los que registran el número más bajo de contrataciones con recursos del SPSS, mientras que los dos estados que regularizan a menos personal son las entidades que contratan a mayor número de trabajadores con estos recursos, lo que podría indicar una relación inversamente proporcional entre el número de contrataciones y la regularización del personal (gráfica 5). Esto podría deberse a que el costo del personal regularizado es más alto que el del personal por honorarios, lo que disminuye el número de contrataciones ya que este debe ajustarse al límite de recursos destinados a la remuneración del personal.

Gráfica 5. Relación entre el porcentaje de personal regularizado y el número de personal contratado con recursos del SPSS en nueve estados, 2009



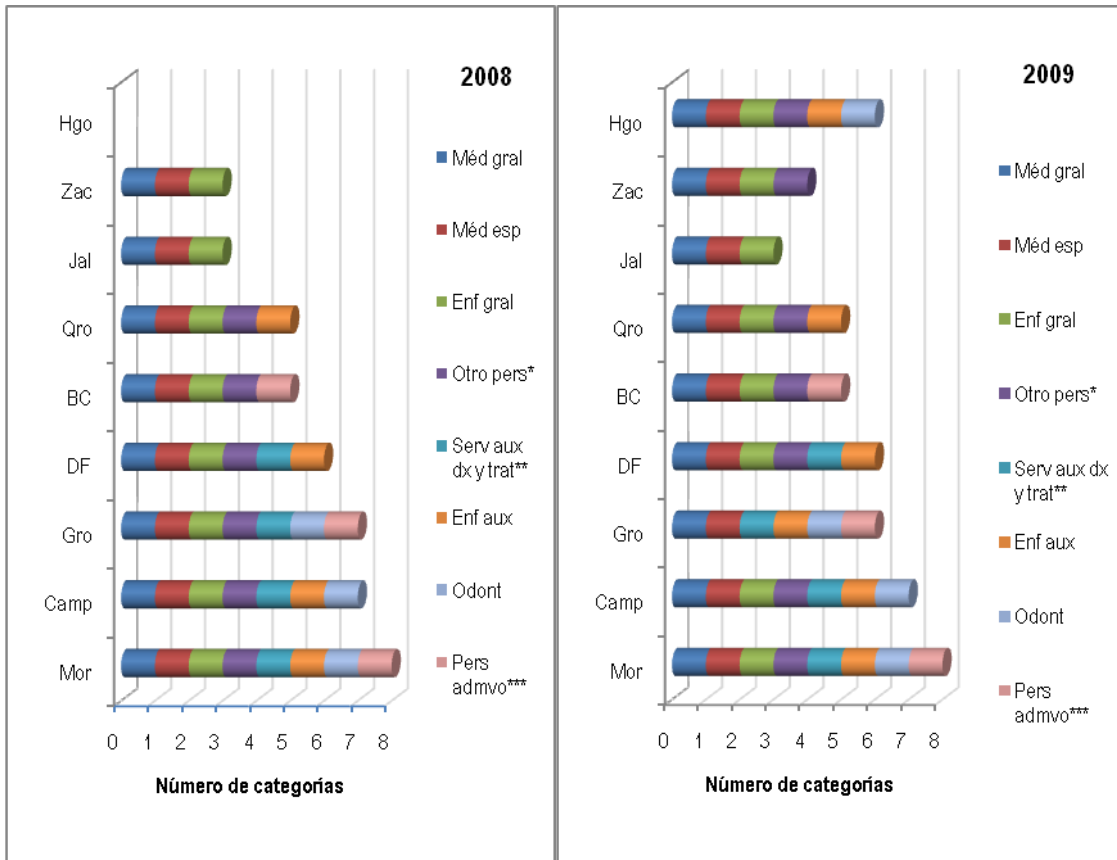
Fuente: Información proporcionada por la CNPSS, 2010.

En cuanto a la selección de las categorías ocupacionales regularizadas, en los nueve estados los informantes declararon haber cumplido con las indicaciones emitidas por la CNRCRHEF, en relación a regularizar a médicos y enfermeras, sin embargo, en 7 estados se regularizó a personal de otras categorías.^x En el año 2008, Zacatecas y Jalisco fueron las únicas entidades que se limitaron a regularizar las categorías recomendadas, mientras que en 2009 sólo lo hizo Jalisco (gráfica 6). En los otros

^x Afanador, apoyo administrativo A1-A8 A -C, auxiliar de cocina, auxiliar de estadística, biólogo, camillero, inhaloterapia, jefe de enfermeras, jefe de estadística, jefe de servicios, laboratorista, lavandera, nutricionista, oficial de farmacia, promotor en salud, psicólogo clínico, químico, supervisor de trabajo social, técnico en programas de salud, técnico laboratorista, técnico radiólogo, trabajadora social .

estados, los informantes justificaron la regularización de estos códigos al argumentar que la CNRCRHEF sólo les dio la indicación de priorizar la regularización de médicos y enfermeras, sin embargo, no se especificó que se limitara a estas categorías.

Gráfica 6. Categorías de personal regularizadas en nueve estados, 2008 y 2009



Fuente: Información proporcionada por los SESA y REPSS, 2009.

*Incluye auxiliar de cocina, camillero, técnico en programas de salud, nutricionista, promotor en salud, afanador, psicólogo clínico, oficial de farmacia, lavandera.

**Incluye inhaloterapia, biólogo, laboratorista, técnico laboratorista, químico, técnico radiólogo.

***Incluye apoyo administrativo en salud A1-A8, soporte administrativo A, jefe de servicios, auxiliar de estadística, supervisor trabajo social, trabajadora social, subdirector médico B, jefe de estadística, jefe de enfermeras, soporte administrativo C.

Algunas dificultades de la regularización

El problema mencionado con mayor frecuencia por los informantes estatales al inicio del proceso, fue la ambigüedad y/o falta de información transmitida desde el nivel nacional al estatal, particularmente sobre los criterios de selección del personal a regularizar lo cual generó confusión entre algunos de los actores involucrados (directivos, trabajadores y sindicato). En uno de los estados, incluso se especuló sobre la transparencia del proceso:

“Se han escuchado comentarios [en el sentido de que] el proceso de regularización se ha realizado sin criterios claros y que ha beneficiado a los profesionales que tienen algún vínculo familiar con trabajadores de la Secretaría de Salud” [MC-E2-B]

Otra dificultad, fue la falta de recursos financieros por parte de las entidades para cubrir el incremento en la nómina por el pago de los beneficios y prestaciones otorgadas al personal regularizado. En tres estados (Hidalgo, Morelos y Querétaro) los informantes atribuyeron la responsabilidad de esta falta de solvencia a la SHCP, ya que, según sus testimonios, la SHCP inicialmente se había comprometido a aportar los recursos para cubrir el costo de la regularización, y al final esto no sucedió. A este respecto, en Zacatecas se encontraron testimonios donde se reconocía una fuente de financiamiento tripartita conformada por recursos propios de los Servicios de Salud, el SPSS y la SHCP, sin embargo enfatizaron que este financiamiento sólo se manejó durante el primer semestre del proceso. Por su parte, informantes de Jalisco afirmaron que el pago de las prestaciones al personal regularizado no le afectó al estado debido a que se tomaron las medidas presupuestarias correspondientes.

“No tuvieron problema porque ellos [los Servicios de Salud de Jalisco] sabían que en algún momento deberían cubrir ese pago, por lo que desde el principio de la regularización ahorraron dinero” [MC-E2-J]

En relación al Sindicato, sólo en dos entidades se registraron conflictos con sus representantes sindicales debido al incorrecto manejo de la información hacia el personal regularizado, al que, por un lado, le han generado falsas expectativas sobre la

posibilidad de obtener una base en el corto plazo, y por otro, les han hecho sentir personal sindicalizado con plena protección. Sin embargo, el personal directivo de los nueve estados aseguró que el personal regularizado no está sindicalizado y que de ninguna manera tienen la posibilidad inmediata de obtener una base.

“...en el estado aplicamos el descuento [de la cuota sindical] sin ninguna promesa de basificación por parte de la autoridad...posiblemente el sindicato haga esas promesas, pero eso es algo que queda fuera de nuestro control.” [MC-E1-H]

Otro motivo de conflicto mencionado en algunos estados, fue el relacionado con los ingresos del personal regularizado. El hecho de que el salario del personal regularizado se estableciera a pie de rama, redujo la cantidad líquida pagada a los trabajadores contratados por honorarios bajo un código más alto. Además, se mencionó que el tabulador de sueldos que aplica a los regularizados corresponde al año 2007. La conjugación de ambos factores ha generado inconformidad entre los trabajadores afectados.

2.2 Percepciones sobre las diferencias en la productividad entre personal con distintas modalidades de contratación

Existe una amplia discusión en la literatura internacional sobre la forma de conceptualizar y medir la productividad del personal de salud. Vale la pena señalar que, para efectos de la presente evaluación, se considera a la productividad como un indicador fundamental del desempeño^{xi} entendido éste como un conjunto de actividades relacionadas a la capacidad de los trabajadores de participar como un factor productivo en la prestación de servicios por parte de las instituciones de salud. Por lo tanto, la productividad debe entenderse como un factor más del desempeño. En distintos sectores de la economía, la productividad se mide de manera preponderante con

^{xi} En el Informe Mundial de la Salud 2006, la OMS plantea que la productividad “Alude a la producción de servicios de salud eficaces y resultados sanitarios al máximo nivel posible dado el personal disponible, así como a la racionalización del uso del tiempo o las capacidades del personal.”

indicadores cuantitativos. Lo mismo se ha intentado en el sector salud al considerar, por ejemplo, el número de consultas de un médico al día o el número de cirugías por quirófano.

Como parte de los objetivos de esta evaluación, se trató de conocer las diferencias en la productividad, indagando con los informantes clave su opinión sobre este tema, entre personal con distintas modalidades de contratación. Cabe remarcar que se trató de un ejercicio cualitativo que se centra más en la percepción de los informantes sobre la productividad y no en la medición de la productividad en sí misma.

A los entrevistados se les preguntó su opinión sobre la productividad del personal de base, del personal *regularizado* y del contratado por honorarios, especificando que en sus opiniones consideraran indicadores como número de consultas, récord de asistencia, puntualidad y número de expedientes clínicos integrados.

Como parte de los resultados de las entrevistas, se puede afirmar que la mayoría de los informantes consideró que sí existen diferencias en la productividad del personal, principalmente entre aquellos que tienen contrato por honorarios versus los que han sido *regularizados* y los que cuentan con una base. En general, se planteó que los primeros son más productivos en comparación con el resto.

Sin embargo, un aspecto diferencial de estas opiniones es que la percepción de que existe una mayor productividad entre el personal contratado por honorarios predomina entre los directivos, mientras que entre el personal operativo (tanto en el ámbito rural como urbano) la situación es distinta, ya que la mayoría estima que no existen diferencias en productividad determinadas por el tipo de contratación. Esto se puede observar de manera resumida en la siguiente tabla.

Tabla 5. Percepciones sobre diferencias en la productividad derivadas por la modalidad de contratación

Estados	Informantes				Gestor médico
	Director REPSS	Director RH	Personal operativo		
			Urbano	Rural	
Baja California	✓	✓	x	x	x
Campeche	✓	✓	-	x	x
DF	✓	x	✓	x	✓
Guerrero	✓	✓	✓	x	✓
Hidalgo	-	✓	✓	x	-
Jalisco	✓	✓	x	x	✓
Morelos	-	✓	x	✓	x
Querétaro	✓	✓	-	-	-
Zacatecas	✓	✓	x	x	x

✓ = Sí x = No - = Sin opinión

Fuente: Informantes clave en los estados

Resulta importante señalar algunos de los argumentos que los informantes plantean en su valoración de la productividad. En general, se considera que tener mayor seguridad en el empleo^{xii} implica una disminución en la responsabilidad y en el cumplimiento de tareas. Mientras más se acerca el trabajador a una condición de estabilidad en el empleo, la actitud del trabajador ante sus responsabilidades laborales se modifica y una de las consecuencias de este cambio es la disminución de la productividad. Por el contrario, cuando el empleado tiene inestabilidad laboral busca cumplir totalmente en sus labores ante el temor de perder el empleo. En la siguiente tabla se reproducen opiniones textuales de algunos de los informantes de los distintos estados.

Tabla 6. Testimonios sobre la productividad y el tipo de contratación del personal

Estados	Testimonios
Baja California	<i>El personal por honorarios se siente más exigido. Por el temor a ser despedido se esfuerzan más en el trabajo.</i>
Campeche	<i>El personal [regularizado], al sentirse más seguro deja de echarle ganas. Se aprende todos sus derechos rápidamente pero se les olvidan todas las obligaciones. Se repite la historia del Programa de Ampliación de Cobertura.</i>

^{xii} No es el punto central de este capítulo, sin embargo es conveniente recordar que, en términos estrictamente apegados a la legislación laboral, los trabajadores regularizados NO cuentan con una contratación indefinida y permanente. Esto es válido incluso para los trabajadores de base sindicalizados quienes puede perder su empleo de manera justificada si incurren en alguna de las causales establecidas en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y en las mismas Condiciones Generales de Trabajo, firmadas de manera bilateral entre la SSA y el SNTSS.

Estados	Testimonios
DF	<i>Los de honorarios son más productivos. Hay una queja de su parte por estar contratados así, dicen que el sindicato se aprovecha y sus afiliados faltan a sus labores, sobre todo en primer nivel de atención.</i>
Guerrero	<i>El personal en situación precaria [honorarios] tiene una mayor producción en las diferentes unidades sanitarias. Parece que el personal que tiene cierta estabilidad o que tiene la defensa del sindicato disminuye su auto exigencia en la producción.</i>
Hidalgo	<i>Sí hay diferencia en la productividad de los trabajadores. A un trabajador de contrato [honorarios] se le exige más y gana menos. Un trabajador de base se ampara en el sindicato y falta. Eso impacta en la productividad porque el de contrato es quien realiza las actividades que ese día le correspondían al trabajador de base.</i>
Jalisco	<i>Al final de cuentas una tendencia histórica es que los de honorarios son los que más trabajan.</i>
Morelos	<i>Se comienza a notar una diferencia, principalmente entre los médicos regularizados, quienes faltan más y consiguen frecuentemente sospechosas incapacidades otorgadas por médicos del ISSSTE. El personal por honorarios muy rara ocasión falta a sus labores.</i>
Querétaro	<i>En el caso del personal regularizado, cuando están sin base son más productivos, pero cuando ya la tienen “se contaminan”. Cuando empiezan a tener derechos baja su productividad.</i>
Zacatecas	<i>Son más productivos por contrato [honorarios]. No estoy conforme con el proceso de regularización porque baja la productividad.</i>

Fuente: Informantes clave en los estados.

Como se puede observar, las opiniones de diversos informantes son altamente coincidentes en el sentido de que los trabajadores con contrato por honorarios son aquellos con mayor productividad. Este patrón debe confirmarse a través de indicadores duros en próximas evaluaciones. Sin embargo, si así fuera el caso, el fenómeno representa un reto mayor para los directivos y gerentes de los sistemas estatales de salud para generar mecanismos e incentivos apropiados para que la productividad del personal se mantenga en un nivel óptimo. Desde luego la productividad no es el único indicador importante en el desempeño del personal, ya que también la calidad de la atención –otro factor del desempeño- juega un papel fundamental en el logro de metas sanitarias y ambos pueden ser promovidos a través de los mismos incentivos.

2.3 Contratación de personal en los SESA con recursos del SPSS

Los acuerdos de coordinación que se firman entre la CNPSS y las entidades federativas para la ejecución del SPSS contienen cuatro anexos donde se especifican las intervenciones contempladas en el CAUSES (Anexo I), las metas de afiliación (Anexo II), los recursos presupuestales para el SPSS (Anexo III), y los conceptos de gasto

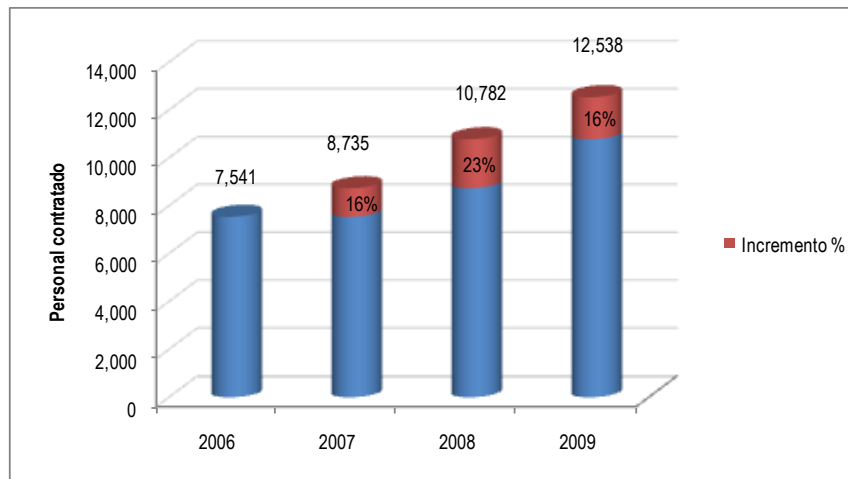
(Anexo IV). En este último, además de designarse el porcentaje de recursos permitido para la contratación del personal, se hace referencia al “personal directamente involucrado en la prestación de servicios de salud incluidos en el CAUSES” y enuncia a tres profesionales de la salud: médicos generales, médicos especialistas y enfermeras.

Con el propósito de conocer si los criterios primordiales para definir tanto el volumen como la categoría ocupacional que se contrata con recursos del SPSS en los estados, eran los referidos en el citado anexo, se preguntó al personal directivo, tanto de los REPSS como de los SESA, sobre el total de personal sin diferenciar modalidades de contratación.

Respecto al número de contrataciones, en ambas instancias se hizo referencia al límite del 40% de los recursos transferidos, fijado en el Anexo IV. Como se anotó en el apartado sobre regulación, en ocho de los nueve estados de los que se obtuvo información para el año 2008, no sólo se respetó el tope establecido, sino que en siete entidades su gasto en remuneraciones se ubicó por debajo del 30%.

De acuerdo a la información proporcionada por la CNPSS, en el año 2008, para los nueve estados de la muestra se contrató un total de 10,782 trabajadores con recursos del SPSS. Para el siguiente año, esta cifra aumentó en 1,756 individuos para llegar a las 12,538 personas. Si se comparan los totales de contratación de los años 2006 al 2009, se puede observar en todos los años un aumento, sin embargo estas cifras no representan una tendencia sostenida (gráfica 7). En 2007, se presentó un incremento porcentual del 15.8%, en 2008 esta cifra llegó al 23.4%, pero en 2009, nuevamente se situó alrededor del 16%. Este decremento porcentual en las contrataciones puede ser producto del incremento en la nómina generado en 2008 a partir del proceso de regularización, ya que el costo por trabajador aumentó y por lo tanto el número de contrataciones tuvo que disminuir.

Gráfica 7. Porcentaje de incremento en la contratación de personal contratado con recursos del SPSS en los SESA de nueve estados, 2006-2009

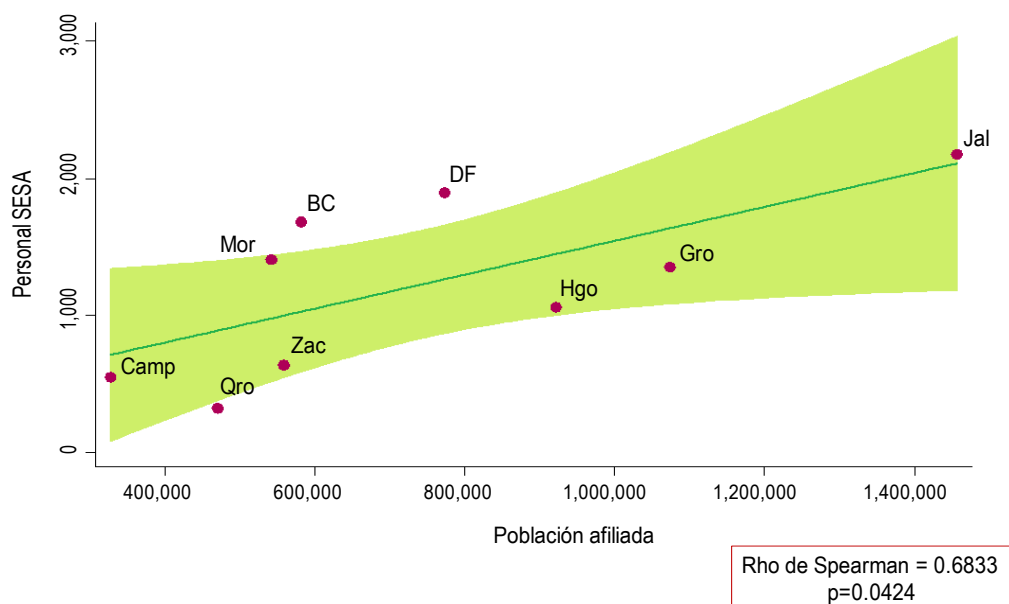


Fuentes: Información proporcionada por la CNPSS, 2010. INSP. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos administrativos, 2008.

Con el propósito de conocer si en efecto la contratación de personal con recursos del SPSS está relacionada con la demanda de atención, en términos numéricos, se trató de buscar la existencia de alguna asociación entre el total de personal contratado con recursos del SPSS y su población afiliada.

Como se observa en la gráfica 8, en el año 2008 se encontró una relación positiva entre el número personal y la población beneficiaria del SPS (Rho de Spearman=0.6833 $p=0.0424$), la cual muestra que a mayor volumen de afiliación, existe un mayor volumen de contratación de personal de salud. Los estados que se ubicaron fuera del área sombreada fueron Querétaro, Baja California y el Distrito Federal (gráfica 8). El primero contrata un volumen bajo de personal en relación la población afiliada y los otros dos contratan un volumen alto de personal respecto a la población afiliada.

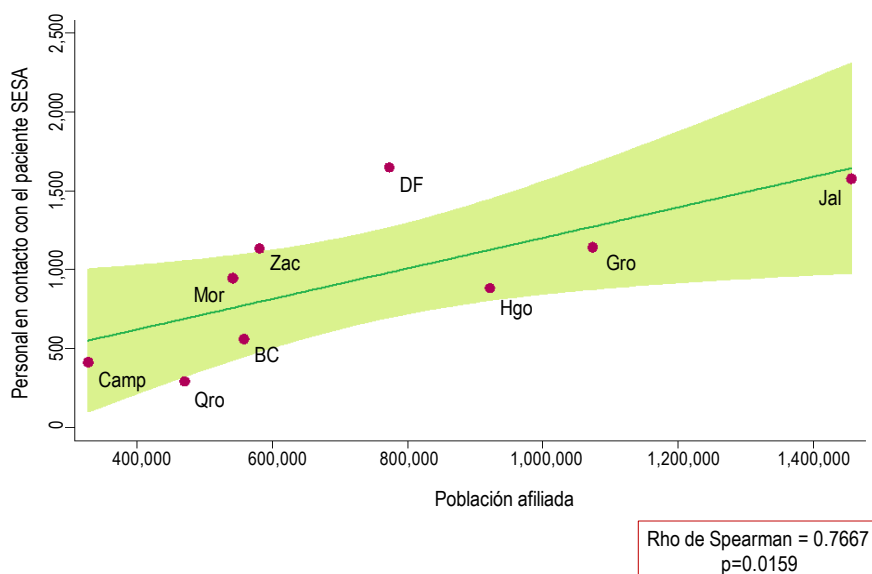
Gráfica 8. Relación entre el total de afiliados y el personal contratado en los SESA con recursos del SPSS en 9 estados, 2008



Fuente: Información proporcionada por los SESA y REPSS, 2009.

De igual forma, si se considera exclusivamente al personal en contacto con el paciente (médicos generales y especialistas; enfermeras auxiliares, generales y especialistas; odontólogos, biólogos, laboratoristas, técnicos laboratoristas, químicos, técnicos radiólogos e inhaloterapistas) es posible identificar una fuerte correlación positiva (Rho de Spearman = 0.7667; $p = 0.0159$) del conjunto de entidades en relación a la población afiliada. En la gráfica 9 se observa que el Distrito Federal es la única entidad fuera del área sombreada al reportar 1,647 trabajadores para la atención de 773,299 beneficiarios, mientras que Jalisco, con casi el doble de población afiliada, registra prácticamente el mismo número de trabajadores en contacto con el paciente.

Gráfica 9. Relación entre el total de afiliados y el personal en contacto con pacientes* contratado en los SESA con recursos del SPSS en 9 estados, 2008



* Incluye médicos generales y especialistas, odontólogos, enfermeras auxiliares, generales y especialistas, personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento
Fuente: Información proporcionada por los SESA y REPSS, 2009.

Con relación a la definición de los grupos ocupacionales que se contratan, en los SESA mencionaron que deben ser los códigos incluidos en la rama médica, paramédica y afín del Catálogo de puestos de la Secretaría de Salud, los cuales efectivamente concuerdan con los tres grupos mencionadas en el Anexo IV. En los REPSS, además de este criterio, se mencionó el diagnóstico de necesidades que realizan las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, en el cual se especifica el tipo de personal necesario para atender la demanda de la población.

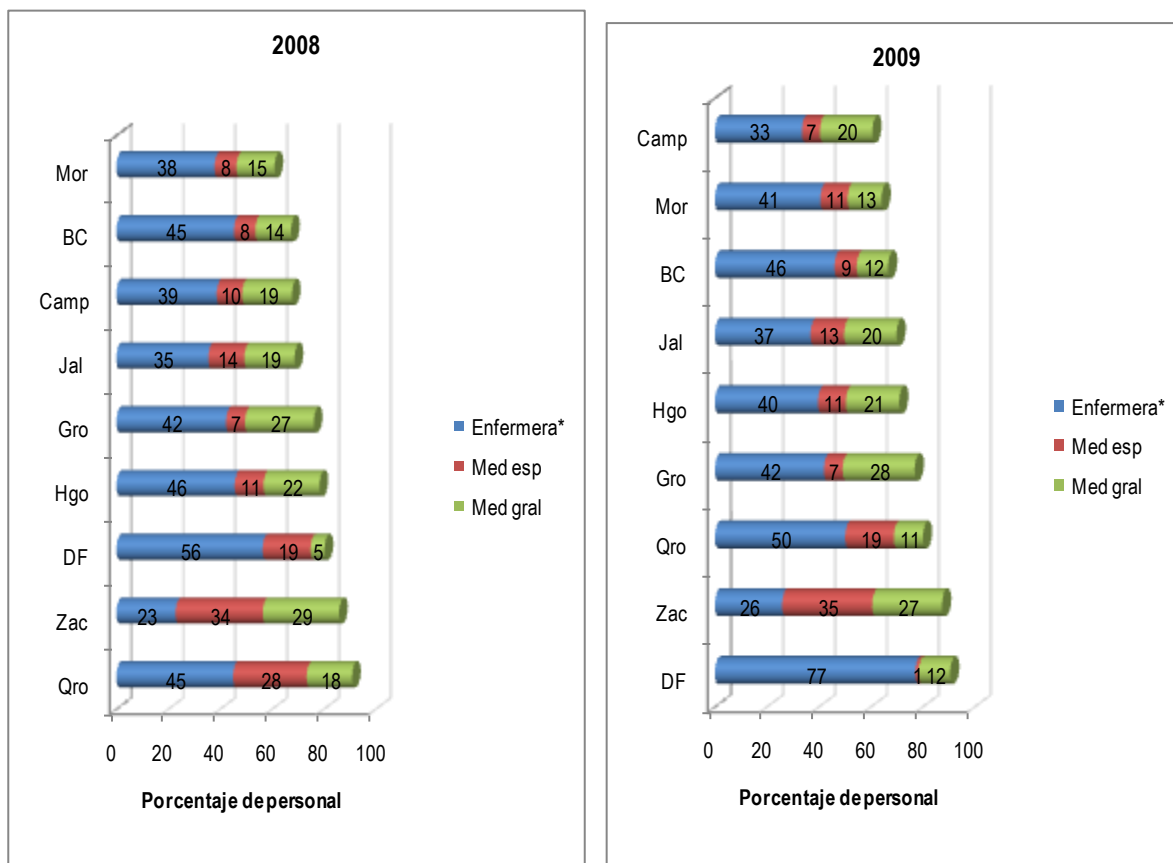
Con el propósito de observar si los criterios mencionados eran cumplidos, se solicitó a las entidades información sobre el total de recursos humanos contratados con recursos del SPSS y su distribución por categoría ocupacional.

Tanto en 2008 como en 2009, los estados reportaron la contratación de enfermeras, médicos generales y médicos especialistas. En el primer año, al sumar el porcentaje que representa cada una de estas categorías en el total contratado con recursos del SPSS por estado, el resultado más bajo se encontró en el estado de Morelos con 61%,

mientras que el más alto fue el de Querétaro, con el 91%. En el 2009, se presentan los porcentajes máximo y mínimo son los mismos, pero en este año fueron ostentados por D.F. y Campeche, respectivamente (gráfica 10).

Los altos porcentajes encontrados en ambos años muestran que en todas las entidades se prioriza la contratación de las categorías consideradas como directamente involucradas con las intervenciones del CAUSES.

Gráfica 10. Porcentaje de contratación de enfermeras, médicos generales y especialistas con recursos del SPSS, 2008 y 2009



Fuente: Información proporcionada por los SESA y REPSS, 2009.

*Incluye enfermeras auxiliares, generales y especialistas.

2.4 Percepciones acerca del conocimiento del personal operativo sobre el SPSS

La operación adecuada del SPSS depende, en gran medida, del conocimiento técnico que el personal tenga del sistema. La presente evaluación incluyó entre sus objetivos indagar sobre el conocimiento general del personal sobre el Sistema de Protección Social de Salud y algunos de sus componentes fundamentales. A los prestadores de servicios también se les preguntó si han recibido capacitación para la operación del SPSS o no, con el fin de indagar sobre acciones de los SESA y/o los REPSS en ese sentido, lo cual está contemplado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. Al mismo tiempo se les pidió que mencionaran algunos temas sobre los cuales les interesa ser capacitados.

Entre el personal operativo de centros de salud urbanos (POU), rurales (POR) y los gestores médicos que se ubican en unidades de segundo o tercer nivel de atención que fueron entrevistados en los nueve estados, se indagó su conocimiento sobre tres aspectos que se consideraron fundamentales para el funcionamiento del SPSS:

- a) Población objetivo del SPSS. El desconocimiento al respecto, por parte de prestadores de servicios, puede generar falsas expectativas entre los usuarios.
- b) Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES). Su conocimiento implica el manejo de las diversas intervenciones que incluye el Catálogo, además del medicamento al que los afiliados pueden acceder.
- c) Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Su conocimiento y manejo adecuado puede ser determinante en la atención de los afiliados, frente a problemas de salud que implican grandes gastos.

En cuanto a la población objetivo del SPSS, la mayoría de personal operativo identificó con claridad quiénes son los beneficiarios. Sólo en tres casos (dos en Querétaro) se

consideró que es para toda la población mexicana, incluyendo la afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social u otras instituciones de seguridad social (tabla 7).

Tabla 7. Población objetivo del SPSS

Estados	Gestores	POU	POR
BC	✓	✓	✓
Campeche	✓	✓	✓
DF	✓	✓	✓
Guerrero	✓	✓	✓
Hidalgo	✓	✓	✓
Jalisco	✓	✓	✓
Morelos	✓	x	✓
Querétaro	x	✓	x
Zacatecas	✓	✓	✓

✓ = La identifica totalmente x = No la identifica

Fuente: Informantes clave en los estados

Todos los gestores médicos conocen el CAUSES, mientras que la mayoría del personal operativo no lo identificó, particularmente en los centros de salud rural (tabla 8). El desconocimiento se da respecto al significado mismo de CAUSES así como de las intervenciones que contiene. La falta de conocimiento en centros rurales puede explicarse debido a que en este tipo de unidades predominan los médicos pasantes, que antes de ser adscritos reciben una capacitación intensiva de todos los programas de la Secretaría de Salud, sin posibilidades de profundizar específicamente en cada uno de ellos.

Tabla 8. Conocimiento del CAUSES

Estados	Gestores	POU	POR
BC	✓	x	x
Campeche	✓	x	x
DF	✓	✓	✓
Guerrero	✓	✓	x
Hidalgo	✓	✓	✓
Jalisco	✓	✓	x
Morelos	✓	✓	x
Querétaro	✓	x	x
Zacatecas	✓	✓	x

✓ = Lo conoce x = No lo conoce

Fuente: Informantes clave en los estados

Una situación similar se identificó en relación al conocimiento del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (tabla 9).

Tabla 9. Conocimiento del FPGC

Estados	Gestores	POU	POR
BC	✓	x	x
Campeche	✓	x	x
DF	✓	-	✓
Guerrero	✓	✓	x
Hidalgo	✓	x	✓
Jalisco	✓	x	x
Morelos	✓	✓	x
Querétaro	✓	x	x
Zacatecas	✓	✓	x

✓ = Lo conoce x = No lo conoce

Fuente: Informantes clave en los estados

También se cuestionó a los informantes si habían recibido algún tipo de capacitación enfocada en el SP, ante lo cual una tercera parte contestó en sentido negativo. Esta acción es reconocida más por los gestores médicos y en menor medida por el personal de las unidades rurales (tabla 10).

Tabla 10. ¿Han recibido capacitación sobre el SPS?

Estados	Gestores	POU	POR
BC	✓	x	x
Campeche	✓	x	x
DF	✓	✓	✓
Guerrero	✓	✓	x
Hidalgo	✓	✓	✓
Jalisco	✓	✓	x
Morelos	✓	✓	x
Querétaro	✓	x	x
Zacatecas	✓	✓	x

✓ = Sí x = No

Fuente: Informantes clave en los estados

Respecto a los temas sobre los cuáles debería recibir capacitación el personal operativo, se encontraron diferencias entre los gestores médicos y el personal que labora en las unidades de primer nivel (tabla 11), lo cual se puede explicar por el distinto tipo de funciones que cada grupo desempeña. Lo mencionado por ambos grupos resulta ilustrativo, en el sentido que proponen se aborden aspectos clave en la operación del SPSS.

Tabla 11. Demanda de capacitación del personal operativo y gestores médicos

Personal operativo	Gestores médicos
<ul style="list-style-type: none"> • CAUSES (actualización, tipo de cobertura) • Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos • Derechos y obligaciones de los afiliados • Marco legal del SPS y SPSS • Medicamentos • APS por grupos etarios • Procesos de afiliación al SPS 	<ul style="list-style-type: none"> • CAUSES • SPS en general • Calidad (trato) • Sistema de referencia y contra referencia • Casos inter estatales • Casos clínicos

Fuente: Informantes clave en los estados

En la evaluación del SPSS 2007 se encontró que temas como el CAUSES habían ameritado sesiones de capacitación en todos los estados, sin embargo los resultados de un sondeo indicaron que en ese año el tema CAUSES era uno de los más ignorados entre el personal operativo. Esta situación se repite de nuevo, tanto en su desconocimiento como entre las expectativas del personal para que se incluya en la capacitación.

3. Discusión

Los recursos humanos y su participación en el SPSS ha sido un tema controvertido en varios sentidos. Una de los principales cuestionamientos, a nivel federal y estatal, es el hecho mismo de la contratación del personal con recursos del Sistema y el monto creciente de recursos financieros destinados al pago de nómina. Algunos argumentos críticos se soportan en el *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud*, en el cual no se contempla en lo absoluto la contratación de recursos humanos, ni mucho menos el destino de recursos financieros del SPSS para el pago de los mismos.

Es decir, el marco regulatorio, legal y normativo en torno al SPSS (desde la misma modificación al artículo 4º Constitucional) no considera que el Sistema de Protección Social, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud o los REPSS, sean las instancias que deban financiar la contratación de RH para la prestación de los servicios

de salud a la población afiliada. Lo anterior es un factor que debe estar presente en la definición de políticas y estrategias para los RH en el sector salud.

A pesar de lo aquí anotado, es una realidad que el soporte financiero para la contratación y regularización de una importante cantidad de RH ha sido el SPSS.^{xiii} En este marco, entre los años 2007 y 2009 la situación ha experimentado un cambio de la mayor trascendencia que tenderá a generar diversos efectos en los próximos años. Este giro se ha dado a partir de la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas, coloquialmente conocido como el proceso de *regularización*.

Si bien el proceso de *regularización* fue concertado a nivel federal entre diversos actores institucionales incluyendo la Secretaría de Salud, la CNPSS, la SHCP y el propio Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud, su implementación a nivel estatal no ha sido homogénea y, a la fecha, algunos actores de entidades federativas manifiestan dudas sobre su valor estratégico en la mejora del desempeño de los sistemas estatales de salud.

Para el cierre del año 2009, la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud estimaba que los servicios de salud en los estados habían regularizado alrededor de 70,000 trabajadores de diversos niveles, de los cuales, de acuerdo con los datos proporcionados con la CNPSS, arriba de 24 mil fueron regularizados con recursos del Sistema de Protección Social en Salud. El proceso de *regularización* implicó otorgar prestaciones laborales al personal, así como ampliar la temporalidad del vínculo laboral. Los datos obtenidos en los estados sin embargo muestran que la meta de regularizar 70,000 trabajadores no se había cumplido para fines de 2009. Las razones de este fenómeno son variadas pero dado que el costo de la regularización ha recaído completamente en la capacidad financiera del SPSS, su

^{xiii} De acuerdo a distintos informantes, ante las exigencias de la nueva Ley del ISSSTE y las limitaciones presupuestales del gobierno federal, se optó por recurrir a los fondos del SPSS para responder a las necesidades de contratación en general y de los nuevos costos que ha implicado la regularización del personal en los SESA.

ejecución requiere todavía de superar trámites administrativos y resistencias de los administradores quienes ven la regularización como un proceso que atenta contra la capacidad de utilizar los fondos asignados para cumplir con metas sustantivas (afiliación, prestación de servicios, etc.).

Los efectos de este proceso han sido variados pero se pueden sintetizar en dos grandes categorías. Una de ellas se relaciona con el impacto de la *regularización* sobre la disponibilidad de recursos financieros de los REPSS y la capacidad de producir servicios una vez completado el proceso; una segunda categoría de efectos está vinculada al comportamiento y actitud de los trabajadores ante las nuevas condiciones de contratación.

De acuerdo a los testimonios de los informantes clave, entre 2008 y 2009 el gasto en el capítulo 1000 (destinado al pago de la nómina) se ha incrementado a nivel nacional, debido a la *regularización* de los trabajadores. Este incremento, aunado al tope de 40% en el uso de recursos para el pago al personal establecido en el anexo IV del Acuerdo de Coordinación entre la CNPSS y la secretarías estatales de salud, ha restringido la capacidad de contratación de personal, por lo que las autoridades estatales de salud tienen que desarrollar de manera urgente planes estratégicos de contratación para 2010 y años subsecuentes, sobre la base de indicadores de necesidades e incrementos salariales a futuro pero sobre todo, buscar fuentes de financiamiento ajenas al SPSS. De lo contrario, la Secretaría de Salud y particularmente la CNPSS corren el peligro de recibir presiones de actores políticos más interesados en el cumplimiento de las metas de la regularización que del cumplimiento de las metas sustantivas de los REPSS y de los SESA.

De acuerdo a las expectativas sobre el proceso de *regularización* de personal de salud, registradas en la evaluación del SPSS 2007 y la información recopilada para la presente evaluación 2009, el proceso en general ha transcurrido sin reportar conflictos graves entre los distintos actores involucrados. En gran medida las recomendaciones emanadas desde la Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de

Recursos Humanos en las Entidades Federativas, creada para conducir el proceso de *regularización*, han sido cumplidas sin mayores contratiempos.

También es importante señalar que en diversos estados los salarios pagados corresponden al tabulador de 2007, lo cual ha generado inconformidades manifiestas por parte de los trabajadores. Por otra parte en algunos estados se sigue contratando personal por honorarios sin prestaciones y sin tener soportes financieros para ser *regularizados* en el corto y/o mediano plazo. Esta situación también puede ser fuente de conflictos entre el personal de salud y autoridades de los SESA.

Las presiones en torno a los recursos económicos destinados a la nómina de personal pueden aumentar por dos factores: tratar de regularizar al resto del personal contratado por honorarios, (número que no dejó de incrementarse en el 2009); y la inminente demanda por actualizar salarios entre el personal regularizado ya que se les está pagando con base al tabulador del año 2007. Si se piensa responder a este problema con presupuesto del SPSS, se puede poner en riesgo su factibilidad financiera y/o el cumplimiento de sus objetivos establecidos desde su creación.

Por otra parte, de acuerdo a las entrevistas con informantes clave, se pudo establecer que la percepción dominante respecto a la productividad es que existe una tendencia a la baja entre los trabajadores regularizados; sin embargo, no se cuenta con indicadores duros para medirla y poder comprobar cuantitativamente si realmente existe una disminución en la productividad. Este fenómeno debe ser explorado de manera más profunda en evaluaciones posteriores utilizando indicadores numéricos.

Respecto al cambio en el comportamiento de los trabajadores, vale la pena señalar que la *regularización* parece ser un fenómeno entendido de manera errónea por el personal. En general los trabajadores la perciben como una basificación tradicional o al menos un paso hacia ella; también se piensa que una vez *regularizado* el trabajador podrá hacer uso de algunas de las prerrogativas de los trabajadores sindicalizados, establecidas en la Condiciones Generales de Trabajo.

Por otra parte, el número y las categorías de personal contratadas con recursos del SPSS, parecen responder a la oferta de servicios del CAUSES, en términos de las relaciones encontradas entre el volumen de personal y número de afiliados, así como el hecho de que las categorías contratadas son en su mayoría mencionadas en el Anexo IV del Acuerdo de Coordinación. Sin embargo, de acuerdo a diversos testimonios todos estos elementos han sido definidos más por las necesidades inmediatas, el rezago histórico y/o por la demanda atomizada de las unidades médicas, que por un ejercicio de planeación con criterios basados a partir de necesidades de salud específicos de cada región y/o estado.

Respecto a la capacitación dirigida al personal operativo es conveniente tomar en consideración los tópicos propuestos por el personal operativo. Algunos de ellos son clave para un mejor funcionamiento del SPSS, tales como: el CAUSES (actualización de intervenciones, medicamentos incluidos, tipo de cobertura), el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, los derechos y obligaciones de los afiliados, calidad (trato), el sistema de referencia y contra referencia y, un tema novedoso que se presentará con mayor frecuencia a raíz de los convenios inter estatales, será precisamente el tratamiento administrativo- financiero de estos casos.

4. Recomendaciones

Centrales

- Dado que el SPSS en su génesis, no estaba diseñado para ser una instancia financiadora de contratación de RH, debe retomar su origen como instancia aseguradora y gestora de recursos para el cumplimiento de los objetivos del programa. El costo de la regularización del personal y la futura actualización de tabuladores puede generar presiones sobre la factibilidad financiera del SPSS. Por ello la Secretaría de Salud y los SESA deben buscar nuevas fuentes de

financiamiento que contribuyan a soportar la carga que implica el pago del nuevo personal.

- Promover una política de capacitación permanente a todos los niveles y categorías ocupacionales involucrados con el funcionamiento del SPSS y sus distintos componentes, buscando reforzar los principios de equidad, calidad y garantía de derechos a los afiliados del Sistema, y recurriendo al uso de tecnologías a distancia, lo cual puede implicar ahorro en tiempos y recursos financieros.

Complementarias

- Establecer nuevos criterios para definir tanto el número como las categorías necesarias para atender las intervenciones incluidas en el CAUSES, tomando en cuenta que dichas intervenciones no sólo requieren de la participación de médicos y enfermeras, sino que también dependen de las labores desempeñadas por otras categorías ocupacionales.
- Diseñar e implementar políticas específicas para lograr estándares de productividad entre el personal contratado, particularmente con el personal regularizado. Existen una gama de incentivos (educativos, tecnológicos, etc.) que pueden ser incluidos, además de los económicos. En el mismo sentido es posible retomar el esquema de incentivos existente en la Secretaría de Salud y las experiencias acumuladas al respecto.
- Revisar y mejorar los canales de comunicación y sistemas de información entre la Secretaría de Salud, la CNPSS, los REPSS y los SESA, con el propósito de contar con datos oportunos y confiables que apoyen la toma de decisiones en los distintos niveles e instancias relacionadas con el SPSS.

Referencias bibliográficas

- ¹ OECD. The looming crisis in the health workforce: How can OECD countries respond? OECD, 2008.
- ² Rovere, M. Planificación estratégica de recursos humanos. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1993.
- ³ OMS. Informe mundial de la salud 2006. Trabajando juntos para la salud. Organización Mundial para la Salud, Washington, DC, 2006.
- ⁴ Ruiz JA, Molina J, Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México, en Knaul y Nigenda, Eds. El Caleidoscopio de la salud, Funsalud, México, 2003.
- ⁵ González E, Barraza M, Gutiérrez C, Vargas A. coordinadores. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2ª ed. México: FCE, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
- ⁶ Ley del Impuesto sobre la Renta. Diario Oficial de la Federación. 1º de enero de 2002.
- ⁷ Instituto Nacional de Salud Pública – Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos administrativos. México, Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
- ⁸ Olsen W. Triangulation in social research: qualitative and quantitative methods can really be mixed? Developments in sociology, 2004; 20 (1): 103-121.
- ⁹ Acuerdo por el que se crea la Comisión Nacional para la Reglamentación de Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas. Consultada en la página electrónica del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la Secretaría de Salud (<http://www.comeri.salud.gob.mx/index.html>) Fecha de consulta: 9 de febrero de 2010. Disponible en: http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/normateca/normatvigente/Acuerdo_CN_Rec_Hum.pdf
- ¹⁰ Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud. Presentación de la Primera reunión de recursos humanos 2007. Tuxtla, Chis. Marzo de 2007.
- ¹¹ Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud. Presentación de la Primera reunión de recursos humanos 2007. Tuxtla, Chis. Marzo de 2007.
- ¹² Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2006. Diario Oficial de la Federación. 22 de diciembre de 2005.