

Sistema de Protección Social en Salud

Elementos conceptuales, financieros y operativos





Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos

Primera edición 2005

D. R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México / *Printed in México*

ISBN 970-721-290-X

Los comentarios y sugerencias sobre el contenido de este documento son muy valiosos y permitirán su actualización en versiones futuras. Se agradecerá enviarlos en formato electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico: **igalindo@salud.gob.mx**, o a la siguiente dirección postal:

Unidad de Análisis Económico
Secretaría de Salud
Reforma 450 piso 14
Col. Juárez, 06600
México, D.F.
México

Índice

Mensaje del Secretario de Salud	11
Introducción	13
1. Argumentos para la reforma	15
1.1. La protección social en salud en el contexto internacional	15
1.2. La protección social y los retos del sistema de salud en México	16
1.3. Diagnóstico del financiamiento de la salud en México (2001-2002)	19
2. Reforma a la Ley General de Salud	25
2.1. Antecedentes: Programa de Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)	25
2.2. Proceso de creación del Sistema de Protección Social en Salud	28
2.3. Principios y objetivos	31
2.4. Panorama general	38
3. Marco financiero	41
3.1. Financiamiento acorde con la naturaleza de los bienes de la salud	41
3.2. Servicios de salud a la comunidad	42
3.3. Definición y costeo del paquete de servicios esenciales de salud	44
3.4. Esquema tripartito de financiamiento para los servicios de salud a la persona	48
3.5. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	51
3.6. Fondo de la previsión presupuestal anual	54
3.7. Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	56
3.8. Cuota reguladora	57
4. Marco operativo	59
4.1. Organización para la operación en el nivel federal	59
4.2. Organización para la operación en los estados	60
4.3. Afiliación, vigencia de derechos y padrón de afiliados	62
4.4. Definición de enfermedades asociadas a gastos catastróficos	66
4.5. Plataforma tecnológica integral	69
4.6. Fortalecimiento de la oferta	70
4.7. Gestión de servicios de salud	77
4.8. Estructura operativa de los servicios de salud a la comunidad	79
4.9. Vinculación con otros programas federales	84
4.10. Vinculación con el Sistema Nacional de Salud	87
4.11. Retos de la implantación y la operación	90
5. Modelo de evaluación integral	95
5.1. Seguimiento y supervisión	96
5.2. Evaluación indirecta y evaluación externa	97
6. Prospectiva	99

Bibliografía	101
Anexos Técnicos	103
AT.1 Catálogo de servicios esenciales del Sistema de Protección Social en Salud vigente en 2005	105
AT.2 Cálculo del costo de las intervenciones del Catálogo de servicios esenciales de salud	150
AT.3 Cálculo de la Cuota social y aportaciones solidarias del Sistema de Protección Social en Salud	151
1) Cuota social	151
2) Aportaciones solidarias	152
AT.4 Lista de enfermedades e intervenciones identificadas por el Consejo de Salubridad General como generadoras de gastos catastróficos	159
AT.5 Redes de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud vigentes en 2005	164
AT.6 Indicadores propuestos para cada componente de la evaluación externa	167
Anexos Legales	171
AL.1 Exposición de motivos de la reforma a la Ley General de Salud enviada al Congreso de la Unión por el Poder Ejecutivo Federal el 12 de noviembre de 2002	173
AL.2 Decreto de reforma a la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003	178
AL.3 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud del 5 de abril de 2004	186
AL.4 Reglamento interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud del 7 de julio de 2004	202
AL.5 Reglamento interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud del 27 de febrero de 2004	205
AL.6 Acuerdo por el que se establece la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos del 28 de abril de 2004	209
AL.7 Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia del 5 de enero de 2005	211
AL.8 Lineamientos para la afiliación, operación, integración del Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la Cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud del 15 de abril de 2005	213
AL.9 Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del 20 de septiembre de 2002	221
AL.10 Convenio General de Colaboración Interinstitucional en Materia de Prestación de Servicios de Salud suscrito el 14 de marzo de 2003	224
AL.11 Criterios generales para la programación del gasto e integración de la información estatal relativa al manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, 2004	231
AL.12 Lineamientos para la medición de la Aportación solidaria estatal (ASE) del Sistema de Protección Social en Salud del 22 de abril de 2005	241

Acrónimos utilizados

ASE	Aportación solidaria estatal	FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
ASF	Aportación solidaria federal	FPP	Fondo de la previsión presupuestal
ASF ^C	Recursos federales complementarios para cubrir la ASF	GAPA	Garantía de pago por incumplimiento en las condiciones del convenio de colaboración interestatal
CAAPS	Centro avanzado de atención primaria a la salud	IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
CABEME	Catálogo de beneficios médicos	ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
CASES	Catálogo de servicios esenciales de salud	Ley o LGS	Ley General de Salud
CECASOEH	Cédula de características socioeconómicas del hogar	OMS	Organización Mundial de la Salud
CENAVE	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica	PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
CF	Cuota familiar	PMI	Plan Maestro de Infraestructura
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10a. revisión	PRONASA	Programa Nacional de Salud
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9a. revisión-modificación clínica	PTI	Plataforma tecnológica integral
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud	PUBPAAPF	Padrón Único de Beneficiarios de Programas de Apoyo de la Administración Pública Federal
CNS	Consejo Nacional de Salud	R-C	Referencia y contrarreferencia de pacientes entre unidades de atención médica
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	Reglamento	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	REPSS	Régimen estatal de protección social en salud (este acrónimo también aplica para el plural)
CONPSS	Consejo Nacional de Protección Social en Salud	RHOVE	Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica
COTRAME	Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos	Secretaría	Secretaría de Salud
CPSSC	Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad	SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
CS	Cuota social	SEED	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
CSG	Consejo de Salubridad General	SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS
CURP	Clave Única de Registro de Población	SESA	Servicios estatales de salud
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño	SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
DGIS	Dirección General de Información en Salud	SICUENTAS	Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal
DGPOP	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto	SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
DI	Diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales	SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
FASC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad	SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
FASC ^C	Recursos federales complementarios para financiar la prestación de servicios de salud a la comunidad (ramo 12)	SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
FASP	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona	SPS	Seguro Popular de Salud
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33	SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
Fideicomiso	Fideicomiso del SPSS	SUILAB	Sistema Único de Información de Laboratorio
		TUS	Tarjeta Inteligente Tu Salud
		UEPSS	Unidad estatal de protección social en salud
		UNEMES	Unidades médicas especializadas
		VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida



Mensaje del Secretario de Salud

El presente documento ofrece una compilación y una síntesis de los trabajos realizados por las áreas normativas y operativas de la Secretaría de Salud involucradas en el diseño e implantación del Sistema de Protección Social en Salud durante el periodo de enero de 2001 a octubre de 2005.

Este trabajo pretende ser útil para dos tipos de lectores. Por un lado, busca servir como un documento de referencia para todas aquellas personas interesadas en conocer mejor los orígenes y los conceptos rectores vinculados con la reforma reciente en materia de protección social en salud. Por otro lado, intenta ser una obra documental y de consulta para quienes manejan directamente el Sistema de Protección Social en Salud y su instrumento operativo, el Seguro Popular.

Debido a que el Sistema de Protección Social en Salud se encuentra en su etapa de implantación, este primer documento será revisado periódicamente para actualizar los avances en el establecimiento de los diversos procesos necesarios en el ámbito operativo, así como los posibles ajustes conceptuales que puedan darse en respuesta a la aplicación práctica de la reforma en México.

A la fecha, el Sistema de Protección Social en Salud ha sido implantado en las 32 entidades federativas y se avanza rápidamente hacia el cumplimiento de la meta de cinco millones de familias afiliadas hacia finales de 2006.

Si bien este documento es el resultado del trabajo de diversas áreas dentro y fuera de la Secretaría, merece especial agradecimiento el apoyo, la información y los comentarios proporcionados por los miembros de la Unidad de Análisis Económico, la Dirección General de Comunicación Social, la Secretaría Técnica del Consejo de Salubridad General, los integrantes del Consejo Nacional de Salud y el personal de las áreas mayores de la Secretaría de Salud que han laborado durante el periodo referido. Asimismo, agradecemos sus valiosas aportaciones al Instituto Nacional de Salud Pública y a la Fundación Mexicana para la Salud.

El sistema de salud está en el umbral de una nueva era, la era de la protección social. Este documento contiene los conceptos que le dieron origen y que habrán de guiar su desarrollo.

JULIO FRENK MORA



Introducción

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS) para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Con ello culminó un proceso de más de dos años de intenso trabajo entre el Ejecutivo Federal, el Congreso de la Unión, los gobiernos estatales y diversas organizaciones sindicales y profesionales del sector salud.

Esta reforma surge de la necesidad de proveer una alternativa de protección social en salud –mediante un nuevo esquema de aseguramiento público en salud– para la población que actualmente no cuenta con acceso a mecanismos de protección social en salud como es la seguridad social. Ello es parte de la estrategia para garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud para todos los mexicanos bajo un sistema de aseguramiento universal en salud, sin distinción de su condición social, laboral y económica. Asimismo, la reforma obedece al reto que tiene el sector salud de hacer frente a las presiones financieras que se derivan de las transiciones demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica y política que experimenta nuestro país. Finalmente, también se inserta como parte de la estrategia de brindar protección financiera a toda la población en materia de salud de acuerdo con lo establecido en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006.

El SPSS proporciona protección financiera a las personas que no son derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De esta forma, los grupos de población beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos. Esta protección se brinda bajo un nuevo esquema de seguro público de salud, que es coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas.

El esquema de financiamiento que se establece en la LGS para el SPSS se sustenta en reglas claras que definen derechos y obligaciones para la aportación y concurrencia de recursos para la salud. Este esquema de financiamiento también busca la reducción del *pago*

de bolsillo que realizan las familias al momento de recibir la atención. Este esquema de financiamiento sustituye el gasto de bolsillo por el *pago anticipado* de una cuota anual de afiliación, proporcional a la capacidad económica de la familia, logrando de esta manera proteger financieramente a los hogares y promover el principio de equidad bajo el cual las personas contribuyen al sistema de salud de acuerdo con su capacidad de pago, y reciben los servicios de acuerdo con sus necesidades de salud.

Adicionalmente, a la fecha el SPSS ha logrado reducir los desequilibrios financieros que obstaculizan el adecuado aprovechamiento de los recursos públicos para la salud: a) bajo nivel de inversión en salud; b) origen ineficiente de los recursos para financiar los servicios de salud debido al predominio del gasto de bolsillo; c) distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas; d) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y d) la creciente proporción del gasto público destinado a la nómina.

El objetivo de este documento es presentar los elementos conceptuales, principalmente financieros y operativos del SPSS.

El capítulo 1 aborda el contexto internacional de la protección social en salud. Asimismo, se exponen las causas que –a la luz del contexto nacional– dieron lugar en el año 2003 a la reforma a la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, particularmente aquellas vinculadas con la situación del financiamiento de la salud en México.

En el capítulo 2 se describe el programa piloto *Salud para Todos* (Seguro Popular de Salud) que antecede

dió a la reforma. Posteriormente se aborda el proceso de reforma a la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Se describen los beneficios esperados de su implantación y se concluye con una visión general del diseño del SPSS que expone la relación existente entre el financiamiento, la operación y la transferencia de riesgos comprendida bajo este nuevo esquema de aseguramiento público en salud.

El capítulo 3 se enfoca en la descripción del marco financiero del SPSS, específicamente en términos de los elementos innovadores del modelo de financiamiento para los servicios de salud a la comunidad (salud pública) y los servicios de salud a la persona (atención médica).

Los componentes del modelo operativo y organizacional del SPSS se detallan en el capítulo 4. En él se describe la estructura operativa, las funciones que deben realizarse y quiénes son los responsables de éstas para el buen funcionamiento del SPSS, tanto en el ámbito federal como estatal. Además se mencionan los aspectos que vinculan al SPSS con el Sistema Nacional de Salud. El capítulo concluye al señalar los retos identificados a la fecha para la implantación y operación del SPSS.

En el capítulo 5 se describen los procesos de evaluación previstos para el SPSS, tanto en la esfera de los resultados intermedios como del desempeño o impacto en los objetivos del sistema de salud de acuerdo con lo estipulado en el PRONASA 2001-2006. Finalmente, el capítulo 6 esboza de manera prospectiva una serie de temas que será necesario abordar como parte de la consolidación del SPSS en el mediano plazo.

Argumentos para la reforma

UNO. 1.1. LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

A lo largo del siglo XX se desarrollaron diversos y complejos sistemas de salud en el mundo. De manera simultánea, este proceso organizacional a nivel mundial ha sido acompañado por grandes avances tecnológicos en la atención médica. Sin embargo, uno de los mayores retos emergentes que los sistemas enfrentan cada vez con mayor preocupación es la implantación de mecanismos efectivos, equitativos y sustentables para financiar los servicios de salud. La búsqueda e implantación de dichos mecanismos ha propiciado que los sistemas de salud se caractericen por ser dinámicos. Este dinamismo se ha traducido, desde la década de los años ochenta, en reformas de carácter continuo y progresivo.

Desde la perspectiva ética, los sistemas de salud pueden clasificarse en uno de los siguientes grupos:

- Los sistemas que consideran a la salud como un bien social, el cual debe estar a disposición de todos los miembros de la sociedad, bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad. Un buen ejemplo de este tipo de sistemas es el canadiense.
- Los sistemas que consideran a la salud como un bien social de manera que se cubra un conjunto de beneficios esenciales para todos los miembros de la sociedad bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad, y permitiendo que los grupos sociales con mayores recursos económicos adquieran cobertura complementaria. La mayoría de los sistemas de los países de Europa Occidental se encuentra en este grupo.
- Los sistemas que consideran a la salud como un bien de consumo privado. Por lo tanto, el acceso, el financiamiento y la calidad de este bien varía con el nivel socioeconómico de los miembros de la sociedad. El sistema de salud de los Estados Unidos es el ejemplo clásico de este grupo.

Cada uno de los grupos antes referidos tiene características específicas respecto al acceso, financiamiento y calidad, ya que responden a la percepción sobre el valor que tiene la salud para las sociedades de los distin-

tos países. Algunas naciones desarrolladas, específicamente aquellas cuyos sistemas de salud se encuentran en alguno de los primeros dos grupos, han generado esquemas de aseguramiento que permiten brindar protección social en salud a toda su población. Esta tendencia ha sido observada también por algunos países de América Latina, entre los que destacan Chile y Colombia.

Durante las últimas décadas del siglo XX y en los albores del siglo XXI, los países de la región de América Latina y el Caribe se han caracterizado principalmente por periodos de crisis económicas que han afectado a todos los sectores de la sociedad y a sus instituciones. La protección social, que incluye al sistema de salud, no ha estado exenta de los efectos de las crisis y, en consecuencia, ha sido objeto de cambios importantes a través de una serie de reformas emprendidas en los países de la región.

En este contexto, entre los esfuerzos concretos para la promoción de reformas a los sistemas de salud de la región destaca el estudio “Economía y Salud” desarrollado por la Fundación Mexicana para la Salud en la década de los años noventa. Asimismo, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 -publicado por la Organización Mundial de la Salud- ha jugado un papel clave para analizar los logros y los desafíos que enfrentan los sistemas de salud a partir de un planteamiento conceptual sobre los objetivos y funciones que desarrollan los sistemas de salud. Este planteamiento conceptual establece, como uno de los objetivos de los sistemas de salud, lograr la equidad en las contribuciones financieras.¹ Esto significa que los hogares no deben verse obligados a empobrecerse o a pagar una proporción excesiva de sus ingresos para obtener atención médica. Esto conlleva la solidaridad social en los riesgos financieros, y el principio de que los hogares con menores ingresos deben contribuir financieramente en menor proporción al sistema de salud que los hogares con mayores ingresos. Las contribuciones financieras al sistema deben reflejar las desigualdades en el nivel de ingreso de los hogares.

Este objetivo general de los sistemas de salud fue abordado en la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2002. En dicha reunión se trató el tema de la extensión de la protección social en salud, y posteriormente se impulsó una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de Salud y la Organiza-

ción Mundial de la Salud con el objetivo principal de reducir las inequidades en el acceso y financiamiento a los servicios de salud. De la iniciativa se definió la extensión de la protección social en salud como:

“La garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener el acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”.

En consecuencia, la exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de obtener la garantía de acceso y financiamiento a la salud. Cabe destacar que el grupo de personas que conforman a la población excluida de la protección social en salud está compuesto generalmente por los pobres, los adultos mayores, las mujeres, los niños, los grupos indígenas, los trabajadores no asalariados, los trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados, así como la población rural.

1.2 LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LOS RETOS DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

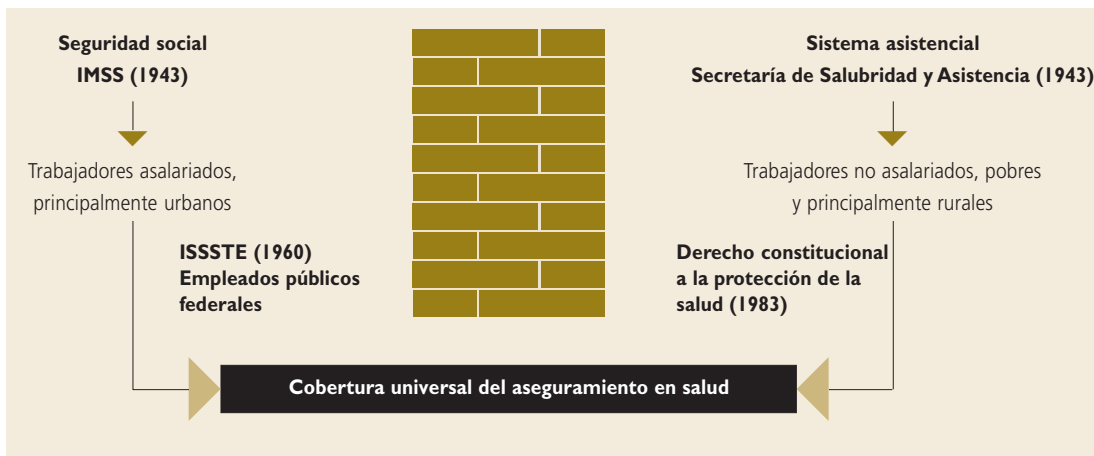
Los sistemas de salud de la mayor parte de los países de América Latina se componen por tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados, que presentan distintos grados de desarrollo según el país de que se trate. En el caso de México, estos tres subsistemas han mantenido un desarrollo fragmentado del sistema de salud.

La seguridad social nace el primero de enero de 1943 con la fundación del IMSS, que ofrece un conjunto de prestaciones económicas (pensiones, invalidez, muerte) y en especie (atención de enfermedades y maternidad) a los trabajadores asalariados de la economía formal. Los servicios públicos se formalizan meses más tarde, el 15 de octubre del mismo año, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos (figura 1.1).

Así, nuestro sistema de salud nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos -a quienes llamó “derechohabientes”- y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como “población abierta”. Posteriormente y bajo esta misma división de origen entre la seguri-

¹ Los otros dos objetivos son el mejoramiento de la salud de la población y brindar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.

Figura 1.1

Hacia un sistema universal de salud

dad social y los servicios públicos, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación, en 1960, del ISSSTE que ofrece cobertura en salud para los trabajadores de la administración pública federal.²

De esta manera, nuestro sistema de salud se caracteriza, hoy en día, por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, resultado de la fragmentación institucional asociada a la condición socioeconómica y principalmente laboral de la población.

Este modelo ya no responde a la realidad de nuestro país. En la actualidad, el mayor reto del sector salud es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales, como es el caso de la salud, para quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía.

Adicionalmente al modelo de protección social, la problemática en salud de México se caracteriza por transiciones en los ámbitos demográfico, epidemiológico, social, económico y político que se han suscitado en los últimos años.

² En cuanto al sector privado, éste se constituye por compañías de seguros privados que ofrecen cobertura por gastos médicos y un número importante de prestadores de servicios médicos, concentrados principalmente en zonas urbanas. El sector asegurador privado es pequeño: representa cerca de 3% del gasto total en salud. Como se verá más adelante la alta proporción del gasto que destinan los hogares a la compra de servicios médicos en el sector privado, da cuenta de la limitada cobertura de la protección social en salud en México. El objetivo de esta sección es abordar el tema de la protección social bajo la perspectiva del sector público por lo que el tema de la participación del sector privado está fuera del alcance de este documento.

La transición demográfica supone un aumento en la participación relativa de los adultos mayores en nuestra estructura poblacional y un acelerado proceso de urbanización. A su vez, la transición epidemiológica se refleja en el peso creciente de enfermedades cada vez más complejas y costosas como principales causas de muerte y discapacidad. En lo social, destaca el incremento de los años de escolaridad y la creciente participación de la mujer en la fuerza de trabajo. Asimismo, se hace énfasis en la transición económica, la cual se sustenta, cada vez más, en el cambio en las modalidades de contratación, la participación del mercado informal en el proceso productivo, así como en la acelerada tasa de urbanización del país. Por su parte, la trascendencia de la transición política muestra como signo indudable, la creciente demanda por el acceso a los beneficios sociales basado en el ejercicio pleno de la democracia.

Estos cambios se han traducido en presiones sobre el sistema de salud, algunas de ellas inéditas. Las transiciones epidemiológica y demográfica se reflejan en una mayor demanda de servicios más complejos y costosos que los asociados con las infecciones comunes y los problemas de salud reproductiva. El mayor nivel educativo de la población ha generado una capacidad más refinada para interactuar con los prestadores de servicios médicos. La creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo ha obligado a las instituciones de salud y bienestar social a incrementar sus apoyos al núcleo familiar. Finalmente, la sociedad mexicana, cada vez más participativa y crítica, demanda más y mejor información, más opciones de atención a la salud, así como servicios de mayor calidad.

A partir de este análisis, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) presenta un diagnóstico puntual de la problemática del sistema que toma en cuenta riesgos y daños específicos, un enfoque de la

salud a partir de ciclos de vida, la situación particular de grupos vulnerables y el desempeño del sistema de salud con base en su estructura y funciones.

Derivado de este diagnóstico se identifican tres retos a los que se enfrenta el sistema de salud para llevar a cabo su objetivo fundamental: mejorar las condiciones de salud de la población. Estos retos son: equidad, calidad y protección financiera (figura 1.2).

El reto de la equidad se vincula con el hecho de que en México se han acumulado importantes rezagos y persisten dolorosas desigualdades. Buena parte de los mexicanos sufre los padecimientos típicos del subdesarrollo: enfermedades infecciosas, desnutrición y padecimientos ligados al embarazo y al parto. Al mismo tiempo, México se enfrenta a los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano: las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, así como las lesiones tanto accidentales como intencionales.

El segundo reto deriva de la heterogeneidad en los niveles de calidad que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos. El concepto de calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. Este concepto incluye dos dimensiones: la calidad técnica y la calidad interpersonal. La primera, busca lograr los mejores resultados que la ciencia médica actual puede ofrecer. La segunda es lo que se ha llamado “calidez” de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción. El reto de la calidad demanda que en cada rincón del sistema se ofrezcan mejores resultados, incluyendo atención oportuna y trato digno.

El tercer reto reside en la falta de protección financiera para más de 50 millones de mexicanos que no gozan de cobertura financiera de servicios de salud. A pesar de los avances de la seguridad social, más de la

mitad del gasto en salud en México procede directamente del bolsillo de las personas, quienes deben pagar por su atención en el momento mismo de usar los servicios. Esto deja a millones de familias ante la disyuntiva de empobrecerse o ver a sus familiares sufrir enfermedad y dolor por falta de recursos económicos.

El PRONASA se propone enfrentar estos retos mediante el cumplimiento de cuatro objetivos sustantivos y un quinto objetivo instrumental:

1. Mejorar la salud de los mexicanos;
2. abatir las desigualdades en salud;
3. garantizar un trato adecuado;
4. asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud; y
5. fortalecer el sistema de salud.

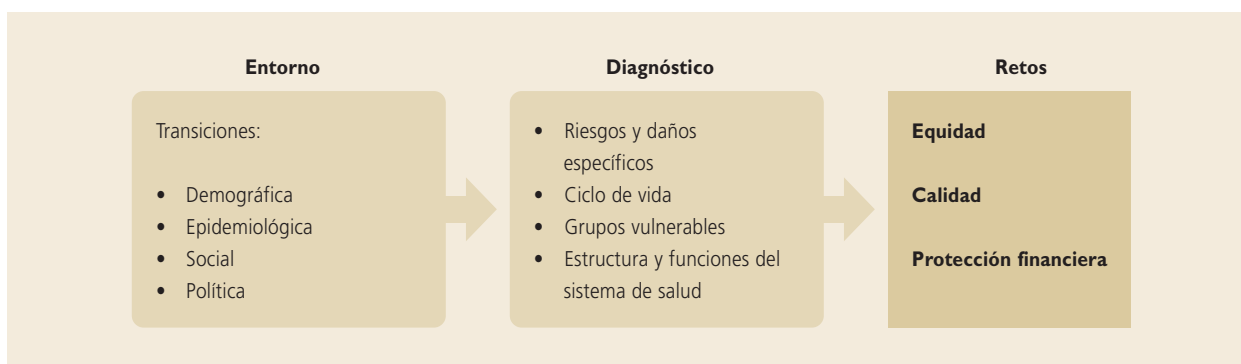
Asimismo, el PRONASA busca enfrentar estos retos en el marco de un sistema de salud que:

1. Propicie un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable;
2. perciba a la salud no sólo como responsabilidad de un sector especializado de la administración pública, sino como un objetivo social compartido que garantice el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad; y
3. satisfaga las necesidades de salud y responda a las expectativas de la población, al tiempo que ofrezca oportunidades de desarrollo profesional a los trabajadores de la salud.

Lo anterior, con el objetivo de establecer la universalidad de los servicios de salud; esto es, cubrir a todos los mexicanos y romper las barreras que han separado a los distintos grupos de la población, y que han dado lugar a enormes inequidades en materia de salud.

Figura 1.2

Retos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006



1.3 DIAGNÓSTICO DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN MÉXICO (2001-2002)

Entender los problemas asociados con la justicia en el financiamiento y la falta de cobertura universal de aseguramiento en salud en México ha requerido de un análisis más profundo sobre la forma en que se financia la salud en nuestro sistema. Así, mediante la implementación de un Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) ha sido posible identificar y medir el flujo de recursos tomando en cuenta su origen y los diferentes fondos, instituciones o niveles de gobierno hacia los cuales dichos recursos se destinan.

Desde inicios del 2001, se identificaron cinco desequilibrios que tienen implicaciones relevantes desde una perspectiva de equidad en el financiamiento de la salud: i) bajo nivel de inversión; ii) origen ineficiente de los recursos para financiar la salud, debido al predominio del gasto de bolsillo; iii) distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas; iv) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno; y v) el creciente destino del gasto público hacia la nómina.

i) Bajo nivel de inversión en salud

La figura 1.3 muestra que, en 2002, México invirtió en salud recursos equivalentes a 6.1% del PIB. Esta cifra es menor al promedio latinoamericano (6.6%) y es relativamente baja si se compara con el nivel de inversión observado en otros países con un nivel de ingresos se-

mejante tales como: Costa Rica (9.3%), Brasil (7.9%) y Uruguay (10.0%).

Al analizar el nivel de inversión comparado con el ingreso per cápita (PIB per cápita), se observa que la mayoría de las naciones presenta una relación positiva entre el ingreso per cápita y la inversión en salud. Es decir, que a mayor ingreso per cápita mayor es el gasto en salud. En el campo de la salud existen las soluciones técnicas, es decir las tecnologías para resolver un número significativo de problemas de salud. Sin embargo, lo que falta son recursos suficientes para poner esas soluciones al alcance de todos.

Hacer frente a los retos que enfrenta nuestro sistema de salud requiere de un incremento importante en la cantidad de recursos que se destinan al financiamiento de la salud.

ii) Predominio del gasto de bolsillo

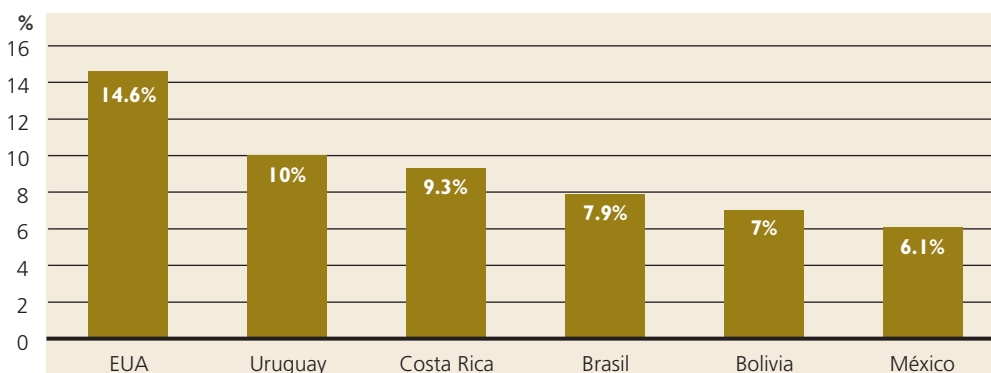
El financiamiento del sistema de salud proviene de tres fuentes: a) recursos públicos, los cuales comprenden los presupuestos gubernamentales ya sea en el ámbito federal o estatal; b) las contribuciones a la seguridad social; y c) el gasto privado que realizan de manera directa los hogares, ya sea a través de primas de seguros o gasto de bolsillo.

Los recursos públicos o presupuestos gubernamentales se componen por aquellos recursos que ingresan mediante el cobro de impuestos generales (Impuesto al Valor Agregado o IVA; e Impuesto sobre la Renta o ISR), ingresos derivados del petróleo y otros impuestos. En el caso de las contribuciones a la seguridad social, és-

Figura 1.3

Bajo nivel de inversión en salud

GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 2002

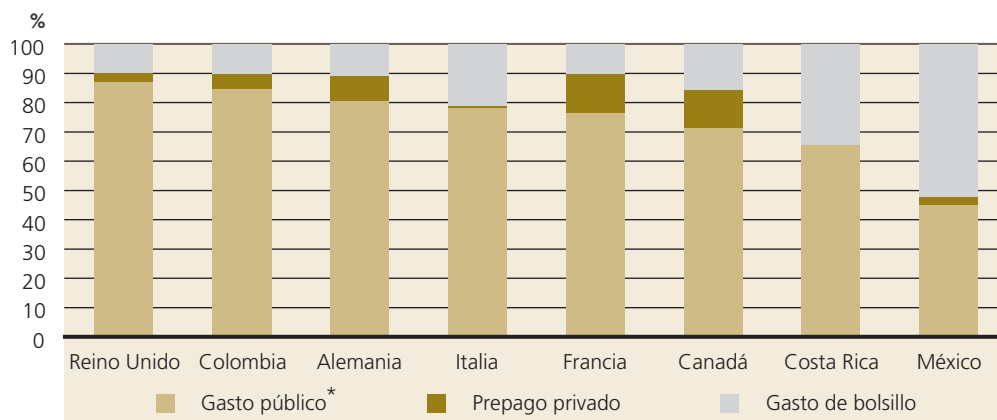


Fuente: Elaborado con base en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2005 de la OMS. En el caso de México, la información fue proporcionada por la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

Figura 1.4

Composición desigual del gasto en salud

PORCENTAJE DE GASTO PÚBLICO Y PRIVADO CON RESPECTO AL GASTO TOTAL EN SALUD, 2002



* Incluye contribuciones a la seguridad social.

Fuente: Elaborado con base en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2005 de la OMS. En el caso de México, la información fue proporcionada por la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

tas ingresan como fuente de financiamiento a través de impuestos a la nómina en donde participan tanto empleadores como trabajadores.³

El gasto privado en salud se divide en prepago privado y gasto de bolsillo. Mediante el prepago se financian esquemas privados de aseguramiento ofrecidos por las compañías aseguradoras y los fondos mutualistas o algún otro tipo de asociación especializada en la diversificación comunitaria de riesgos. Con estos esquemas se cubren, de manera anticipada, los gastos de atención médica en caso de enfermedad para un grupo de asegurados. El gasto de bolsillo comprende el pago que realizan de manera directa los hogares al prestador de los servicios en el momento de demandar o hacer uso de éstos.

La figura 1.4 muestra que en el caso de México, para 2002 la participación de los recursos públicos (incluyendo los recursos de la seguridad social) representó 45% del gasto total en salud, mientras que el gasto de bolsillo y el prepago privado representaron 52% y 3%, respectivamente.

El alto predominio del gasto de bolsillo preocupa por sus implicaciones sobre la equidad y eficiencia en el financiamiento de la atención de la salud. El gasto de bolsillo rompe con la solidaridad financiera que permite que las personas enfermas y de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos. Asimismo, rompe con el principio básico de justicia financiera en salud, que indica que los

individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo no permite la agregación y diversificación de riesgos, además de ser regresivo. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2002, los hogares ubicados en el decil más bajo de ingresos dedican, en pagos directos, alrededor de 6.8% de su ingreso a la atención de su salud, mientras que los hogares del decil de mayores ingresos dedican a este rubro 2.2% de su ingreso familiar.

Además, el gasto de bolsillo expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre involucrada en la ocurrencia de alguna enfermedad y en los accidentes.

El gasto de bolsillo también frena la efectividad de la atención preventiva porque los pacientes suelen posponer la atención médica hasta que su enfermedad se agrava, en muchos casos de manera irremediable. Finalmente, la enfermedad debilita la posición del consumidor de servicios de salud. Una emergencia no es el mejor momento para hacer juicios sobre calidad y costo. Sin embargo, esta es la situación a la que se enfrenta una persona cuando tiene que pagar de su bolsillo por los servicios de salud que requiere.

Se calcula que anualmente, de dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud que con frecuencia provocan su empobrecimiento. Vale la pena mencionar que, tan sólo en el último trimestre de 2002, se estima que 3.9% de los hogares del país incurrieron en este tipo de gastos. Al analizar los hogares con gastos catastróficos por motivos de salud se observa que alrededor de 5% de los hogares no asegurados enfrentan este tipo de gas-

³ En el caso del IMSS, además de las contribuciones de patrones y empleados, el Gobierno Federal realiza una aportación por cotizante para el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

tos mientras que el porcentaje de hogares asegurados que se enfrentan a la misma situación es de 2.6%.⁴

iii) Distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas

Para el año 2002, se estima que el gasto público para la población asegurada es 2.3 veces mayor que el gasto público para la población no asegurada por la seguridad social, como se muestra en la figura 1.5.

Por otra parte, se observa una desigualdad en la asignación geográfica de recursos, la cual es el resultado de la distribución histórica de recursos federales hacia las entidades con base en los requerimientos determinados por la oferta de servicios. La figura 1.6 presenta la distribución de recursos federales para atender a la población no asegurada entre entidades federativas en 2002. La distribución muestra una diferencia de 8 a 1 entre la entidad con mayores recursos per cápita con respecto a la entidad con menores recursos per cápita. Esta diferencia no se explica por variaciones en las condiciones o necesidades de salud de la población.

iv) Falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno

En cuanto a la participación estatal en el financiamiento de la salud, el grado de corresponsabilidad que muestran las entidades federativas es desigual. Por ejemplo, en 2002, en cinco entidades la participación del gasto estatal representó más de 30%, con respecto al total de recursos (federales y estatales) destinados a salud. En contraste, en 14 entidades esta participación ascendió a menos de 10%, y de las cuales en 8 casos no rebasó siquiera 5%.

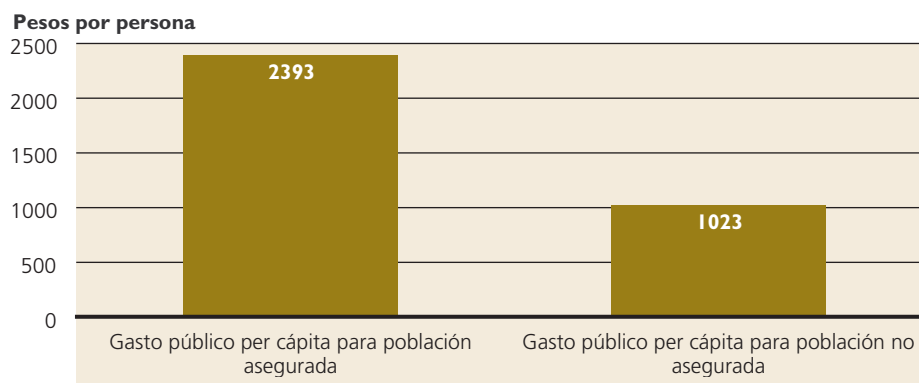
Aunado a lo anterior, las contribuciones estatales en términos per cápita también son desiguales. La figura 1.7 muestra que en 2002 existía una diferencia de 115 a 1 entre la entidad que aporta más recursos por persona de su propio presupuesto con respecto a la entidad que aporta menores recursos.

v) Creciente destino del gasto público hacia la nómina

Finalmente, como se observa en la figura 1.8, los recursos públicos para población no asegurada destinados al fortalecimiento de la infraestructura son considerablemente menores al gasto de operación (principalmente medicamentos, materiales de curación, y otros

Figura 1.5

Asignación desigual de recursos públicos según condición de aseguramiento *GASTO PÚBLICO PARA ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS, 2002*



Nota: el gasto público para la población no asegurada incluye el gasto federal (Ramo 12 y Ramo 33) así como el gasto estatal en salud. Mientras que el gasto público para la población asegurada incluye el gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX.

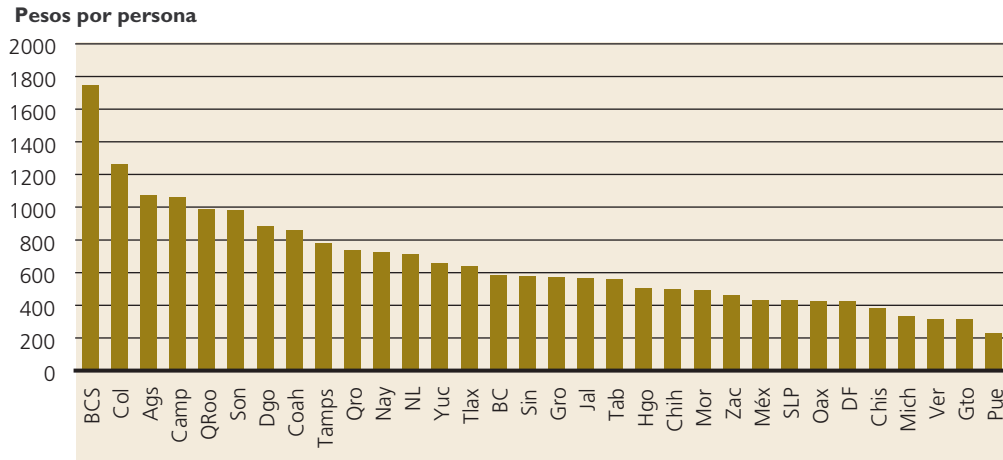
Fuente: Elaborado con base en información del Sistema de Cuentas en Salud en el Nivel Federal y Estatal 2002 (SICUENTAS), Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

⁴ Se entiende por gasto catastrófico a las erogaciones realizadas en caso de que una familia destine 30% o más de su ingreso disponible o capacidad de pago al financiamiento de la atención de su salud. El ingreso disponible es aquél con que se cuenta una vez descontados los recursos asociados al gasto en alimentos y vivienda. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, OMS.

Figura 1.6

Desigualdad geográfica en la asignación de recursos públicos

RECURSOS FEDERALES (FASSA*) DESTINADOS AL GASTO EN SALUD DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA, 2002

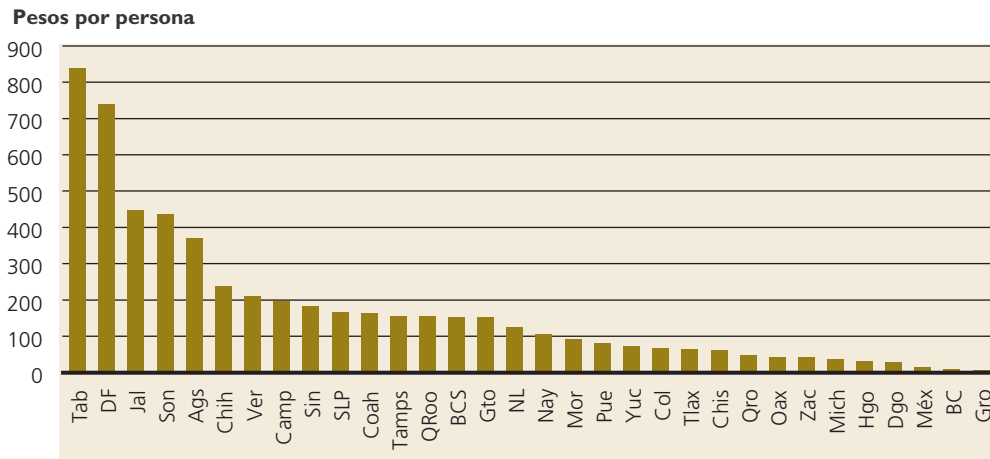


Fuente: Elaborado con base en información de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2002, SHCP. *FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33.

Figura 1.7

Desigualdad en la asignación de recursos públicos entre órdenes de gobierno

RECURSOS ESTATALES DESTINADOS AL GASTO EN SALUD, 2002



Fuente: Elaborado con base en información del Sistema de Cuentas en Salud en el nivel Federal y Estatal, 2002 (SICUENTAS), Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

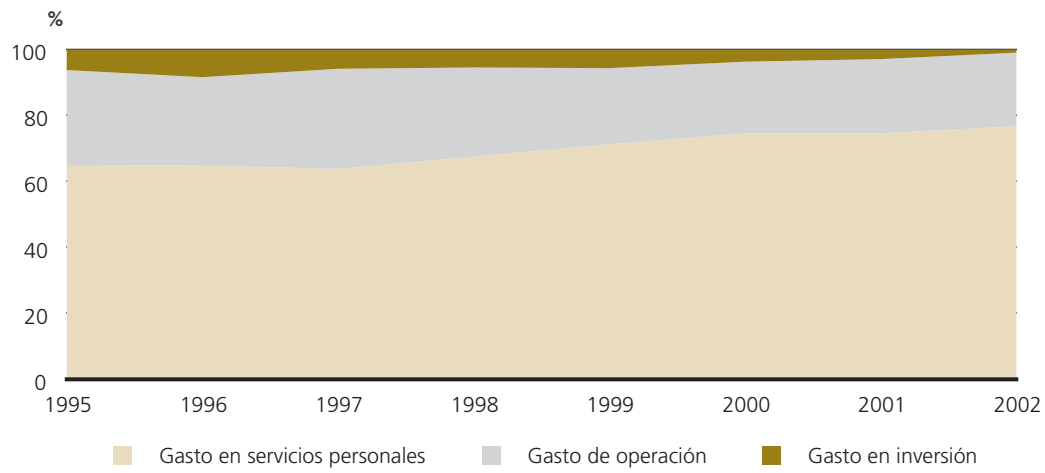
insumos y servicios básicos). Esto limita la capacidad de respuesta del sistema para hacer frente a los retos que enfrentará en el futuro.

Los desequilibrios señalados reflejan un alto grado de inequidad en el financiamiento de la salud en México. Ello tiene consecuencias sobre la disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, sobre la capacidad de los hogares para satisfacer sus necesidades de

salud y en última instancia, sobre las condiciones de salud de la población.

En resumen, el bajo nivel de inversión y el predominio del gasto de bolsillo como forma de financiamiento de la salud han limitado el rendimiento de la inversión pública en salud, el uso eficiente de los recursos y el ahorro interno.

Figura 1.8

Desequilibrio en el destino del gasto**COMPOSICIÓN DEL GASTO PÚBLICO PARA POBLACIÓN NO ASEGURADA, 1995-2002**

Fuente: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, Secretaría de Salud.

Nota: Incluye recursos de ramo 12 y del FASSA de ramo 33.



Reforma a la Ley General de Salud

DOS. 2.1

ANTECEDENTES: PROGRAMA DE SALUD PARA TODOS (SEGURO POPULAR DE SALUD)

La protección financiera en salud para la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social ha sido uno de los pilares que han guiado la acción de la Secretaría de Salud en el periodo 2001-2005. Institucionalmente la protección financiera se fundamenta en la estrategia 5 planteada en el PRONASA de la siguiente manera:

“Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud”.

En particular, bajo esta estrategia se incluye la línea de acción 5.1 “Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular”.

Para concretar lo anterior, la Secretaría de Salud impulsó el establecimiento de un programa que permitiera implementar medidas encaminadas a establecer un mecanismo de protección financiera en salud para población sin seguridad social. Dicho programa se denominó oficialmente “Programa de Salud para Todos” aunque fue conocido comúnmente como “Seguro Popular de Salud” (SPS).

Además del objetivo de fungir como programa piloto de lo que posteriormente se constituiría como el SPSS, el SPS respondió, al menos, a tres grandes objetivos fundamentales, los cuales se enlistan a continuación:

- a) Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud;
- b) crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPS; y
- c) disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

El SPS se caracterizó por ser un seguro público y voluntario, dirigido a las familias sin seguridad social en

materia de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud.

La población objetivo del SPS, es aquella población no derechohabiente de la seguridad social y de bajos ingresos -ubicadas dentro de los primeros deciles de la distribución del ingreso-.

La implantación del SPS en su fase inicial se realizó de manera gradual. En 2001, inició su operación en cinco estados piloto: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco (figura 2.1).

Durante su fase inicial, el SPS enfatizó la afiliación de las familias no derechohabientes pertenecientes a los primeros seis deciles de la distribución de ingreso (cuadro 2.1).

Como todo esquema de aseguramiento, el SPS ofreció una lista de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tenía acceso, siempre y cuando estuvieran vigentes sus derechos. Esta lista, denominada en su momento como Catálogo de beneficios médicos (CABEME), se integró inicialmente por 78 intervenciones con la posibilidad de que en algunas entidades federativas se añadieran otras intervenciones en atención a nece-

sidades de salud y perfiles epidemiológicos específicos.⁵ Adicionalmente, las familias recibieron una Carta de Derechos, donde además de explicitar derechos también se incluían las obligaciones de los afiliados y sus beneficiarios.

La unidad de afiliación del SPS es la familia entendida como el titular y su cónyuge, los hijos menores de 18 años y los ascendientes mayores a 64 años que dependen económicamente del jefe de familia. Además, se afilió a las personas mayores de 18 años de forma individual a las cuales se les denominó familia unipersonal.

Se denominó titular al jefe de familia que solicitó el SPS, tanto para él como para sus dependientes económicos, convirtiéndose éstos en los beneficiarios del seguro. A partir del momento que su solicitud fue aceptada se convirtieron en afiliados del SPS.

El nivel de ingreso no ha sido limitante para la afiliación. Además el asegurado eligió la periodicidad de pago ya fuese semestral o anual. La edad o estado de salud no impidieron la re-afiliación al SPS.

A fin de afiliarse al SPS, las familias acudieron a algún centro de afiliación para que se les practicara

Figura 2.1

Presencia del Seguro Popular de Salud en las entidades federativas durante la fase inicial: 2001-2003



Fuente: Elaborado por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con base en el Informe de Resultados del Primer Semestre de 2005 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

⁵ El CABEME eventualmente se transformó en el Catálogo de servicios esenciales de salud (CASES), el cual se describe más adelante.

Cuadro 2.1

Estadísticas básicas del Seguro Popular de Salud durante 2001 - 2003

Año	Entidades incorporadas al Programa Seguro Popular de Salud	Número de familias afiliadas	Recursos adicionales etiquetados para el Seguro Popular de Salud (pesos)	Costo promedio nacional por persona (pesos)
2001	Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco	59,484	250,000,000	n.d.
2002	20 entidades federativas	296,000	202,618,000	1,411
2003	24 entidades federativas	614,000	293,530,000	1,572

n.d.: no disponible

Fuente: Unidad de Análisis Económico con base en la página web del SPS (www.salud.gob.mx); Reglas de Operación del SPS 2002 y 2003; y presupuestos de egresos de la federación para los ejercicios fiscales 2001, 2002 y 2003, Ramo 12 Salud.

un estudio socioeconómico y firmaran una hoja en donde se comprometían a pagar la cuota de afiliación que les correspondía según su nivel de ingresos. Asimismo, debían declarar de buena fe si contaban con aseguramiento a través de alguna institución de seguridad social. Entre las lecciones importantes que arrojó el programa piloto destaca la detección de que, en algunos casos, la información declarada sobre la condición de derechohabiente o el nivel socioeconómico no era confiable. Como resultado, se consideró importante preservar la premisa de la declaración de buena fe por parte de los afiliados y del personal que apoya el proceso de afiliación. Sin embargo, también se consideró necesario desarrollar en paralelo mecanismos formales que coadyuven a promover la veracidad de la información y el cruce de información sobre condición de aseguramiento entre instituciones públicas.

La prestación de los servicios de salud del SPS fue otorgada por los Servicios estatales de salud (SESA), mediante una red médica conformada por un hospital general y por centros de salud con capacidad para la prestación de las intervenciones incluidas en el CABEME. Para tener acceso a los beneficios del SPS en los hospitales, los afiliados debieron ser referidos de algún centro de salud, excepto en el caso de urgencias.

Dentro del modelo de gestión para mejorar la calidad y oportunidad de los servicios médicos ofrecidos por el SPS se incluyeron las siguientes medidas:

1. Programación de exámenes preventivos;
2. programación de citas para consultas;
3. integración de expedientes clínicos;
4. mecanismo de referencia y contrarreferencia;
5. expedición y surtimiento de recetas; y
6. servicios de atención: información al beneficiario, asesoría y atención de reclamaciones.

Al ser un programa federal, el SPS requirió contar con reglas de operación en las cuales se especificó un es-

quema bipartita de financiamiento en el que intervenía, de manera mayoritaria, el gobierno federal mediante un subsidio transferido a través de la Secretaría de Salud, así como las familias afiliadas mediante el pago de cuotas de afiliación. Este esquema de financiamiento es distinto al que actualmente da sustento al SPSS; como se verá más adelante, uno de los cambios más significativos del SPSS fue lograr un modelo tripartita más equitativo y sólido.

El subsidio federal a las entidades federativas estuvo sujeto a criterios de selectividad, equidad, objetividad, transparencia, temporalidad y publicidad. El subsidio federal durante esta etapa, en el mejor de los casos, no fue mayor a 30% del costo anual promedio per cápita estatal estipulado por el CABEME (costo promedio por cubrir las 78 intervenciones). La Secretaría de Salud destinó mensualmente el subsidio federal por familia a los SESA. El subsidio federal para cada uno de los ejercicios fiscales correspondientes se calculó como el costo per cápita promedio del CABEME estimado para cada estado menos el monto per cápita de recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud a la persona (atención médica). Con la finalidad de que el subsidio federal se otorgara por familia, el subsidio per cápita se multiplicó por el número promedio de integrantes por familia.

La cuota de afiliación del SPS fue progresiva según el nivel de ingreso de cada familia, y complementaria al subsidio federal. Esta cuota permitió crear una cultura de prevención mediante el aseguramiento, en donde se percibiera la conveniencia de realizar pagos anticipados en vez de pagos directos de bolsillo, con lo que se disminuye el riesgo de incurrir en gastos que lleguen a empobrecer a la familia.

Los SESA administraron los recursos recaudados por concepto de cuotas familiares. La recaudación de estas cuotas no fue sustancial y la mayor parte fue empleada para adquisición de medicamentos. Sin embargo, en esta fase se identificó la necesidad de utilizar ins-

trumentos más efectivos para el control y supervisión del uso de los recursos.

Como se observará en el resto del documento, si bien hubo cambios sustantivos, principalmente en la estructura de financiamiento, muchas de las características del programa piloto SPS se conservarán para la operación del SPSS con lo que se rescata su valor como fase inicial. Además, es importante enfatizar que el SPS es el instrumento operativo para la atención médica cubierta por el SPSS. El SPSS incluye también –de manera independiente al Seguro Popular– los servicios de salud

a la comunidad. Finalmente, cabe mencionar que algunas características del SPS, especialmente el mecanismo de financiamiento, han cambiado para dar mayor sustento a la parte operativa de prestación de los servicios.

2.2 PROCESO DE CREACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A partir de enero de 2001, de manera complementaria al diseño y arranque del Programa Salud para To-

Recuadro 2.1 Evaluación del Seguro Popular de Salud

Para dar seguimiento al desempeño del SPS en su fase inicial se realizaron evaluaciones anuales en las que se verificó el cumplimiento de metas y objetivos planteados en el programa. Los resultados de las evaluaciones permitieron realizar las modificaciones que en su caso se requirieron.

La evaluación para 2002 se sustentó en un sistema de seguimiento de las actividades sustantivas del SPS, mediante el uso de 11 indicadores que midieron el porcentaje de familias incorporadas al SPS, así como la desincorporación de éstas por distintas causas y la demanda de servicios de salud, entre otros. Para 2003 se redujeron los indicadores de once a siete. Dichos indicadores se muestran en el siguiente cuadro.

Indicadores 2002	Indicadores 2003
Porcentaje de familias afiliadas	Porcentaje de familias afiliadas
Porcentaje de familias dadas de baja	Tasa de re-afiliación
Porcentaje de familias afiliadas al SPS que se integran a la seguridad social	Monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada
Monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada	Promedio de consultas por familia afiliada
Porcentaje de la capacidad utilizada en consulta externa	Promedio de egresos hospitalarios por familia afiliada
Porcentaje de la capacidad utilizada en hospitalización	Promedio de días-estancia por egreso hospitalario
Porcentaje de la población afiliada que requirió de atención hospitalaria	Porcentaje de familias encabezadas por mujer
Promedio de días-estancia por egreso hospitalario	
Porcentaje de afiliados con expediente clínico	
Porcentaje de hospitales certificados	
Porcentaje de pacientes referidos al segundo nivel de atención	

Fuente: Reglas de Operación del Seguro Popular de Salud 2002 y 2003.

Además, se realizó una evaluación anual en 2002 y 2003 de manera indirecta a través de instancias internas de la Secretaría de Salud, dentro de las cuales se incluyó un sistema de evaluación del desempeño de salud que cuenta con cinco indicadores de desempeño:

1. Esperanza de vida saludable,
2. índice de desigualdad en salud,
3. índice de trato adecuado,
4. índice de desigualdad en trato adecuado,
5. índice de protección financiera (equidad en el financiamiento federal y protección contra el empobrecimiento).

Recuadro 2.2 Principales lecciones de la fase inicial del Seguro Popular de Salud

La implantación del Seguro Popular de Salud se ha realizado de manera gradual. Durante la primera fase, que inició en zonas determinadas de cinco estados, se aprendieron varias lecciones que han permitido mejorar su operación gracias a las acciones de seguimiento y evaluación. A continuación se sintetizan algunas de las lecciones más significativas:

- Se identificaron problemas operativos que permitieron afinar los procesos de afiliación y financiamiento;
- la definición explícita de intervenciones (CABEME) financiadas por el Seguro Popular permitió tener un marco de referencia nacional para estimar el costo del nuevo Catálogo (CASES), con el cual se pudieron hacer proyecciones, escenarios financieros y análisis comparativos con las secretarías de salud estatales para la toma de decisiones;
- se identificaron intervenciones que representaban una carga importante de la enfermedad en determinadas regiones y se incorporarían gradualmente al CASES para garantizar su oferta oportuna y de calidad;
- también permitió tener un marco de referencia para aumentar la cobertura geográfica identificando las unidades de salud que tuvieran la capacidad de oferta de las intervenciones del CASES;
- se identificó el abasto oportuno de medicamentos como un componente fundamental para mejorar la calidad de la atención y responder a las demandas legítimas de los usuarios de los servicios;
- se definieron los niveles y montos de las cuotas familiares con base en la disposición a pagar mostrada por las familias participantes así como en la capacidad de pago de las familias.

dos (Seguro Popular de Salud), dio inicio una serie de discusiones con autoridades estatales de salud, legisladores federales y locales, y expertos en materia jurídica y de salud en torno a las alternativas para establecer de manera más formal un tercer esquema de aseguramiento público en salud que cubriera a la población no derechohabiente de la seguridad social.

El 8 de enero de 2001, durante la primera reunión extraordinaria del Consejo Nacional de Salud (CNS) de la presente administración, se presentó la visión estratégica que orientaría la política en salud para el periodo 2001-2006. En este contexto, la protección financiera en salud fue considerada como uno de los tres retos fundamentales del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Para construir el marco conceptual, instrumental y metodológico de la protección financiera en salud, se formaron en el seno del CNS comisiones y grupos de trabajo en los que participaron los titulares de los servicios de salud de las 32 entidades federativas. En un primer momento, se trabajó en el desarrollo de las estrategias y líneas de acción en los grupos de trabajo de: i) equidad presupuestal e indicadores de resultados y desempeño; ii) sistemas de compensación cruzada; iii) Seguro Popular de Salud; así como en la Comisión Jurídica y Administrativa; y la Comisión de Salud Pública. Los trabajos derivados de estos grupos y comisiones, permitieron sentar las bases para la implementación del Seguro Popular de Salud como un programa piloto inicialmente en cinco entidades fede-

rativas, y a las que se sumaron rápidamente otras entidades federativas interesadas en la estrategia (figura 2.1).

Como resultado de este proceso y después de 22 meses de consulta y maduración de ideas y textos, el 12 de noviembre de 2002 el Poder Ejecutivo envió una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud al Senado de la República mediante la cual se incorpora, como materia de salubridad general, la protección social en salud y se adiciona el Título Tercero Bis con el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud.

En consecuencia, se inició un proceso de discusión en el cual se incorporaron aportaciones de las distintas fracciones parlamentarias. La interacción en las arenas de discusión de los asuntos públicos, permitió lograr los consensos necesarios para que la reforma a la LGS fuera aprobada por el Poder Legislativo y, con ello, la creación del SPSS. Al mismo tiempo, se estableció un acuerdo básico entre los actores políticos que facilitó la implementación del SPSS en cada una de las entidades federativas del país.

El 24 de abril de 2003, el Senado aprobó el proyecto de decreto modificado con 92% del voto a favor y, en consecuencia, se turnó a la Cámara de Diputados para la revisión correspondiente. El 29 de abril la Cámara de Diputados aprobó la iniciativa modificada en lo general y adicionó un artículo transitorio (con 73% del voto a favor). Finalmente, el 30 de abril del mismo año, la Cámara de Senadores aprobó la adición del artículo transitorio propuesto por la Cámara de Diputados con 94% del voto a favor.

Los porcentajes de voto a favor en torno a esta iniciativa de reforma reflejan su significado como un paso más en la evolución del sistema de salud y como punto común de encuentro, más allá de las diferentes posiciones partidistas.

El 13 de mayo de 2003, el Presidente de la República firmó el decreto por el que se expide la reforma, el cual fue publicado el 15 de mayo de 2003 en el Diario Oficial de la Federación (anexos AL.1 y AL.2). A lo largo de este proceso, el intercambio de ideas entre los poderes Legislativo y Ejecutivo, así como entre los diferentes órdenes de gobierno fue intenso, lo que permitió enriquecer la iniciativa enviada originalmente por el Ejecutivo.

Tras la aprobación de la iniciativa y con el trabajo desarrollado en las reuniones trimestrales del CNS, en la décima reunión, realizada en mayo de 2003, la actividad de los consejeros se reorientó hacia su participación en grupos de trabajo para la construcción de la plataforma organizativa y operativa del SPSS. Así, se organizaron cinco grupos de trabajo: 1) aspectos jurídicos; 2) prioridades de servicio; 3) movilización y asignación de recursos financieros; 4) organización interna, instrumentos gerenciales y planeación de la infraestructura; y 5) servicios de salud a la comunidad.

Las actividades desarrolladas a partir de la organización colegiada han permitido en los últimos años consolidar al CNS como la máxima instancia de coordinación entre la federación y las entidades federativas dentro del proceso de descentralización que la Secretaría de Salud ha evidenciado desde la década de los años ochenta. En el CNS se definieron y acordaron, por consenso de los 32 consejeros, las prioridades y políticas que han permitido estructurar y dar inicio a la operación del SPSS.

En particular, el papel de las entidades federativas ha permitido continuar por el camino de un mayor federalismo en materia de salud. Lo anterior, bajo un marco de colaboración entre órdenes de gobierno y atendiendo al principio de subsidiariedad en aquellos casos en que esto represente una mayor eficacia del quehacer público y una mayor garantía en la consecución de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Derivado de este proceso, el SPSS ha incluido propuestas concretas para establecer mecanismos que permitan no sólo la comunicación, sino la participación activa en la toma de decisiones entre diferentes órdenes de gobierno. Al mismo tiempo se ha buscado dar mayor definición en términos de responsabilidades y facultades tanto para el gobierno federal como para las entidades federativas.

Asimismo, la reforma procuró una definición más clara del ámbito de competencia del Consejo de Salubridad General como órgano colegiado interinstitucio-

nal y cuyo papel es fortalecer el carácter sistémico del sector salud.

Una vez que la reforma fue aprobada, inició la negociación de la firma de los acuerdos de coordinación del SPSS con las entidades federativas. Este proceso constó de tres etapas fundamentales:

1. Presentación de las ventajas y compromisos que adquiere la entidad federativa al adherirse al SPSS. Este paso fue especialmente relevante para informar la negociación con los nuevos titulares de salud en las entidades federativas, quienes tuvieron que familiarizarse con el SPSS tan pronto como tomaron posesión de su cargo;
2. definición de metas de afiliación para el año que ampara el acuerdo. Esto significó la negociación de las metas de afiliación en el ámbito nacional y estatal con la factibilidad de cumplir con las prioridades de afiliación definidas en la LGS, la disponibilidad de recursos para el año fiscal, la oferta de servicios existente y la gradualidad requerida por Ley;⁶
3. ratificación de compromisos. Esta ratificación tiene el objetivo de generar continuidad en el proceso de implantación del SPSS, el cual es particularmente relevante durante los periodos de transición gubernamental (a nivel estatal y federal), así como en el periodo de expansión de cobertura, que culminará en el año 2010.

Es importante mencionar que los acuerdos de coordinación son multianuales y los elementos sujetos a ratificación anual son los anexos donde se especifican los compromisos en materia de afiliación y la estimación del flujo anual de recursos financieros conforme a lo establecido en la LGS. La multianualidad del acuerdo implica que una entidad federativa se compromete a permanecer en el SPSS una vez que ésta firma por primera vez el Acuerdo de Coordinación.

Para completar el andamiaje legal que sustenta al SPSS se han generado una serie de reglamentos internos, reglas de operación y lineamientos que permiten dar claridad tanto a la operación como al financiamiento y la rectoría del sistema.

El proceso de aprobación del Reglamento en Materia de Protección Social en Salud (AL.3), se desarrolló en un periodo de poco más de un año a partir de la aprobación de la reforma a la Ley. El tema central en este proceso de negociación fue el componente financiero del Reglamento dado que implicaba una vinculación directa con los

⁶ La reforma a la Ley General de Salud establece un horizonte de instrumentación gradual de siete años comprendidos en el periodo 2004-2010, donde cada año se incorporará al SPSS a 14.3% de la población no asegurada estimada en 2004.

recursos públicos asignados para salud a través de la Ley de Coordinación Fiscal a fin de fortalecer la transparencia y seguridad en la asignación de recursos al SPSS. Por dichas adecuaciones, el contenido del Reglamento fue ampliamente discutido con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) antes de su aprobación. El Reglamento fue aprobado y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004.

2.3 PRINCIPIOS Y OBJETIVOS

Una de las características del SPSS a lo largo de cada una de las fases que han dado lugar a su creación, ha sido su sustento en un marco ético explícito. En ese sentido, para comprender la naturaleza de la reforma a la LGS, es necesario conocer la base ética que la sus-

Recuadro 2.3 Innovaciones en el marco jurídico

En el ámbito jurídico, el derecho a la protección de la salud se establece en el artículo 4º Constitucional. En el caso de los derechohabientes de la seguridad social, el marco legal para hacer efectivo este derecho está plasmado en las leyes que rigen a las principales instituciones de seguridad social y en las que se incluyen de manera explícita los beneficios a que tienen derecho los derechohabientes, así como las reglas para financiar la prestación de los servicios.

Si bien la Ley General de Salud (LGS) representa el principal marco normativo de nuestro país en materia de salud, previo a la reforma, carecía de elementos que precisaran de manera clara las reglas de financiamiento para la prestación de servicios de salud por parte de los servicios estatales de salud. Mediante la reforma a la LGS de mayo de 2003, se incorporó la protección social en salud como materia de salubridad general y se adicionó el Título Tercero Bis a la LGS, adecuaciones que establecen las reglas generales de financiamiento y prestación de los servicios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el caso de la población sin acceso a la seguridad social.

La reforma modifica los artículos 3, 13, 17, 28 y 35 de la LGS. Asimismo, se adiciona el Título Tercero Bis, el cual incluye diez capítulos y 41 artículos que engloban los siguientes rubros (AL.2):

- Definición del concepto de la protección social en salud;
- distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas;
- definición explícita de los beneficios asociados a la protección social en salud;
- definición de la población beneficiaria;
- creación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS);
- establecimiento del esquema de aportaciones para el SPSS, incluyendo los Fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona y a la Comunidad;
- especificaciones en torno a la definición y cobro de las cuotas familiares;
- objeto y constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos;
- objeto y constitución de la previsión presupuestal anual;
- reglas para garantizar la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del SPSS;
- establecimiento del CONPSS y la CNPSS como expresiones organizacionales para la operación del SPSS;
- definición de los derechos y obligaciones de los beneficiarios, así como causas de suspensión y cancelación al SPSS.

El decreto incluye también 21 artículos transitorios mediante los cuales se establecen las condiciones de gradualidad para implantar progresivamente el SPSS.

De la Ley se desprenden tres reglamentos en los que se precisan diversas disposiciones en materia financiera y organizacional: el Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) y el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Estos reglamentos se presentan en los anexos AL.3, AL.4 y AL.5, respectivamente.

tenta. A continuación se describen los principios y objetivos del SPSS.

Los principios que fundamentan al SPSS son:

- Universalidad;
- portabilidad nacional;
- priorización explícita de intervenciones;
- prepago de servicios de salud;
- solidaridad financiera;
- subsidiariedad; y
- presupuestación democrática y rendición de cuentas.

La universalidad en el acceso a los servicios de salud y la portabilidad de beneficios entre zonas geográficas y entre instituciones son elementos centrales para evitar la exclusión social y promover la igualdad de oportunidades, independientemente del nivel de ingreso, de la condición laboral o del lugar de residencia. La portabilidad de beneficios entre zonas geográficas se vincula estrechamente con la autonomía de las personas y su libertad para movilizarse en el territorio nacional, sin que ello merme su derecho a la protección de la salud. Asimismo, la portabilidad de beneficios entre instituciones responde mejor a la dinámica inherente al mercado laboral ya que, a lo largo de su vida, la población económicamente activa transita entre diferentes sectores productivos, entre los sectores formal e informal de la economía o bien, puede contar con diferentes tipos de remuneración o relación contractual. Estos cambios no tienen por qué implicar a la gente una merma en la protección de su salud. Al mismo tiempo, la portabilidad de beneficios permite que la aportación que realiza el gobierno federal siga al beneficiario, independientemente de la institución pública en la que esté incorporado.

La priorización explícita de intervenciones tiene el objetivo de utilizar los recursos destinados a salud de forma que se generen los mayores beneficios posibles en las condiciones de salud de la población. La priorización utiliza como criterios las necesidades de salud más apremiantes de la población y las prácticas médicas que garanticen una mayor efectividad en relación con su costo. Como resultado de la priorización de intervenciones se define de manera explícita el paquete o conjunto de intervenciones médicas que serán cubiertas. La definición explícita de los beneficios cubiertos busca dotar a la ciudadanía de más elementos para exigir su derecho a la protección de la salud, pues conocerán de forma anticipada cuáles son las intervenciones a las que tienen derecho al estar afiliados al SPSS.

El prepago de servicios de salud y la solidaridad financiera, aunadas al principio de subsidiariedad en-

tre órdenes de gobierno y a un proceso de presupuestación sustentado en la población beneficiaria, son elementos esenciales para promover un financiamiento más justo y eficaz de la salud, así como una mayor corresponsabilidad en el financiamiento y operación del sistema de salud.

Finalmente, la rendición de cuentas es una pieza clave para garantizar que la prestación de los servicios y el uso de los recursos respondan a las demandas ciudadanas, lo que implica reconocer el papel que corresponde a la ciudadanía como principal beneficiario del Sistema Nacional de Salud. Como se verá más adelante, los objetivos y las innovaciones fundamentales de esta reforma corresponden tanto a los valores como a los principios señalados en los párrafos anteriores. Los objetivos del SPSS son los siguientes:

i) Ordenar las asignaciones actuales de recursos

La reforma establece un vehículo único para acomodar la multiplicidad de fuentes de recursos para la atención médica de la población no derechohabiente de la seguridad social. Para ello se utilizarán reglas claras de financiamiento dependiendo del tipo de bien o servicio que produce el sistema de salud.

De esta manera, se distinguirá entre aquellos servicios considerados como *bienes públicos*,⁷ es decir, aquellos que no son privativos de una persona o paciente en particular, sino que benefician a la comunidad en su conjunto, de aquellos *servicios dirigidos a la persona (atención médica)*. En el primer caso, se trata de servicios que deben ser provistos a la población en general, independientemente de su condición de aseguramiento. Por su parte, los servicios de atención médica dirigidos a la persona son aquellos comprendidos en los beneficios explícitos para la población afiliada al SPSS.

⁷ Se entienden como *bienes públicos*, aquellos bienes o servicios que presentan dos características fundamentales: i) *no rivalidad en el consumo*, cuando la cantidad disponible del bien no se agota cuando lo consume un individuo o grupos de individuos, y ii) *no exclusividad*, cuando el consumo del bien por parte de una persona no excluye la posibilidad de que otras personas también lo consuman. Es posible considerar como parte de los bienes públicos aquellos bienes y servicios que generan *externalidades*, es decir, aquellos cuya producción o consumo genera un costo o un beneficio para un tercero que no está involucrado directamente en su producción o consumo.

ii) Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas

Mediante el nuevo esquema financiero del SPSS se busca eliminar los desequilibrios financieros descritos en la sección 1.3 y principalmente incrementar el nivel de inversión en salud como porcentaje del PIB por arriba del promedio latinoamericano (6.6% del PIB en 2002).

Asimismo, se busca modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud al reducir el gasto de bolsillo como fuente predominante de financiamiento y garantizar que los recursos de origen público (incluyendo las aportaciones a la seguridad social y los recursos para salud tanto federales como estatales) se constituyan en la fuente principal de financiamiento del sistema de salud.

Se pretende también promover una mayor equidad en la distribución de recursos públicos para salud entre zonas geográficas, instituciones y grupos de población. Bajo el nuevo esquema financiero del SPSS, la variable clave para la asignación del gasto será el número de familias afiliadas, por lo que la asignación presupuestal se determinará fundamentalmente de acuerdo con la población que demanda los servicios. Así, las entidades federativas recibirán recursos de acuerdo con la población afiliada.

En términos de equidad entre instituciones, la reforma busca homologar las bases de financiamiento para la población no derechohabiente de la seguridad social con aquellas definidas en el Seguro de Enferme-

dades y Maternidad (SEM) del IMSS.⁸ La estructura del SEM incorpora cuotas obreras y patronales fijadas de acuerdo con el ingreso de los trabajadores, así como una cuota que aporta el gobierno federal en su calidad de Estado nacional por cada cotizante (figura 2.2).

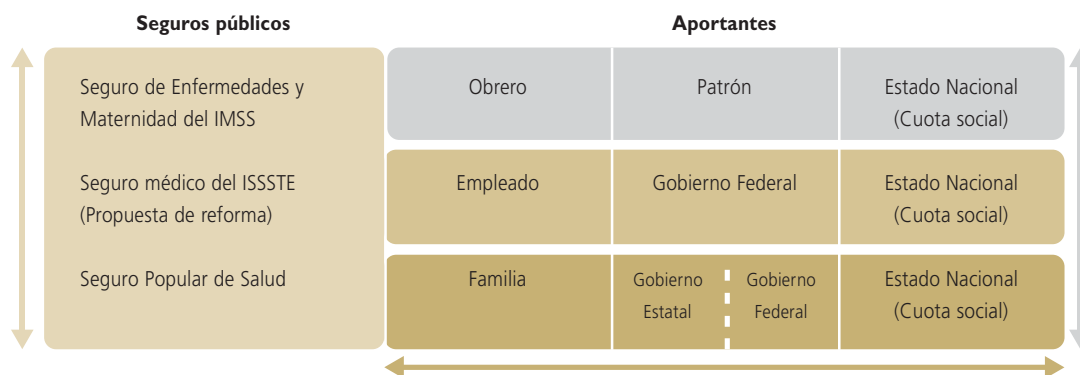
El Seguro Popular de Salud del SPSS cuenta con un esquema tripartito en donde se establece una cuota financiada por el gobierno federal por cada familia afiliada equivalente a la definida por cotizante en el SEM del IMSS.

En el caso del ISSSTE y siguiendo la misma lógica que sustenta al SPSS, si bien el Fondo Médico (seguro médico) opera bajo la lógica bipartita, empleado-gobierno federal), la propuesta de reforma a futuro contemplaría una homologación del financiamiento tripartito con el financiamiento del SEM del IMSS, tal y como se muestra en la figura 2.2. Bajo este mecanismo de financiamiento, el gobierno federal aportaría cuotas tanto en su calidad de patrón como en su calidad de Estado nacional.

En suma, bajo el esquema tripartito del SPSS, las aportaciones tanto del gobierno federal como de las entidades federativas se establecen con base en el número de familias afiliadas. Cabe mencionar que, históricamente, las asignaciones de recursos para la población no asegurada se han regido por criterios vinculados con la oferta de los servicios, y no necesariamente bajo una vinculación expresa con la población a atender. En ese sentido, las asignaciones solían determinarse de acuerdo al número de plazas de personal y a la infraestructura existente. Mediante el cambio hacia una

Figura 2.2

Nueva arquitectura financiera para los servicios de salud a la persona



⁸ En la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997 se reforzó la progresión en la definición de las cuotas obreras y patronales conforme al ingreso de los trabajadores y también se consolidó la aportación que realiza el gobierno federal en su calidad de Estado nacional por cada cotizante al SEM. La aportación o cuota federal resultado de la reforma de 1997 es considerablemente mayor a la establecida por la legislación precedente. Con la misma lógica de esta aportación, el SPSS incluye como parte de su esquema de financiamiento tripartito el pago de una "Cuota social" por parte del gobierno federal.

asignación de recursos por familia se vincula el financiamiento directamente con la población a beneficiar, lo que representa un paso significativo hacia una presupuestación sustentada en la demanda.

En cuanto a la equidad entre grupos de población, la asignación de recursos con base en la población afiliada implica una mayor equidad y progresividad social. La asignación de recursos con base en el número de familias no aseguradas permite vincular la asignación directamente con la ubicación de los hogares por decil de ingreso. De esta manera, se estima que más de 50% de los recursos adicionales del SPSS se canalizarán para la atención médica de las familias ubicadas en los primeros tres deciles de ingreso.

De hecho, la reforma establece como prioridad la afiliación de los hogares de los dos primeros deciles de ingreso residentes en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas (artículo octavo transitorio de la reforma a la LGS de 2003). En la figura 2.3 se muestra la distribución total esperada de recursos

bajo el SPSS por decil de ingreso. Ahí se observa cómo, en forma progresiva, los hogares en los deciles de menor ingreso recibirán más recursos públicos mientras que los hogares en los deciles de mayor ingreso recibirán menos recursos públicos, en términos absolutos y porcentuales.

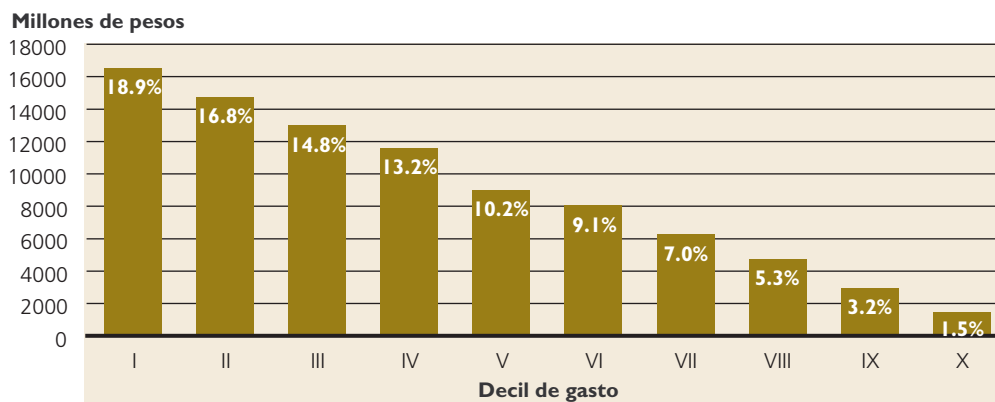
El beneficio de focalizar los recursos de esta manera impacta directamente en los hogares que, anualmente, incurren en gastos catastróficos al destinar más de 30% de su ingreso familiar disponible a gastos en salud. Sin embargo, también impacta en aquellos hogares en donde el gasto de bolsillo –aun sin ser catastrófico– puede ser causa directa de empobrecimiento (figura 2.4).⁹

Por último, en cuanto al desequilibrio vinculado con el destino del gasto público, la reforma busca promover la eficacia de la inversión en infraestructura, principalmente a través de una vinculación explícita entre las necesidades de salud y la erogación en inversión física.

Figura 2.3

Beneficios de la reforma: inversión más equitativa en salud

DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS TOTALES (88,304 MILLONES DE PESOS) DEL SPSS POR DECIL DE GASTO*



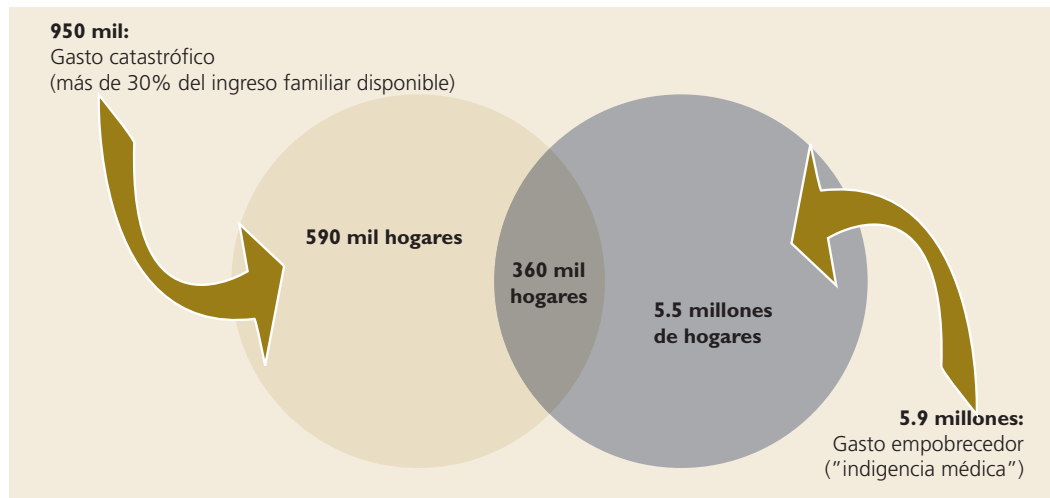
Fuente: Elaborado por la Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud, con base en información de la ENIGH 2002.

* El total de recursos del SPSS comprende la Cuota social (CS) (al 1° de enero de 2004), la Aportación solidaria federal (ASF) y la Aportación solidaria estatal (ASE) bajo un esquema de cobertura universal de la población no asegurada. Ver sección 3.4.

⁹ En este caso, por gasto catastrófico se entiende aquel que representa 30% o más del ingreso disponible del hogar, es decir, una vez descontando el gasto en alimentos. Por su parte, un gasto empobrecedor es aquel que una vez erogado –e independientemente del porcentaje que represente del ingreso disponible del hogar– deja al hogar con un nivel de recursos por debajo de una línea de pobreza preestablecida. Para efectos de la figura 2.4 se utilizó la línea de pobreza alimentaria estimada por el Comité técnico para la medición de la pobreza en México (junio 2005). Hay hogares que pueden tener gastos catastróficos pero su nivel de ingreso es tal que no implica que los lleve a una situación de pobreza. Análogamente, hay hogares que pueden tener un porcentaje de gasto de bolsillo muy bajo con respecto a su ingreso disponible, y aun así –dado su nivel de ingreso– caer en una situación de pobreza.

Figura 2.4

Beneficios de la reforma: protección financiera para las familias con mayor empobrecimiento por gasto de bolsillo (cifras anuales)



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2004. Estimaciones de la Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud.

iii) Transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica

Con el SPSS se extenderá la protección financiera a través del aseguramiento público en salud mediante una reducción del gasto de bolsillo al momento de requerir atención médica. A través del pago de una Cuota familiar anual y anticipada conforme a la condición socioeconómica, las familias afiliadas quedan protegidas financieramente ante la ocurrencia de la enfermedad ya que en caso de requerir los servicios cubiertos no deberán incurrir en gastos de bolsillo adicionales. Dichas familias contarán con la prestación de un conjunto explícito de servicios de salud que incluirá los medicamentos asociados a los tratamientos correspondientes.

Más allá de preferencias ideológicas o regímenes políticos, existe consenso general de que los servicios de salud deben financiarse preferentemente mediante contribuciones realizadas antes del momento de utilizar los servicios. Las características intrínsecas de los fenómenos de la salud –especialmente la incertidumbre que los rodea– hacen necesario tratar su financiamiento como un problema de *aseguramiento* que proteja a las familias del riesgo de un pago excesivo. La forma más equitativa y solidaria de lograr ese aseguramiento es mediante el financiamiento *público*, que en casi todos los países implica una mezcla de impuestos generales y contribuciones a esquemas de seguridad social. La finalidad del SPSS es ampliar el financiamiento

público para que incluya también a los trabajadores independientes, no asalariados e informales bajo un sistema universal de protección social en salud, sustentado en reglas de financiamiento conceptualmente equivalentes entre los diferentes esquemas de aseguramiento público que existen actualmente.

iv) Establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía

Mediante la definición de reglas claras de financiamiento, la reforma busca promover la participación del gobierno federal y los gobiernos estatales en el financiamiento de la salud. Lo anterior, acompañado de una mayor precisión en la definición de atribuciones entre órdenes de gobierno y el uso de acuerdos de coordinación como instrumento de entendimiento en materia presupuestal. Asimismo, mediante la sustitución de las cuotas de recuperación por el cobro de cuotas familiares en función del nivel socioeconómico, la protección de la salud se concibe como una responsabilidad compartida por el gobierno y la sociedad.

v) Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales y unificar el esquema de protección social en salud

Con la reforma se busca dar cumplimiento efectivo al derecho a la protección de la salud para todo mexicano establecido en el artículo 4° constitucional al extender la protección social en salud para todos los

mexicanos a través de la constitución de un nuevo sistema integrado por tres seguros públicos de salud:

- i) El de enfermedades y maternidad del IMSS, para los asalariados del sector privado formal de la economía, esto es aquellos pertenecientes al apartado A del artículo 123 constitucional;
- ii) el seguro médico del ISSSTE, para los trabajadores del sector público de la economía, esencialmente los regulados por el apartado B del propio artículo 123; y
- iii) el Seguro Popular de Salud para los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, así como sus familiares y dependientes económicos.

Bajo esta lógica, uno de los cambios más profundos derivados de la reforma se presentará en la llamada

“población abierta” o población no derechohabiente de la seguridad social. Mediante la afiliación explícita al SPSS se busca definir claramente a esta población como población beneficiaria y, por lo tanto, lograr que todos los mexicanos sean derechohabientes ya sea del IMSS, del ISSSTE, o bien del SPSS a través del Seguro Popular de Salud.

Finalmente, la reforma también busca contribuir para que la inversión en salud sea más redituable para el desarrollo económico del país. Una mayor inversión en salud sustentada en un esquema de aseguramiento público promueve un mayor retorno de la inversión pública en salud, así como un uso más eficiente de los recursos. Asimismo, la reducción en el gasto de bolsillo posibilita un mayor ahorro interno. Por otra parte, un mayor acceso a servicios de salud sin necesidad de empobrecerse por ello, redundará en una población más sana

Recuadro 2.4 Ámbitos de protección en salud

La protección social en salud representa uno de los tres pilares del sistema de salud en donde la participación gubernamental es fundamental para garantizar la protección de la salud de la población. Estos tres pilares son: a) la protección contra riesgos sanitarios y daños a la salud, b) la protección de los usuarios de los servicios médicos y c) la protección social en salud.

- La protección de la población contra riesgos y daños a la salud, particularmente aquellos riesgos asociados con factores externos, tales como el uso de ciertas sustancias tóxicas en la fabricación de lozas y cerámica; factores relacionados con algunos hábitos de vida de la población, tales como fumar e ingerir bebidas alcohólicas, y factores relacionados con el consumo de bienes y servicios, tales como alimentos, medicamentos, etc., donde no necesariamente hay una relación directa entre la forma en que se generan y los pacientes, pero inciden en la probabilidad de que se genere un daño a la salud;
- la protección de la población en el ámbito de la relación médico-paciente y considerando el derecho de los pacientes a acceder a servicios de salud de calidad, en un contexto donde los problemas de información debilitan su posición como consumidores informados y donde es necesario proteger tanto los intereses del paciente como de los profesionales de la salud, ante posibles conflictos relacionados con la práctica médica;
- la protección social en salud, la cual implica garantizar la protección financiera de la población y eliminar las barreras financieras para el acceso de los servicios de salud, mediante el aseguramiento público en salud.



/continuación

La creación del SPSS se orienta precisamente al ámbito de la protección financiera. Además de reducir barreras financieras para el acceso a los servicios, el SPSS incorpora también algunos elementos dirigidos a responder a las expectativas de las personas mediante la prestación de servicios con un mayor nivel de calidad, lo que en suma, vincula directamente esta reforma con los objetivos del sistema de salud de mejorar las condiciones de salud, brindar protección y dar respuesta a las expectativas de la población en materia de trato digno.

Sin embargo, garantizar el derecho a la protección de la salud de manera integral requiere que nuestro sistema de salud realice acciones relacionadas con cada uno de estos tres elementos. Estas acciones tienen un reflejo orgánico a través de tres entidades desconcentradas de la Secretaría de Salud vinculadas directamente con los pilares de la protección de la salud: la COFEPRIS, la CONAMED y la CNPSS.

Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

La COFEPRIS es la instancia encargada de ejecutar la política nacional de protección contra riesgos sanitarios. Entre sus actividades se encuentran:

- Regular y evaluar la calidad sanitaria de los bienes y servicios relacionados con la salud como son: alimentos, medicamentos, alcohol, tabaco, cosméticos, productos biológicos y productos biotecnológicos;
- identificar y combatir tanto riesgos ambientales como otros riesgos para la salud de la población; y
- regular a los diversos establecimientos involucrados en la prestación de servicios o generación de bienes que a través del consumo humano tienen un efecto en sus condiciones de salud o en la de terceros.

Mediante la regulación sanitaria, la COFEPRIS opera como un apoyo importante para reforzar los programas de prevención y promoción de la salud, así como, en gran medida, para generar diversos bienes públicos de la salud. Por otra parte, mediante las actividades antes listadas, se regula la multiplicidad de agentes que no están directamente relacionados con la población, ni con la prestación de los servicios de salud, pero que participan en la generación de bienes y servicios. El control de estos agentes es necesario para evitar que la población enfrente riesgos externos a su salud.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

La CONAMED es la instancia cuyo objetivo es proteger a la población en el ámbito de la relación médico-paciente mediante el apoyo y otorgamiento de facilidades para la resolución de conflictos derivados de la prestación de servicios médicos.

Lo anterior, responde a los problemas de información que caracterizan la relación médico-paciente. Los pacientes no cuentan con toda la información necesaria para identificar sus problemas de salud o para decidir acerca de las intervenciones o tratamientos para tratar una determinada enfermedad. Para ello, acuden al médico quien, al contar con mayor información, ofrece o aplica las alternativas de tratamiento.

Sin embargo, en este contexto el paciente suele estar en una posición desventajosa y existe la posibilidad de sufrir algún daño como resultado de la práctica médica. Este daño puede originarse por riesgos inherentes al tratamiento, pero también puede originarse cuando existe negligencia o una mala práctica por parte del médico. Ante esta posibilidad, es necesario dar a los pacientes alternativas para dirimir conflictos que surjan con sus médicos y a través de las cuales se cuente con un tercer agente que funja como árbitro y cuente con información suficiente para opinar sobre los elementos técnicos vinculados con el conflicto.

En el contexto del SPSS, la CONAMED representa la instancia a través de la cual se habrá de procurar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y las familias beneficiarias, bajo criterios de objetividad, imparcialidad y confidencialidad.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

Como se verá a lo largo del documento, la CNPSS es la respuesta organizacional a nivel federal para articular e instrumentar las acciones en materia de protección social en salud definidas en la reforma a la LGS de 2003.

y con más posibilidades de tener un mejor rendimiento y aprovechamiento de las actividades diarias. De esta manera, una mayor cobertura se traduce en generaciones futuras más saludables y con mayores posibilidades de incorporarse al mercado laboral, contribuyendo así al desarrollo económico.

2.4 PANORAMA GENERAL

El SPSS comprende elementos financieros y de carácter operativo que serán abordados con mayor detalle en los capítulos siguientes. Como preámbulo, a continuación se esbozan algunos de los elementos principales que lo distinguen. Para efectos ilustrativos, en la figura 2.5 se sintetizan las principales fuentes, flujos y fondos financieros, así como las instancias involucradas en realizar diferentes funciones.¹⁰

En primer término cabe señalar que bajo el SPSS se diferencian de manera explícita los servicios cubiertos, distinguiendo entre *servicios de salud a la comunidad* y *servicios de salud a la persona* (atención médica). Esta separación responde a diferencias, tanto operativas como de financiamiento, inherentes a cada tipo de servicios.

La rectoría de los *servicios de salud a la comunidad* es realizada por la Secretaría de Salud y la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad (CPSSC), la cual pertenece al Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS, anexo AL.4). Las fuentes de financiamiento son las siguientes:

- En el caso de *bienes públicos locales*, los recursos provienen del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC). Este fondo se conforma por los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) de ramo 33 que se canalizan para este tipo de servicios;
- en el caso de *bienes públicos nacionales o regionales*, se cuenta con recursos complementarios al FASC

(FASC^c) provenientes del gasto federal (presupuesto de la Secretaría de Salud comprendido en el ramo 12).

La prestación de los *servicios de salud a la comunidad* es realizada por los servicios estatales de salud. En un plano aún más operativo, son las jurisdicciones sanitarias quienes ejecutan la prestación de los servicios de salud a la comunidad mediante unidades de atención y brigadas.

En cuanto a los *servicios de salud a la persona*, la rectoría y evaluación es competencia de la Secretaría de Salud y la CNPSS (anexo AL.5). El financiamiento público de estos servicios se realiza de acuerdo con aquellas intervenciones incluidas en el Catálogo de servicios esenciales (CASES) y el conjunto de enfermedades denominadas como gastos catastróficos. Los recursos provienen de las siguientes fuentes:

- i) Cuota social (CS).** Este rubro se financia en su totalidad con recursos adicionales, los cuales se presupuestan actualmente en el presupuesto de la Secretaría de Salud (ramo 12);
- ii) Aportación solidaria federal (ASF).** Esta aportación es asignada a las entidades mediante el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona (FASP) de acuerdo con lo establecido en la Ley. Para efectos de la ASF, se toman en cuenta los recursos existentes en el FASSA de ramo 33 que se canalizan para la prestación de servicios de salud a la persona. Cuando los recursos de FASSA existentes no son suficientes para sufragar la ASF definida por Ley, se asignan recursos complementarios (ASF^c) provenientes actualmente del presupuesto federal (ramo 12);
- iii) Aportación solidaria estatal (ASE).** Los gobiernos de las entidades federativas realizan esta aportación a partir de sus propios presupuestos estatales.

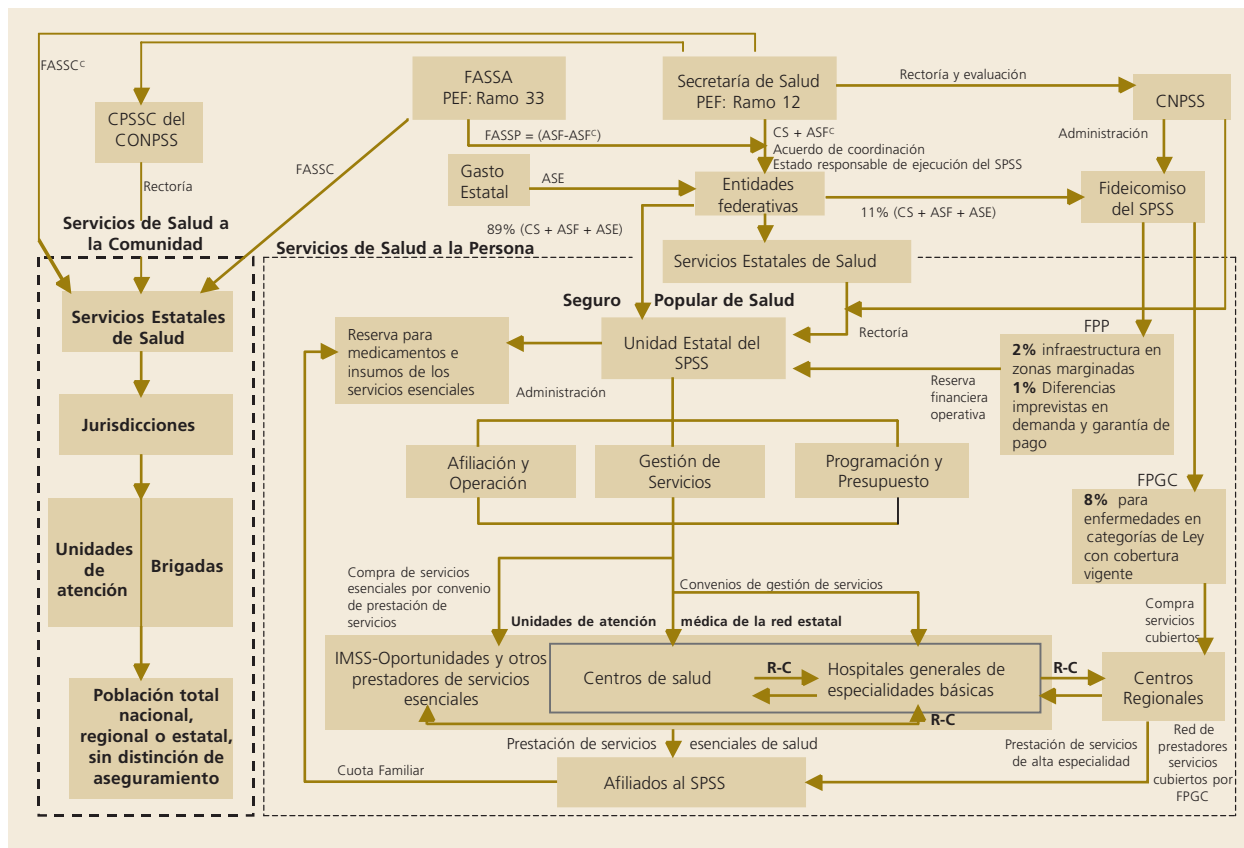
En materia de atención médica, la implantación del SPSS en las entidades federativas implica la figura de los Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS). Estos comprenden las actividades de administración de recursos financieros, afiliación, gestión de servicios, programación y presupuesto que realizan las unidades estatales del SPSS que dependen de la autoridad sanitaria estatal.

La prestación de los servicios de salud a la persona es realizada mediante el Seguro Popular de Salud a través de las unidades de atención médica de la red de servicios en el estado. Esta red se compone por prestadores como IMSS-Oportunidades, centros de salud y hospitales generales quienes garantizan la prestación de los servicios esenciales de salud del SPSS. De requerirse atención

¹⁰ En términos generales, las funciones que realizan los sistemas de salud comprenden las siguientes: i) *Rectoría*: actividades de regulación, generación de información, evaluación del desempeño, definición y conducción de políticas públicas, así como la supervisión de las funciones, recursos y facultades; ii) *Financiamiento*: actividades de recaudación, mancomunación y asignación de recursos. Básicamente es el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. El sistema se encarga de recaudar algunos de los fondos directamente, mancomuna todos los que se reúnen, con la excepción de la tributación general y compra bienes y servicios o los financia directamente; iii) *Prestación de servicios*: actividades de suministro y prestación de servicios de salud a la persona y servicios de salud a la comunidad; y iv) *Generación de recursos*: actividades de inversión en infraestructura, desarrollo de recursos humanos y conocimiento en salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, OMS.

Figura 2.5

Modelo financiero-operativo del Sistema de Protección Social en Salud



Nota: consúltese el significado de las siglas en el apartado de acrónimos.

médica de tercer nivel, los REPSS cuentan con centros regionales de alta especialidad y una red de prestadores de servicios médicos de tercer nivel. Cuando las intervenciones prestadas en estos casos corresponden con aquellas denominadas como gastos catastróficos, son cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). La fuente de financiamiento del FPGC

corresponde a 8% del monto que represente la suma de la Cuota social, la ASF y la ASE. Adicionalmente, se destina de este mismo monto (CS + ASF + ASE) 2% para infraestructura en salud en zonas marginadas y 1% para cubrir diferencias imprevistas en la demanda y la garantía de pago. Estos recursos son administrados a través de un fideicomiso (Fideicomiso del SPSS).



TRES. **3.1** FINANCIAMIENTO ACORDE CON LA NATURALEZA DE LOS BIENES DE LA SALUD

Marco financiero

Una de las principales innovaciones financieras de la reforma a la LGS es la definición de los bienes y servicios que provee el sistema de salud, distinguiendo entre dos grandes grupos de bienes para la salud que se describen a continuación (figura 3.1).

Bienes públicos. Se entienden como aquellos bienes o servicios cuya cantidad disponible no se agota cuando los consume un individuo o grupos de individuos. Al mismo tiempo, el consumo del bien por parte de una persona no excluye la posibilidad de que otras personas también los consuman. Ejemplos de bienes públicos son algunas tareas vinculadas con la rectoría del sector tales como: la regulación sanitaria, la generación de información y la evaluación. Asimismo se consideran bienes públicos la generación de conocimiento derivado de la investigación y los servicios de salud pública dirigidos a colectividades, tales como la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, la atención en caso de desastres y el control de vectores.

Es posible considerar, como parte de los bienes públicos, aquellos servicios que, si bien se dirigen específicamente a las personas, generan una reducción externa de riesgos; es decir, cuando la prestación del servicio genera un beneficio no sólo para quien lo recibe, sino que el beneficio se extiende al resto de la población. Ejemplo de ello son las campañas masivas de inmunización como las Semanas Nacionales de Vacunación. Otra característica de estos bienes es el hecho de que se proveen independientemente de que las personas acudan a demandarlos.

El financiamiento de los bienes públicos de la salud debe seguir una lógica presupuestal clásica sustentada en impuestos generales, en tanto son bienes que benefician a la población en su conjunto, independientemente de su afiliación a alguna institución pública de salud. Dadas las características de estos servicios es fundamental garantizar su financiamiento de manera independiente.

Figura 3.1

Clasificación de los bienes de la salud



El financiamiento de la producción de bienes públicos en las entidades federativas se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC), conforme a lo establecido en el artículo 77 Bis 20 del decreto de reforma a la LGS.

Servicios de salud a la persona (atención médica). Estos servicios se brindan cuando la persona se presenta en la unidad de atención solicitando espontánea o explícitamente la prestación del servicio. La atención médica comprende servicios otorgados principalmente mediante la interacción directa del médico o personal paramédico con el paciente. En este rubro se incluyen servicios tales como:

- Preventivos;
- diagnósticos confirmatorios aplicados a la persona en las unidades de salud;
- curativos;
- paliativos; y
- de rehabilitación y limitación del daño.

Dada la incertidumbre en el riesgo de sufrir una pérdida de la salud, se ha propuesto que el financiamiento de los servicios de atención médica se sustente, como se ha señalado antes, en una lógica de aseguramiento público financiado de forma tripartito. Bajo esta lógica, la población afiliada al SPSS contribuye al financiamiento mediante el pago de una Cuota familiar de acuerdo con su capacidad de pago, por la que recibe un conjunto de beneficios explícitos establecido en un

catálogo de intervenciones que toma en cuenta las necesidades de salud de la población. Con ello, se logra financiar la prestación de los servicios bajo el principio de solidaridad financiera (recuadro 3.1).

3.2 SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD

De forma separada al Seguro Popular, el SPSS incluye el otorgamiento de un conjunto de servicios de salud a la comunidad, mismos que deben ser provistos a la población independientemente de su condición de aseguramiento y que forman parte de las funciones de rectoría en el ámbito estatal, prestación de servicios de salud pública y protección contra riesgos sanitarios, cuya prestación es competencia de los Servicios estatales de salud.

La distinción que se hace en el SPSS entre estos bienes y los servicios de salud a la persona (atención médica) permite establecer reglas de financiamiento diferenciadas y acordes con la naturaleza económica de los bienes de la salud. Es importante señalar que los bienes públicos de la salud se pueden categorizar en uno de dos grupos: 1) los bienes públicos de competencia nacional o regional y 2) los bienes públicos de competencia local o estatal, tal como se observa en la figura 3.2. El orden de gobierno responsable de la rectoría y el financiamiento son distintos según la naturaleza del bien.

Los recursos federales que apoyan la prestación por parte de las entidades federativas de los bienes públicos locales se realizará a través del Fondo de Aporta-

Recuadro 3.1 Subsidios cruzados y transferencia de riesgos en el SPSS

En todo esquema de aseguramiento público de la atención médica en donde existe una descentralización de funciones, la transferencia de recursos financieros implica la existencia de subsidios cruzados entre grupos poblacionales. Además, las transferencias financieras implican traspasar la administración de los riesgos entre órdenes de gobierno o entre la población, así como entre instancias financiadoras y prestadores de servicios. En el caso particular del SPSS, existen dos tipos de subsidios cruzados y cuatro niveles de transferencia de riesgos. Los subsidios cruzados implícitos en el SPSS son los siguientes:

Subsidio de la población sana a la población enferma. Este subsidio es el resultado de dos premisas: i) las contribuciones que realizan los gobiernos federal y estatal, así como las familias, se realizan independientemente de la condición de salud de los miembros de la familia, y ii) los recursos se asignan a los servicios en función de la demanda, es decir, los recursos se utilizan para atender a la población enferma.

Subsidio de la población con mayores recursos financieros hacia la población con menores recursos. Este subsidio es el resultado de las siguientes premisas: i) el cobro de las cuotas familiares es progresivo, es decir, según la condición socioeconómica del hogar. Además, este subsidio se complementa con las aportaciones federales y estatales, las cuales provienen de la recaudación de los impuestos generales, y ii) si la población de menores recursos tiene una mayor demanda por servicios de salud, recibirá indirectamente un subsidio a través de la atención médica que reciba.

En cuanto a las transferencias de riesgo, el SPSS involucra las siguientes:

Entre órdenes de gobierno. El gobierno federal, al transferir recursos a los gobiernos estatales, también les transfiere el riesgo, así como la responsabilidad, de la administración y provisión de los servicios cubiertos por el SPSS. Esta transferencia está sustentada en el componente de la descentralización de la función de la provisión de servicios.

Entre las familias afiliadas y el gobierno estatal. Las familias afiliadas, al pagar su Cuota familiar al gobierno estatal, transfieren al estado el riesgo de financiar y brindar los servicios cubiertos por el SPSS al momento de requerirlos.

Entre el gobierno estatal y los prestadores de servicios en el estado. La transferencia de recursos de los gobiernos estatales hacia las unidades proveedoras de servicios implica la transferencia del riesgo de la gestión de servicios para que el financiamiento sea suficiente. Esta transferencia pretende implantar el concepto de micro-eficiencia en la provisión de servicios.

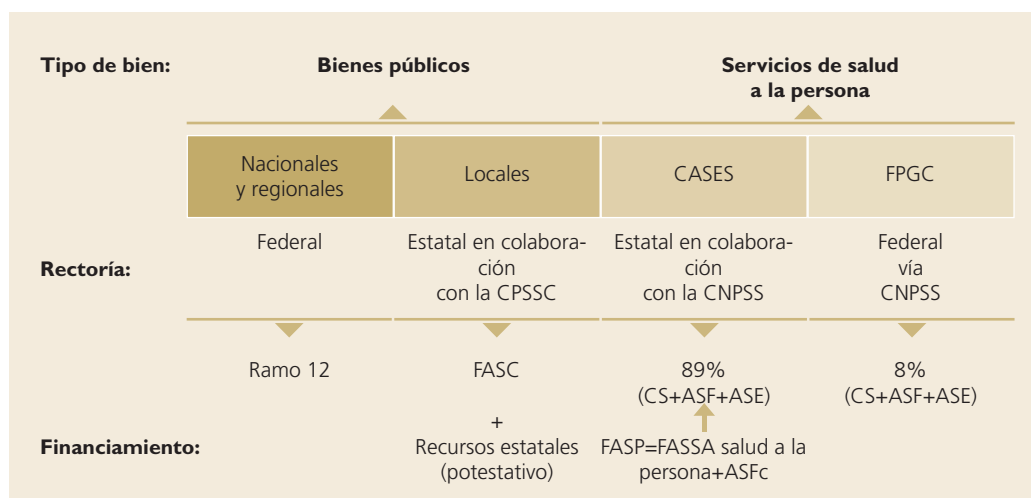
Entre el gobierno federal y las familias afiliadas. La retención de una porción de los recursos federales y estatales por parte del gobierno federal para cubrir el financiamiento de los servicios de alta especialidad, así como el financiamiento complementario federal para atender contingencias de salud a la comunidad que pudiesen generar desequilibrios en el SPSS y en la sociedad mexicana en su conjunto, manifiesta una administración del riesgo a través de agrupaciones de riesgos a nivel nacional.

ciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC). Las actividades y servicios que serán susceptibles de financiamiento a través de este fondo deben contar con, al menos, uno de los atributos y corresponder con, al menos, uno de los tipos de actividades que se describen en el artículo 5 del Reglamento. Dichos atributos y actividades se muestran en el cuadro 3.1. La lista preliminar de las intervenciones que corresponden a estos servicios de salud se presenta en el apartado 4.8.

El FASC se constituirá contablemente con los recursos que del FASSA se hayan destinado en 2003 a financiar los servicios de salud a la comunidad. Estos recursos constituyen un punto de partida bajo el cual se respetará un monto mínimo para cada entidad considerando el presupuesto histórico asociado a estos servicios y actividades. Sin embargo, el porcentaje de crecimiento del FASC se determinará anualmente tomando en cuenta el crecimiento observado del gasto público en salud y el crecimiento esperado en la po-

Figura 3.2

Financiamiento por tipo de bien y ámbito de gobierno



Nota: ver el significado de las siglas en el apartado de acrónimos.

blación total, así como los recursos necesarios para realizar las acciones cubiertas mediante este fondo.

Manteniendo como asignación base el monto de recursos del FASSA 2003 mencionado previamente, las entidades federativas podrán recibir recursos adicionales resultado del incremento anual en el FASC, en función de la participación de su población con respecto a la población total de las 32 entidades federativas, la cual será ajustada por un factor de riesgo sanitario estatal y un índice de eficiencia de los programas de salud pública (artículos 91-93 del Reglamento).

Lo anterior, a partir de un índice de eficiencia de los programas de salud pública que será construido con base en los resultados de la evaluación de los programas de prevención y promoción de la salud de acuerdo con la metodología *Caminando a la Excelencia*. Dicha metodología utiliza un análisis de vectores para combinar los principales indicadores de proceso y de resultado de cada uno de los programas. El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades es el organismo encargado de publicar los datos oficiales sobre el índice de desempeño en cada entidad federativa que será utilizado para informar la asignación de los recursos del FASC.

Como parte del CONPSS, se establecerá una Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad (CPSSC) como órgano de consulta y opinión para establecer los lineamientos de integración y operación del FASC, así como aquellos criterios vinculados con la salud pública y los factores de ajuste por riesgo sa-

nitario estatal y eficiencia que serán utilizados para distribuir el incremento anual de recursos del FASC.

En las disposiciones reglamentarias se establece que la Secretaría de Salud deberá dar a conocer la información y la metodología utilizadas para estimar la distribución de los recursos del FASC, lo que permitirá reforzar la transparencia y la rendición de cuentas del SPSS.

Por otro lado, los bienes públicos de competencia nacional o regional serán financiados y coordinados a nivel federal por la Secretaría. Los recursos para el financiamiento provendrán del Ramo 12 y serán complementarios a los recursos del FASC. Algunos ejemplos de bienes públicos de competencia nacional son las campañas nacionales de vacunación, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la atención en casos de desastres o emergencias y la protección contra riesgos sanitarios.

3.3 DEFINICIÓN Y COSTEO DEL PAQUETE DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD

El SPSS, mediante el vehículo financiero conocido como Seguro Popular de Salud, contempla el aseguramiento de un conjunto de beneficios explícitos de atención médica mediante la priorización de intervenciones que responde directamente a las necesidades de la población afiliada. Así, en lo referente a los servicios de salud a la persona, los recursos provenientes del esquema de financiamiento tripartito del SPSS serán destinados para

Cuadro 3.1

Servicios de salud a la comunidad: atributos generales y tipo de actividades**A. Atributos generales**

- I. Cobertura nacional y provistos independientemente de la condición de aseguramiento en salud de la población beneficiaria;
- II. otorgados de manera gratuita para la población en el momento de su utilización;
- III. acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica;
- IV. servicios que deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos; y
- V. prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponible para otros miembros de la población.

B. Tipo de actividades de rectoría

- I. Emisión y supervisión de marcos normativos y de regulación sanitaria de los productos, procesos, métodos, instalaciones, servicios y actividades que tienen un impacto sobre la salud, según las competencias y atribuciones de las entidades federativas;
- II. definición y conducción de políticas de salud, así como la generación y operación de los sistemas de información y evaluación;
- III. promoción de la investigación en materia de servicios de salud pública; y
- IV. identificación, análisis y evaluación de riesgos sanitarios.

C. Tipo de actividades comprendidas en la prestación de servicios de salud pública

- I. Acciones que implican la participación comunitaria y mediante las cuales se evitan o se reducen riesgos para la salud de la población, y promueven el autocuidado de la salud y estilos de vida saludable de manera generalizada;
- II. actividades encaminadas a prevenir o contrarrestar los riesgos para la salud de la población en el territorio nacional que se derivan de actividades realizadas por agentes dentro y fuera del sector salud o de eventos no predecibles, coadyuvando a salvaguardar la seguridad nacional;
- III. acciones efectuadas sobre la persona, que implican una reducción de riesgos a la comunidad;
- IV. actividades de tamizaje;
- V. actividades que forman parte de la vigilancia epidemiológica;
- VI. acciones de atención a la comunidad en caso de desastres y/o urgencias epidemiológicas;
- VII. actividades que permiten proteger contra riesgos sanitarios, que implican el control y fomento sanitario de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades, así como la emisión, prórroga o revocación de autorizaciones sanitarias que sean competencia o atribución de la entidad, y
- VIII. actividades de control analítico y constatación del cumplimiento de la normatividad.

Fuente: Artículo 5 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

la prestación de un conjunto de intervenciones seleccionadas mediante un proceso de priorización. La priorización considera criterios de costo-efectividad, continuidad en la atención, cumplimiento con las normas ético-médicas, aceptabilidad social y disponibilidad de infraestructura. Las intervenciones seleccionadas y los medicamentos asociados serán publicados en un Catálogo de servicios esenciales (CASES) que será entregado a las familias al momento de su afiliación al SPSS.¹¹

La determinación de la secuencia y alcances de cada intervención, así como las intervenciones que forma-

rán parte de los servicios esenciales por tipo de establecimiento de atención médica, así como la actualización periódica del catálogo es responsabilidad de la CNPSS.

El SPSS incrementará de manera gradual el número de intervenciones cubiertas como parte de los servicios esenciales. En el anexo AT.1 se presentan las intervenciones y medicamentos incluidos en el CASES 2005.

El Reglamento (artículo 9) enumera los siguientes criterios a considerar para la definición del conjunto de servicios esenciales:

- I. Incluir las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las

¹¹ Durante el periodo 2001-2003, el Seguro Popular también contó con un catálogo explícito de intervenciones, conocido como Catálogo de beneficios médicos (CABEME).

- correspondientes a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, vinculadas con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país;
- II. considerar la sustentabilidad financiera del Sistema;
- III. tomar en cuenta las necesidades de salud recurrentemente solicitadas en los servicios públicos de salud disponibles;
- IV. prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutoria de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales;
- V. establecer las intervenciones cubiertas, a manera de catálogo;
- VI. contemplar los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, deberán ser prescritos por el médico conforme a lo establecido en los protocolos o guías clínico-terapéuticas que se apliquen para cada intervención, y sujetando la dotación de medicamentos a lo señalado en la receta;
- VII. tomar como principios fundamentales la equidad y la justicia distributiva; y
- VIII. promover un trato digno y respetuoso.

Por otra parte, el área responsable del cálculo de los costos de las intervenciones que conformarán el CASES del SPSS es la CNPSS, específicamente la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

La metodología utilizada para estimar los costos involucrados en la prestación de los servicios esenciales toma como punto de partida las guías clínico-terapéuticas de cada intervención. Las guías clínico-terapéuticas establecen un protocolo de procedimientos que permiten conocer con detalle las actividades a seguir en términos de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas necesarias para atender un padecimiento determinado. Adicionalmente, el costeo considera los medicamentos asociados y los estudios de apoyo, dentro de los cuales se incluyen los estudios de laboratorio y de gabinete. Una vez determinadas las intervenciones diagnósticas y terapéuticas (incluyendo medicamentos), así como los estudios de apoyo, se construyen algoritmos de diagnóstico y tratamiento para cada servicio esencial. Los algoritmos, a su vez, son utilizados para el diseño de las funciones de producción por servicio esencial.

En este sentido, existen tres determinantes financieros que intervienen en la estimación de los costos asociados a las intervenciones que integran el CASES:

- El costo variable derivado de los gastos corrientes en que se incurre operacionalmente para brindar los servicios;
- el costo fijo, integrado por el costo que representa la capacidad instalada y los recursos humanos. Para el método de costeo implementado hasta ahora, tanto la capacidad instalada como los recursos humanos se consideran fijos para la unidad médica. Conforme madure la operación del SPSS y se implemente la plataforma tecnológica integral del SPSS que permita generar un sistema de centros de costo, tanto la capacidad instalada y los recursos humanos se podrán considerar variables por servicio o intervención cubierta por el SPSS;
- la consideración de escenarios posibles para la implantación de cuotas reguladoras.

Las variables que se consideran dentro de cada categoría de costos se muestran en el cuadro 3.2. Los criterios generales empleados en el cálculo del costo de las intervenciones se muestra en el anexo AT.2.

Cuadro 3.2
Variables consideradas en cada categoría de costo

Costos fijos	Costos variables
<ul style="list-style-type: none"> ■ Salarios del personal <ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermería • Administrativo • Técnico • Otros • Intendencia • Farmacia • Trabajadores sociales, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudios de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio • Imagenología
<ul style="list-style-type: none"> ■ Servicios <ul style="list-style-type: none"> • Luz • Agua • Mantenimiento • Gas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Insumos <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos • Materiales de curación • Consumibles para equipos médicos
<ul style="list-style-type: none"> ■ Costos de capital anualizado <ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura física (terreno y construcción) • Mobiliario • Equipo • Instrumental • Ropería 	

Recuadro 3.2 Inclusión de intervenciones en los servicios de salud a la comunidad y el CASES

Como parte de los criterios para determinar la inclusión de nuevas intervenciones como parte del conjunto de servicios de salud a la comunidad y del CASES se ha considerado el análisis costo-efectividad a partir de la experiencia internacional.

En particular, los resultados generados por el proyecto "CHOICE" (por sus siglas en inglés **CHO**osing **I**nterventions **th**at are **C**ost-**E**ffective - Elección de intervenciones que son costo-efectivas), auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, han permitido identificar intervenciones costo-efectivas a nivel mundial.

Entre las premisas del proyecto CHOICE se encuentran las siguientes:

- Se identifican categorías de intervenciones en salud comunes en las diversas regiones del mundo analizadas;
- se enfatiza el papel de las intervenciones preventivas sobre las intervenciones curativas en la mayoría de las categorías identificadas;
- se proporcionan resultados sólidos y confiables para cada región, y
- se emplean métodos estandarizados de medición de la razón costo-efectividad que pueden aplicarse a todas las intervenciones bajo diferentes escenarios.

Las características del proyecto CHOICE han permitido empatar varias de sus categorías e intervenciones con las intervenciones propuestas o ya cubiertas como parte de los servicios de salud a la comunidad entre las que destacan:

Categoría	Intervención
Deficiencia en hierro	Fortificación de hierro al 95%
Tabaquismo	Prohibición de publicidad en medios masivos
Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular	Reducción obligatoria de cantidad de sal usada en alimentos industrializados
Desnutrición en menores de 5 años	Suplemento de vitamina A y Zinc, fortificación de vitamina A y Zinc, consejería en nutrición y monitoreo de crecimiento, rehidratación oral por diarrea, manejo de neumonía infantil

Para el CASES, se han empatado e identificado las siguientes intervenciones:

Categoría	Intervención
Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular	Medicamentos hipertensivos y educación (presión sanguínea > 160)
Depresión unipolar	Medicamentos antidepresivos generación anterior y psicoterapia
Epilepsia	Medicamentos antiepilépticos generación anterior
Diabetes	Control intensivo de glicemia, detección oportuna de retinopatía y fotocoagulación
Cáncer de mama	Mastectomía parcial, disección axilar y radioterapia
Salud materna	Manejo de hemorragia post-partum (95%), sepsis durante el alumbramiento (95%), tratamiento antibiótico contra sepsis, aplicación de toxoide tetánico (95%), atención obstétrica básica (95%), sinfisiotomía, cesárea

Se considera que los resultados y herramientas de análisis desarrollados por el proyecto CHOICE puedan utilizarse como base para ajustar los datos con información más detallada sobre México y seleccionar las intervenciones más costo-efectivas para incluir tanto en los servicios de salud a la comunidad como en el CASES, siempre que se cuente con la infraestructura material y humana, así como con los recursos financieros necesarios para la cobertura de toda la población objetivo.

3.4 ESQUEMA TRIPARTITO DE FINANCIAMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA

Los servicios de salud a la persona comprendidos en el CASES se financian a través del esquema de financiamiento tripartito del Seguro Popular de Salud que consta de los siguientes componentes: Cuota social, Aportación solidaria (federal y estatal) y Cuota familiar.

3.4.1 Cuota social

La LGS establece el pago por familia de una Cuota social (CS), cubierta por el gobierno federal. La inclusión de este componente es un paso significativo para promover una mayor equidad financiera entre instituciones y reducir de manera importante la brecha observada entre el gasto público para la población beneficiaria de la seguridad social y el gasto público para los no asegurados.

La Cuota social es cubierta anualmente por el gobierno federal en su calidad de Estado nacional por cada familia afiliada al SPSS. La Cuota social equivale a 15% del salario mínimo general diario para el Distrito Federal vigente al 1 de enero de 2004, es decir 2,477 pesos anuales por familia. Esta cifra es muy semejante a la aportación vigente para cada empleado afiliado al SEM del IMSS y a partir de la entrada en vigor de la reforma se actualiza trimestralmente de acuerdo con la variación en el Índice Nacional de Precios al Consumidor, tal y como ocurre en el caso de la aportación que realiza el gobierno federal al SEM del IMSS. Con esta cuota se tiende al reconocimiento social de la Federación frente a la garantía individual de la protección de la salud (artículo 77 Bis 12 de la LGS). El método de cálculo para la Cuota social se presenta en el anexo AT.3.

3.4.2. Aportaciones solidarias

Las aportaciones solidarias del gobierno por familia afiliada al SPSS (artículo 77 Bis 13 de la LGS) resultan de la concurrencia de recursos federales y estatales bajo los principios de corresponsabilidad y equidad. De esta manera existen dos tipos de aportaciones solidarias:

1. Aportación solidaria estatal (ASE) mínima por familia equivalente a la mitad de la Cuota social; y
2. Aportación solidaria federal (ASF) por familia, equivalente en promedio a una y media veces el monto de la Cuota social.

El monto definido en la LGS para la ASF por familia en cada entidad se determina mediante la distribución de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP) conforme a una fórmula que toma en cuenta los siguientes componentes de asignación:

- i. Número de familias beneficiarias;
- ii. necesidades de salud;
- iii. aportaciones adicionales que realicen las entidades, es decir, en adición a lo que la LGS les señala como ASE; este concepto se conoce como “esfuerzo estatal”; y
- iv. el desempeño de los servicios de salud.

Para cada uno de estos componentes se define anualmente un porcentaje o ponderador que determina su grado de influencia en el cálculo de la ASF.

El primer paso para calcular la ASF aplicable a cada entidad es definir el monto anual de recursos que corresponde al FASP. En 2004, este monto se obtuvo multiplicando 3,715 pesos por familia beneficiaria (o 1.5 veces la Cuota social) por el número total de familias beneficiarias establecido como meta de afiliación para dicho año a nivel nacional.

Una vez estimado el monto total de recursos para el FASP, se utiliza la fórmula a que se refiere el artículo 87 del Reglamento para asignar estos recursos entre las entidades federativas, a partir de los cuatro componentes señalados anteriormente y sus ponderadores o porcentajes respectivos.

Durante la fase de transición, mediante la cual se incorporarán familias gradualmente al SPSS, se considera apropiado dar el mayor peso al componente de asignación con base en el número de familias beneficiarias, y en segundo término al componente de asignación por necesidades de salud. De esta manera, es de esperarse que en los primeros años de operación del SPSS, los ponderadores de los componentes de asignación por esfuerzo estatal y desempeño tengan un impacto mínimo en la asignación. Cabe señalar, sin embargo, que estos dos componentes difícilmente tendrán conjuntamente el peso mayoritario en la asignación, dado que la ASF busca principalmente resarcir a las entidades mediante la asignación de recursos federales con base en criterios de equidad. De hecho, el mismo Reglamento establece que el ponderador del componente de asignación por familia beneficiaria no podrá ser menor a 80% de la ASF. A continuación se describen los criterios de asignación de cada componente de la fórmula.

Mediante el componente de asignación por familia beneficiaria, las entidades reciben una cantidad en fun-

ción del porcentaje de familias afiliadas en la entidad con respecto al número total de familias beneficiarias del SPSS. La asignación del componente de necesidades se lleva a cabo considerando la población beneficiaria del SPSS la cual se ajusta con base en variables que reflejen las diferencias relativas entre entidades en necesidades de salud. Este ajuste se realiza mediante dos variables: la probabilidad de muerte infantil y la probabilidad de muerte en adultos.

El componente de esfuerzo estatal se asigna proporcionalmente de acuerdo con la participación de las aportaciones estatales adicionales con respecto al total de aportaciones adicionales observadas en el año anterior.

El componente de asignación por desempeño contempla también una asignación en proporción al desempeño de la entidad con respecto al desempeño total de las 32 entidades. El desarrollo del indicador de desempeño es trabajo en proceso, por lo que no se consideró para los cálculos de asignación de 2004. Cabe resaltar que mediante este indicador se busca medir la cobertura efectiva de los servicios, considerando las dificultades intrínsecas, la disponibilidad de recursos y los logros asociados en cada entidad federativa.

Una vez estimada la asignación para cada uno de los componentes señalados, se suma el monto de recursos correspondiente a cada entidad y se divide entre el número de familias beneficiarias del SPSS en la entidad. El monto por familia resultante representa la

aportación solidaria que corresponde a la Federación destinar a cada entidad federativa por Ley.

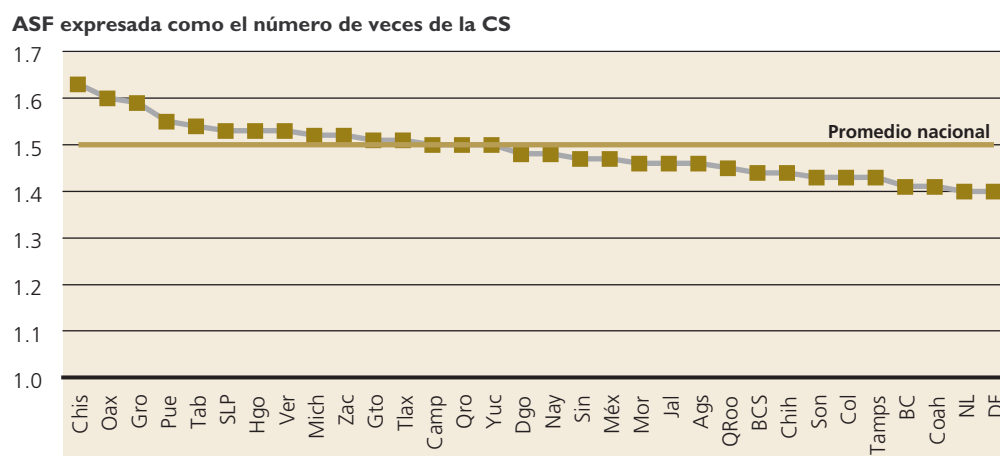
No obstante que a nivel nacional la ASF es equivalente a 1.5 veces la CS, esta misma relación no necesariamente se observa para cada entidad federativa, ya que el objetivo de la fórmula es beneficiar a las familias con mayores necesidades de salud, lo cual está directamente asociado con los niveles de desarrollo económico y pobreza que prevalecen en nuestro país, por lo que son estas últimas entidades las que registran una ASF cuyo valor es ligeramente superior a 1.5 veces la CS (figura 3.3).

Al igual que en el caso de la ASE, una vez que se determina la ASF por familia beneficiaria de acuerdo con la LGS, se contabilizan los recursos existentes. Es decir, se consideran los recursos estatales y federales respectivamente, que hoy en día se destinan para financiar servicios de salud a la persona. Ello implica un reordenamiento de recursos por familia o alineación presupuestal como es el caso de la parte correspondiente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA de ramo 33), así como de otros recursos (provenientes de ramo 12) que financian la atención médica mediante programas especiales de combate a la pobreza, como es el caso del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Esta alineación presupuestal permite identificar y contabilizar como parte del Sistema la multiplicidad de recursos federales que hoy en día se canalizan para

Figura 3.3

Asignación de la Aportación solidaria federal mediante fórmula de distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, 2004



Fuente: Elaborado por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2004-Ramo 33: FASSA y conforme a lo dispuesto en la LGS para la Cuota social.

financiar la atención médica del mismo grupo de población. En el caso de la ASE, permite tomar en cuenta el gasto estatal que aportan las entidades federativas. Por último, la comparación entre el monto por familia que corresponde de acuerdo con la Ley y el monto de recursos actualmente disponibles, permite identificar en qué casos es necesario que la Federación o el gobierno estatal, en su caso, asigne recursos frescos o adicionales al Sistema.

Con lo anterior, la lógica de distinguir los recursos destinados a la atención médica de aquellos dirigidos a la comunidad se refuerza. Además se establecen las bases para el mejor control y supervisión del uso de los recursos en un marco de transparencia y rendición de cuentas. En el anexo AT.3 se presenta un ejemplo de cálculo para la ASE y la ASF.

3.4.3 Cuota familiar

Las cuotas familiares son el vínculo mediante el cual las familias afiliadas se corresponsabilizan del financiamiento del SPSS. Además, el pago anticipado de esta cuota sustituirá al pago de cuotas de recuperación en el momento de demandar la atención, con lo que se busca reducir el gasto de bolsillo y el número de hogares que se empobrecen debido a gastos catastróficos en salud para la familia. La Cuota familiar (CF) es un monto que paga anualmente cada familia afiliada, y es proporcional a su condición económica (artículo 77 Bis 21 de la LGS). Cabe señalar que la reforma establece claramente que en ningún caso la incapacidad económica para cubrir esta cuota será impedimento para la incorporación al Seguro Popular de Salud. En respuesta a lo anterior, durante el proceso de afiliación las familias son clasificadas en uno de dos regímenes: el régimen contributivo o el régimen no contributivo. El régimen contributivo lo constituyen las familias afiliadas que aportan una Cuota familiar que será anual, anticipada y progresiva. El régimen no contributivo lo constituyen las familias que por su situación socioeconómica no pueden aportar la Cuota familiar.

De acuerdo con el artículo 77 Bis 4 de la LGS, la unidad de protección es el núcleo familiar, el cual se puede integrar por los cónyuges y los hijos menores de 18 años, además de los padres mayores de 64 años, dependientes económicos que formen parte de la familia. También pueden considerarse a los hijos de hasta 25 años, solteros, que prueben ser estudiantes o discapacitados dependientes. La Ley considera también como núcleo familiar a la familia unipersonal, es decir aquella conformada por individuos solteros mayores de dieciocho años.

Los principales objetivos de las cuotas familiares son:

- 1. Crear una cultura de corresponsabilidad.** Se busca que la población cuente con mayores elementos para exigir derechos adquiridos - recibir los servicios cubiertos de atención médica y los medicamentos asociados-, pero también sensibilizar sobre la adquisición de obligaciones como cumplir con prácticas y conductas saludables o preventivas.
- 2. Crear una cultura de pago anticipado.** Se busca generar conciencia entre las familias de que pagar de manera anticipada la atención médica es la mejor forma de reducir el gasto de bolsillo. También se busca convencerlas de que realizar un pago antes de recibir los servicios cubiertos en el SPSS se puede ver como una inversión en el corto plazo que otorgará beneficios inmediatos. Esto es, mediante un solo pago al inicio de la cobertura, la familia puede hacer uso, cuando lo necesite, de los servicios que otorga el SPSS durante el año de vigencia que cubre la cuota, sin necesidad de realizar una nueva aportación, excepto en el caso de existir alguna cuota reguladora; y
- 3. Fomentar una cultura de medicina preventiva entre las familias afiliadas al SPSS.** Generalmente, las familias que carecen de la cobertura de servicios de salud no acuden periódicamente a una revisión médica, por lo que aumenta su riesgo de padecer alguna enfermedad. A través del SPSS las familias afiliadas tienen la oportunidad de recibir atención preventiva para mantener la salud y así reducir el riesgo de padecer alguna enfermedad.

3.4.3.1 Régimen contributivo

En el régimen contributivo las familias pagan una CF acorde con su nivel socio-económico. En este caso, corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la CNPSS, establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los afiliados al SPSS. A su vez, corresponde a las entidades federativas administrar, recibir y ejercer las cuotas familiares del SPSS (artículo 77 Bis 5, inciso A, fracción VI e inciso B, fracción V de la LGS).

El esquema de cuotas familiares se define con base en el nivel de ingreso familiar promedio para cada decil de la distribución de ingreso que se estima a nivel nacional. Así, se establece una CF a pagar para cada decil de ingreso. Por otra parte, para cada familia afiliada se hace una evaluación de su nivel socio-económico a fin de ubicarla en el decil de ingreso que corresponda, y por tanto determinar el monto que le corresponde pa-

gar o en su caso, la sujeción al régimen no contributivo. La verificación del decil de ingreso que corresponde a cada familia afiliada se realiza cada tres años (artículos 124 y 125 del Reglamento).

La CF podrá aumentar cada año de acuerdo con la variación en el índice nacional de precios al consumidor. Esta limitante al incremento de la CF responde al hecho de que si bien constituye la tercera fuente de financiamiento del Seguro Popular, en ningún momento se busca que represente la principal fuente de financiamiento.

Cabe señalar que la aportación de la CF no cubre la totalidad del costo por los servicios de salud brindados por el SPSS. Esto se explica porque la CF recibe un subsidio importante por parte de los gobiernos federal y estatales mediante la CS, la ASF y la ASE descritas previamente.

3.4.3.2 Régimen no contributivo

Con base en el artículo 77 Bis 26 de la LGS, el nivel de ingreso o la carencia de éste no podrán ser limitantes para incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Seguro Popular. Por lo anterior se establece un régimen no contributivo que aplica a aquellas familias cuyo ingreso no les permite acceder a los satisfactores de capacidades básicas (alimentación, educación y salud).

De acuerdo con el artículo 127 del Reglamento se podrán considerar sujetas de incorporación al régimen no contributivo, aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos:

- I. Tener un nivel de ingreso familiar disponible (una vez descontado el gasto en alimentos) tal que los ubique en los deciles I y II de la distribución del ingreso a nivel nacional;
- II. ser beneficiario de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal;
- III. ser residentes en localidades rurales de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y
- IV. otros supuestos que fije la CNPSS.

La Secretaría, las entidades federativas u otros terceros solidarios podrán realizar aportaciones para cubrir la CF de las familias sujetas al régimen no contributivo. La posibilidad de que el pago de la cuota sea realizado por un tercero solidario busca preservar el concepto de financiamiento tripartito del SPSS.

Los criterios y la metodología para determinar las familias que deben pertenecer al régimen no contributivo y para el cálculo de las cuotas familiares, se

basará principalmente en la información disponible de encuestas representativas a nivel nacional que contengan información de ingresos y gastos de los hogares (artículo 124 del Reglamento). Con base en lo anterior, la CNPSS ocupará inicialmente la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) más reciente como fuente principal de información. Además, la metodología que emplee la CNPSS para determinar las cuotas familiares tomará en cuenta lo acordado y publicado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, en lo referente al método para estimar las líneas de pobreza.

3.5 FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS

Otra de las innovaciones financieras del SPSS es la creación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (artículos 77 Bis 17, 77 Bis 29 y 77 Bis 30 de la LGS). El objetivo de este fondo es apoyar a las entidades federativas en el financiamiento del tratamiento de padecimientos que representan un riesgo asegurable bajo la lógica clásica de aseguramiento y en consecuencia, representan un riesgo financiero o gasto catastrófico desde el punto de vista institucional.¹² Este fondo garantizará a su vez que la población afiliada quede cubierta ante la ocurrencia de dichos padecimientos al constituirse como la fuente financiera que permite el acceso y la provisión de tratamientos de alta especialidad y alto costo a los afiliados al SPSS.

El artículo 77 Bis 29 de la LGS define al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) como un fondo de reserva sin límite de anualidad presupuestal.¹³ Mediante la constitución de un fondo de esta naturaleza también se promoverá un financiamiento más eficiente de los servicios de alta especialidad. Con ello, se garantizará la continuidad e integralidad de la atención médica al apoyar una mejor interfase entre los servicios de primer y segundo nivel y aquéllos de alta especialidad, mediante la constitución de centros regionales de alta especialidad y redes de prestadores de servicios.

¹² Bajo la lógica clásica de aseguramiento un riesgo es asegurable si presenta las características siguientes: a) el riesgo tiene una baja probabilidad de ocurrencia; b) el riesgo representa una pérdida financiera considerable; y c) el riesgo, en caso de efectuarse, es involuntario.

¹³ Es decir, sin la limitante de regresar a la SHCP los recursos financieros no empleados al final del ejercicio fiscal correspondiente.

3.5.1 El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y la ampliación de las coberturas vertical y horizontal

La LGS establece la posibilidad de recibir recursos financieros a través de aportaciones adicionales de terceras instancias para el FPGC. Esto ha motivado la negociación por parte de la Secretaría de Salud con diversos sectores industriales y de la sociedad civil para lograr acuerdos o convenios de cooperación financiera que permitan expandir la cobertura de las enfermedades identificadas como generadoras de gastos catastróficos para el SPSS.

El contar con recursos adicionales al presupuesto estipulado para el FPGC permite expandir la cobertura financiera para incluir los tratamientos para enfermedades cuya importancia a nivel social amerita una cobertura universal más que la cobertura gradual prevista conforme al tope anual de afiliación de familias al SPSS. Esta estrategia de universalización es denominada cobertura vertical de enfermedades, en contraste con la llamada cobertura horizontal poblacional que se refiere al aumento en la cobertura a partir de la incorporación de grupos poblacionales (figura 3.4).

La cobertura vertical está limitada por los recursos adicionales a los presupuestales y en algunos casos por la infraestructura disponible para la prestación de los servicios. Es importante recalcar que la cobertura vertical permite el acceso de la población no asegurada que así lo requiera a los tratamientos cubiertos de manera exclusiva mediante esta estrategia. Posterior al tratamiento se les dará la opción a los pacientes tratados de afiliarse al SPSS y con ello acceder al

resto de los beneficios establecidos en el CASES y en el FPGC. Esta estrategia de ampliar la cobertura por enfermedad permite agilizar el acceso a problemas clave de salud y al mismo tiempo, no alterar las metas o topes de afiliación anual al SPSS (figura 3.5).

La cobertura vertical también ha permitido la alineación de otros recursos presupuestales como en el caso de los recursos del ramo 12 enfocados a la compra de antirretrovirales. Con esta alineación se logra cubrir a todos los casos de VIH/SIDA ya existentes, mientras que parte de los recursos presupuestales del FPGC se enfocan a la cobertura de nuevos casos.

Por su parte, la cobertura horizontal tiene como finalidad extender la cobertura del CASES y del FPGC para toda la población no asegurada. La LGS establece como prioridad afiliar a la población que habita en zonas marginadas y cuyo nivel socio-económico las ubica en los primeros dos deciles de ingreso. Sin embargo, bajo la estrategia de cobertura horizontal es posible incluir en estas prioridades a grupos vulnerables como son los adultos mayores de 60 años y las mujeres en gestación, entre otros. La cobertura horizontal está limitada por el tope de afiliación anual (14.3% del total de población susceptible de incorporación al SPSS), aunque la intención es que de ser necesario y financieramente viable, se logre rebasar dicho tope considerando la incorporación de grupos vulnerables a las metas de afiliación ya acordadas con las entidades federativas. Los conceptos de cobertura vertical y cobertura horizontal se ilustran en la figura 3.5.

La identificación y selección de los tratamientos candidatos para cobertura vertical se ha efectuado con

Recuadro 3.3 Recursos adicionales para el FPGC

El primer ejemplo exitoso de la negociación con los sectores industriales se concretó con la industria tabacalera mediante el Convenio para Ampliar la Regulación y Normatividad relativas al Tabaco suscrito el 18 de junio de 2004. En dicho convenio la industria tabacalera se compromete a proporcionar una aportación por cigarro enajenado durante el periodo comprendido entre julio de 2004 y diciembre de 2006. El monto total esperado de dicha donación asciende a más de \$3,600 millones de pesos hasta el final de 2006.

Un segundo ejemplo exitoso de negociación, en este caso con las organizaciones civiles, es la aportación de \$4.1 millones de dólares estadounidenses realizada por la Fundación Gonzalo Río Arronte, A.C. para reforzar la oferta de cirugías de cataratas entre la población adulta mayor de 60 años no asegurada. La cirugía de cataratas está cubierta bajo la categoría de "Rehabilitación de largo plazo". La negociación con la fundación es un incentivo muy importante para incrementar la oferta de esta intervención e incluir en la cobertura del SPSS al grupo de adultos mayores de 60 años de todo el país.

Se espera en el futuro mediano concretar algunos otros ejemplos exitosos de negociación para la obtención de recursos adicionales que permitan la expansión de la cobertura financiera del FPGC y la expansión de la afiliación al SPSS.

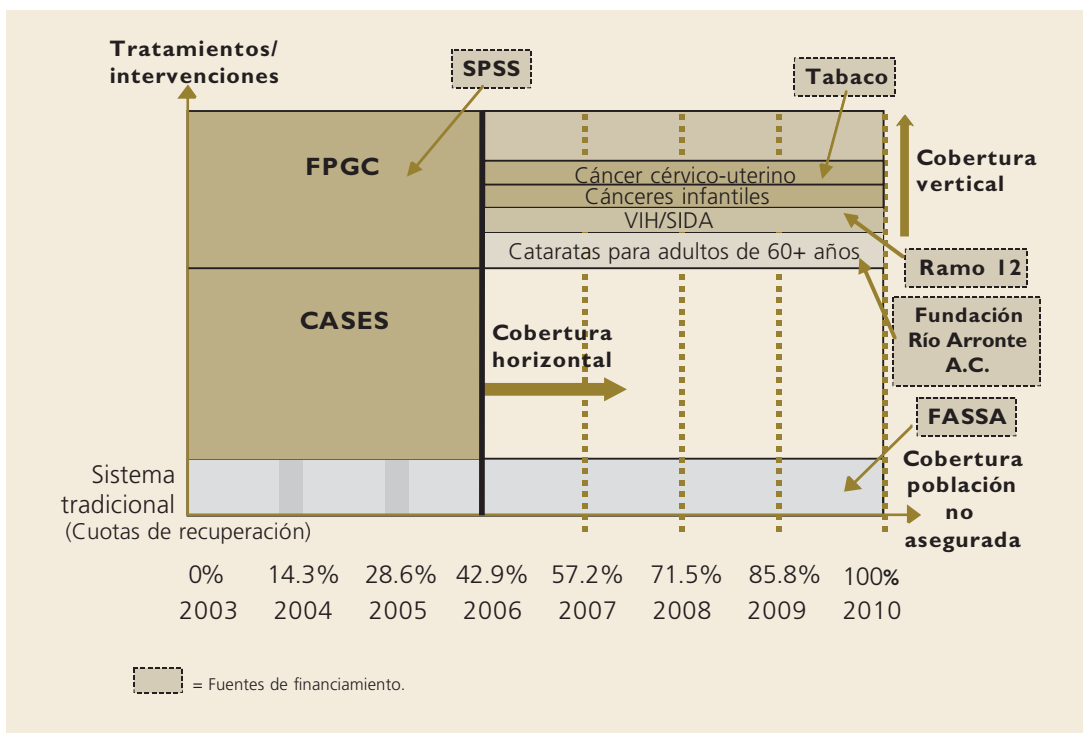
Figura 3.4

Dimensiones de la cobertura universal

Tipo de cobertura	Punto de referencia	Criterio para la ampliación
Horizontal	Grupos de población	Equidad socioeconómica y de género
Vertical	Grupos de intervenciones	Prioridades explícitas

Figura 3.5

Cobertura vertical y horizontal



base en su impacto social, la suficiencia de recursos y la disponibilidad de oferta. Los tratamientos de las enfermedades identificadas como prioritarias para la expansión vertical son el tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA, el tratamiento del cáncer cérvico-uterino invasor y el tratamiento de los cánceres infantiles, tal como se presenta en la figura 3.6.

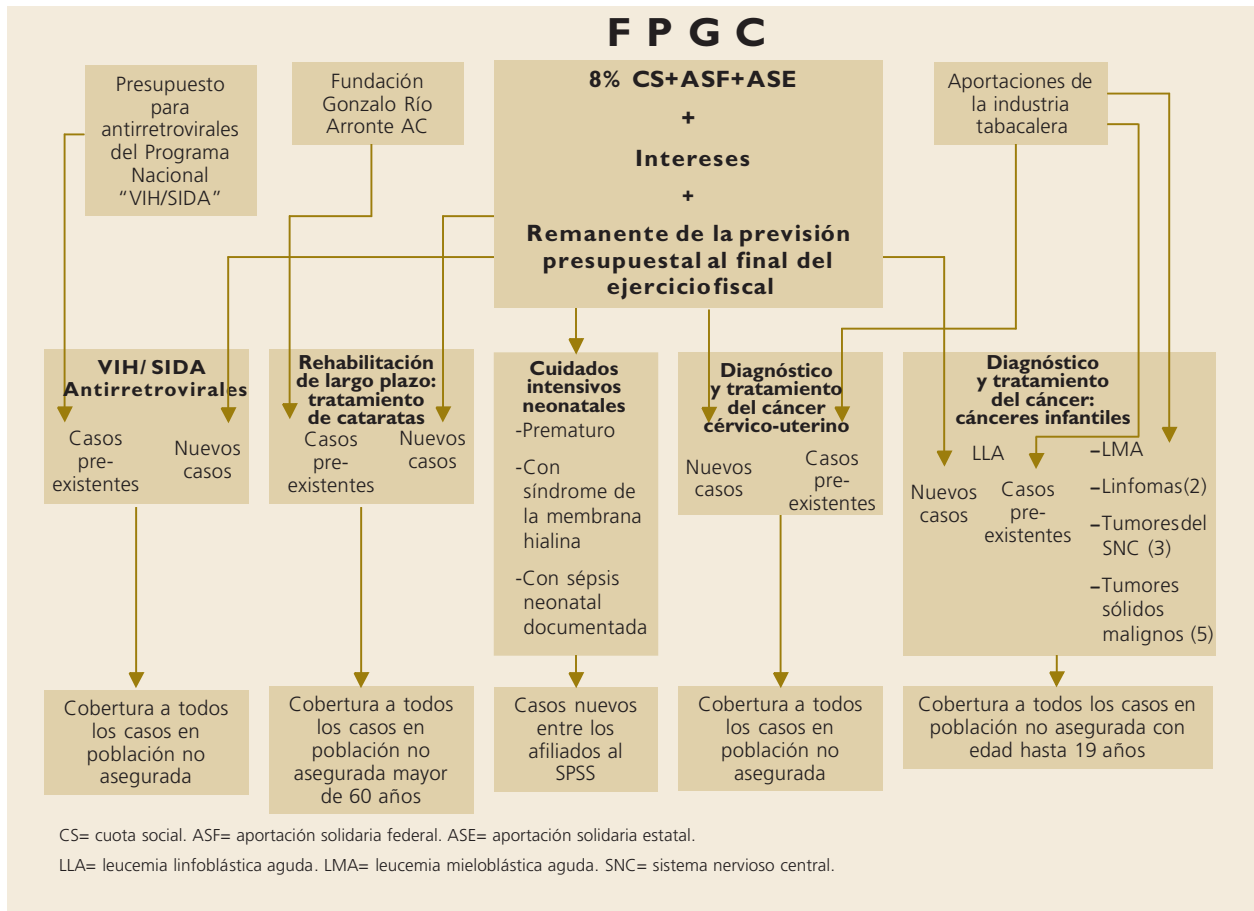
En el caso de la cirugía de cataratas para los adultos mayores de 60 años, este servicio se brindará a

toda la población no asegurada de ese grupo vulnerable que lo requiera. Es importante resaltar que, después de la cirugía, se dará la opción a los pacientes de incorporarse al SPSS.

Derivado de la importancia de la cobertura vertical, cada una de las enfermedades antes citadas está vinculada con un consejo nacional. Cada consejo es un cuerpo normativo, cuyas principales funciones son: proponer políticas, estrategias y acciones de investigación,

Figura 3.6

Enfermedades cubiertas por el FPGC y su fuente de financiamiento



prevención, diagnóstico y tratamiento; fungir como un órgano de consulta nacional; promover la coordinación de las acciones entre las dependencias y entidades de la administración pública federal y entre éstas y los gobiernos de las entidades federativas, así como la concertación de acciones con los sectores social y privado; y proponer las medidas que considere necesarias para homologar, garantizar la cobertura, eficiencia y calidad de las acciones en su materia, incluyendo las estrategias financieras para su instrumentación. Los consejos existentes son:

1. Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia;
2. Consejo Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva;
3. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA;
4. Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento de Enfermedades Visuales.

Los cuatro consejos operan bajo la coordinación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Estos consejos trabajan en forma coordinada con la CNPSS para definir algunos aspectos operativos y financieros derivados de la cobertura vertical u horizontal, según sea el caso.

Por último, es fundamental recalcar que la diferenciación entre la cobertura vertical y horizontal se extinguirá al finalizar el periodo de afiliación gradual definido en la LGS en 2010 .

3.6 FONDO DE LA PREVISIÓN PRESUPUESTAL ANUAL

El artículo 77 Bis 18 de la LGS define al fondo de la previsión presupuestal (FPP) como un fondo con límite anual para su ejercicio. El FPP tiene como objetivo proveer financiamiento para tres conceptos. El primer concepto es el desarrollo de infraestructura médica

para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social; el segundo concepto es la cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal; el tercer y último concepto es el establecimiento de una garantía de pago ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación de servicios esenciales entre aquellas entidades federativas que suscriban convenios de colaboración interestatal.¹⁴

La fuente de ingresos para el FPP está definida en la LGS como 3% de la suma de la CS, la ASF y la ASE. De estos recursos, dos terceras partes se destinarán para el financiamiento de la infraestructura antes descrita. La parte restante se destinará al financiamiento de las diferencias imprevistas en la demanda y para el establecimiento de la garantía de pago.

La administración de los recursos en el FPP estará a cargo de la CNPSS. El instrumento financiero que permitirá la administración de los recursos será un fideicomiso público. Las características de tal fideicomiso serán presentadas en la sección 3.7.

Para acceder a los recursos del FPP por cualquiera de los tres conceptos la entidad federativa deberá presentar una solicitud a la CNPSS. Dicha solicitud deberá cumplir en tiempo y forma con los lineamientos y reglas de operación del fideicomiso.

3.6.1 Infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social

Las necesidades de infraestructura en zonas de mayor marginación social son aquellas autorizadas en el Plan Maestro de Infraestructura, de acuerdo con lo establecido en los artículos 111 y 112 del Reglamento. Las obras de infraestructura serán priorizadas en el Plan Maestro de Infraestructura para su financiamiento a través del FPP, el cual otorgará recursos complementarios al financiamiento estatal para la inversión en obra física y equipamiento.

Cabe enfatizar que todo proyecto de obra de infraestructura en zonas de mayor marginación social deberá contar con un certificado de necesidades. Este certificado se tramita siguiendo los lineamientos establecidos por la Secretaría, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. El certificado de necesidades es uno de los requisitos para que el proyecto de obra sea

considerado e incluido en el Plan Maestro de Infraestructura y, en consecuencia, para poder acceder a los recursos del FPP.

3.6.2 Diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales de salud

Las diferencias imprevistas en la demanda de servicios (DI) cubiertas por el FPP son las que deriven de un exceso en la demanda esperada de servicios esenciales bajo condiciones normales de operación de conformidad con el artículo 113 del Reglamento. Los excesos de demanda derivados de condiciones de emergencia vinculadas con desastres o urgencias epidemiológicas no se incluyen en este caso. Parte de su financiamiento está comprendido en los recursos del FASC, de conformidad con lo definido en el artículo 5, apartado C, fracción VI del Reglamento.

Desde la perspectiva financiera, los recursos destinados a las DI representan una reserva financiera, si bien modesta, para respaldar la operación normal de algunos de los servicios esenciales que la CNPSS determinará en los lineamientos que se elaboren para este rubro.

Las entidades federativas podrán acceder a los recursos del FPP una vez al año previa aprobación de la CNPSS. Si una misma entidad federativa solicita recursos del FPP en años consecutivos por concepto de diferencias imprevistas, la CNPSS evaluará la procedencia del acceso mediante el análisis de la eficiencia en el manejo de recursos, la posible presencia de demanda inducida por la red estatal de prestadores o por los propios afiliados, así como posibles ajustes a la incidencia, la prevalencia o el costo de los servicios cubiertos por el SPSS.

3.6.3 Garantía de pago por incumplimiento en la compensación económica por la prestación interestatal de servicios esenciales de salud

Los artículos 118 al 121 del Reglamento estipulan que la garantía de pago (GAPA) por la prestación interestatal de servicios es un mecanismo de apoyo a la compensación económica de las condiciones de pago establecidas en los convenios de colaboración interestatal vigentes del SPSS. Dicho de otra forma, la GAPA permite dar certeza de pago a la entidad federativa que presta los servicios convenidos.

La GAPA será utilizada como último recurso, tras agotar las instancias legales establecidas en el convenio de colaboración interestatal del SPSS. La entidad federativa acreedora podrá recibir recursos del FPP

¹⁴ La reforma a la LGS incorpora elementos financieros para fortalecer el uso de los recursos a nivel operativo y dar mayor flexibilidad para la prestación interestatal e interinstitucional de servicios. Tales elementos financieros se formalizarán a través de convenios de colaboración interestatal e interinstitucional.

hasta por el monto total del adeudo, previa disponibilidad de recursos. Los recursos erogados por la GAPA, incluyendo costos administrativos, serán recuperados al descontar el monto a deber de los recursos que por concepto de la CS correspondan a la entidad federativa deudora en el trimestre inmediato posterior al trimestre en que se verificó la erogación.

Cabe señalar que las solicitudes de financiamiento para las diferencias imprevistas en la demanda tendrán prioridad sobre las solicitudes de financiamiento por GAPA. Además, la atención a las solicitudes se hará conforme a la disponibilidad de recursos en el FPP y de acuerdo con los tiempos y formas estipulados en los lineamientos respectivos así como en las reglas de operación del fideicomiso.

3.7 FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Los artículos 96 y 108 del Reglamento especifican que la CNPSS realizará la administración financiera tanto del FPGC como del FPP mediante un fideicomiso que el Ejecutivo Federal establecerá para tales fines.¹⁵

El fideicomiso del SPSS es público, forma parte del gasto público federal y se constituirá sin estructura orgánica, ya que ésta no se requiere explícitamente de acuerdo a lo establecido en el Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal.¹⁶

Para la constitución del fideicomiso del SPSS se requiere de la creación de un Comité Técnico, el cual es el órgano de toma de decisiones del fideicomiso. El Comité Técnico está conformado por siete representantes de la Secretaría de Salud como cabeza de sector, dos representantes de la SHCP como fideicomitente, así como por un representante del CSG, un representante de la Secretaría de la Función Pública y un representante de la institución de crédito que fungirá como fiduciaria. Estos representantes tendrán voz y voto. También se contempla la participación de asesores que serán invitados, según el asunto a tratar, sin derecho a voto. Las funciones más importantes del Comité Técnico

son la aprobación de las reglas de operación del fideicomiso, la autorización del plan de inversión del patrimonio del fideicomiso que la fiduciaria llevará a cabo en cada periodo y la autorización de las transferencias de recursos con cargo al patrimonio del fideicomiso a los fideicomisarios.

El patrimonio del fideicomiso está conformado por los recursos del FPP y del FPGC. La SHCP como fideicomitente tiene la capacidad de afectar el patrimonio del fideicomiso. Por lo anterior la SHCP es quien entrega dichos recursos a la fiduciaria para el cumplimiento de un fin lícito.

La fiduciaria es la institución de crédito autorizada por ley quien recibe derechos del fideicomitente. La fiduciaria se encarga de administrar los bienes, de cumplir los objetivos del fideicomiso y de seguir las instrucciones del Comité Técnico. En el caso del fideicomiso del SPSS, la fiduciaria es el Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C.

Los fideicomisarios cuentan con la capacidad jurídica necesaria para recibir el beneficio que resulta del fin del fideicomiso. En el caso del FPGC, los fideicomisarios serán los prestadores de servicios de gastos catastróficos de la red del SPSS. Para el FPP los fideicomisarios serán las entidades federativas adheridas al SPSS a través de sus Regímenes Estatales de Salud.

El flujo financiero del fideicomiso, descrito en la figura 3.7, responde a los cuatro procesos definidos por los fines que cubren en su conjunto el FPGC y el FPP. Cada uno de los procesos se detallaron en las secciones 3.5 y 3.6, respectivamente. El flujo financiero de entrada está definido principalmente por el financiamiento presupuestal definido en la LGS. A este flujo principal se suman los intereses generados por la inversión del patrimonio del fideicomiso y las aportaciones provenientes de donaciones y aprovechamientos que puedan vincularse con los fines del FPGC o del FPP y sean autorizados por la SHCP.

El flujo financiero de salida está determinado por las transferencias que recibirán los diferentes fideicomisarios. Las transferencias serán previamente autorizadas por el Comité Técnico. Obsérvese que para que una transferencia sea autorizada debe cumplir con las Reglas de Operación y los lineamientos correspondientes al fin amparado en el FPGC o en el FPP. Los lineamientos que rigen el flujo financiero de salida son desarrollados por la Secretaría de Salud para conservar una mayor flexibilidad operativa.

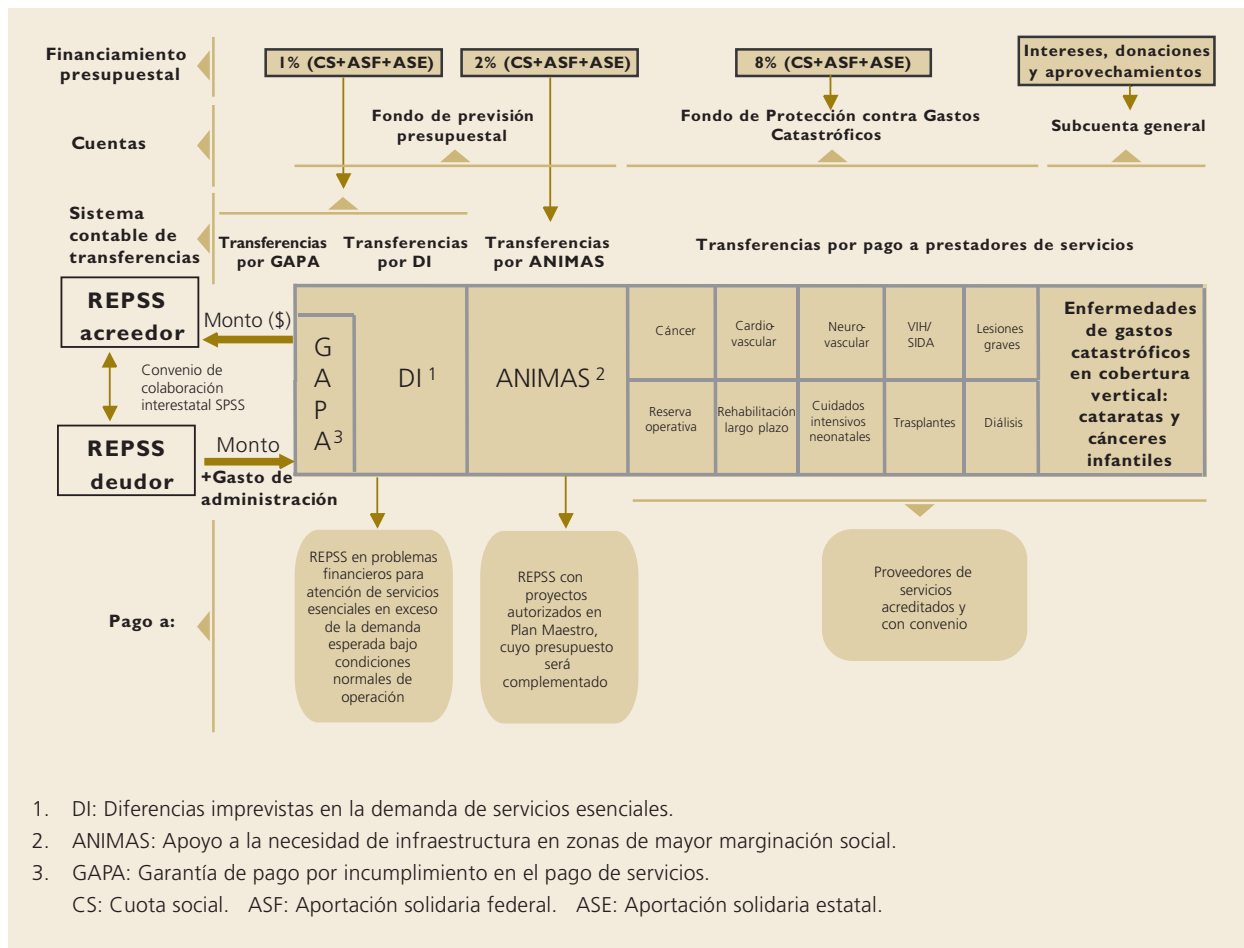
La operación del fideicomiso del SPSS requiere una plataforma tecnológica integral que permita dar seguimiento efectivo y expedito a las operaciones que se realicen. La plataforma es administrada por la CNPSS y responde a las necesidades administrativas, contables

¹⁵ La legislación mexicana considera al fideicomiso como un contrato y, esencialmente, como una operación bancaria. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) define al fideicomiso como un acto por el cual se destinan ciertos bienes por un fideicomitente a un fin lícito determinado, encomendado a una institución fiduciaria para la realización de ese fin.

¹⁶ Un fideicomiso público es aquél constituido por el Gobierno Federal y puede ser de dos tipos: con estructura o sin estructura orgánica. Un fideicomiso público con estructura orgánica es análogo a las entidades paraestatales. Un fideicomiso público que no posea dicha estructura no representa la creación de una paraestatal.

Figura 3.7

Estructura y flujo financiero del fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud



y financieras de los procesos cubiertos por el fideicomiso. Dicha plataforma será descrita en la sección 4.5.

3.8 CUOTA REGULADORA

Debido a la naturaleza de seguro público del SPSS, existen incentivos para los afiliados de incurrir en comportamientos como el llamado “riesgo moral” que se refiere al consumo o utilización excesiva y sin justificación médica de un bien o servicio como es el caso de los medicamentos o servicios médicos. Este tipo de comportamiento podría generar fuertes presiones para la solvencia financiera del SPSS, razón por la cual se requieren mecanismos que inhiban dichos comportamientos en la medida de lo posible.

Bajo las consideraciones anteriores, la Ley incorpora una medida encaminada a brindar un mecanismo

específico que responda a esta posibilidad, a través de su artículo 77 Bis 28 en donde se establece que:

“Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia de su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados”.

En primera instancia, las cuotas reguladoras a que se refiere la Ley tienen por objetivos los siguientes: modular la demanda, favorecer la corresponsabilidad de los ciudadanos e impulsar un uso racional de los medicamentos y servicios de salud. Es importante considerar que la eficacia, así como la dificultad para aplicar una medida de esta naturaleza, estriban en el efecto disuasorio o educativo que se logre en los afiliados

para motivar un uso responsable de los servicios de salud.

La aportación que correspondería financiar al usuario por concepto de cuota reguladora podría realizarse bajo uno de los siguientes esquemas:

- Una cantidad fija por servicio o prescripción de medicamentos;
- un porcentaje del gasto generado a ser pagado por el usuario (lo que se conoce como coaseguro);
- un deducible, es decir un monto fijo a ser pagado por el usuario; y
- alguna combinación de las anteriores. En dicha combinación se especifican el monto a pagar por el medicamento y se fija el grado de co-financiamiento, es decir de coaseguro o deducible, por parte del usuario según las características del servicio.

De conformidad con el artículo 131 del Reglamento, solamente el Consejo de Salubridad General (CSG) podrá establecer las cuotas reguladoras. Su aplicación, en todo caso, será para todas las entidades federativas. Asimismo, el artículo 133 del Reglamento señala que los recursos recaudados por concepto de cuotas reguladoras deberán destinarse para financiar el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para la operación del SPSS.

En un escenario de aplicación de las cuotas reguladoras, la vigilancia y rendición de cuentas sobre los recursos que se obtengan mediante dicha medida, se realizará mediante informes trimestrales a la CNPSS, así como por los informes anuales que respondan a los lineamientos que para el efecto establezca el CSG.

Debe considerarse que para el cumplimiento de los objetivos a los que responde la aplicación de las cuotas reguladoras, en el contexto de un seguro público, se requerirá de una instrumentación que no ponga en riesgo la equidad y universalidad buscadas mediante la implantación del SPSS. En este sentido, el monto de las cuotas reguladoras podrá ser, ya sea de poca relevancia económica, en cuyo caso su efecto disuasorio se debilita o, por el contrario, articulado en relación estrecha con la condición socioeconómica de las familias beneficiarias. Esta articulación implica la armonización de las cuotas reguladoras con el monto de pago determinado para las cuotas familiares por decil de ingreso.

Finalmente cabe señalar que, de acuerdo con el artículo décimo sexto transitorio del Reglamento, no se aplicarán cuotas reguladoras durante 2004 ni 2005, con el objetivo de que la Secretaría realice estudios que apoyen al CSG en la definición de las reglas de carácter general a considerar para el establecimiento, en el futuro, de las cuotas reguladoras.

Marco operativo

CUATRO.

La implantación de la reforma ha generado nuevos procesos operativos que darán sustento al SPSS. Otros procesos desarrollados durante la operación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), que fungió como antecedente del SPSS, se han transformado para responder a los objetivos de la reforma. En general estos procesos pueden clasificarse en uno de dos ámbitos: el ámbito organizacional o el ámbito de la prestación de servicios.

En el ámbito organizacional se encuentran los procesos concernientes a la rectoría, la administración, el seguimiento y la rendición de cuentas del SPSS, tanto a nivel federal como estatal. También se incluyen procesos de vinculación entre el SPSS y otros programas federales que consideren el componente de salud, así como otros ámbitos de la protección social en salud. Igualmente se contempla la relación entre el SPSS y el Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito de prestación de servicios se desarrollan los procesos directamente relacionados con la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. Aquí se incluyen procesos fundamentales como la afiliación y la vigencia de derechos, la plataforma tecnológica integral, el Plan Maestro de Infraestructura, la acreditación y certificación de las unidades de atención médica así como el fideicomiso del SPSS. Además se presenta la estructura operativa para la prestación de los servicios de salud a la comunidad.

Las secciones siguientes presentarán las características de los procesos operativos más importantes, tanto en el ámbito organizacional como en el de la prestación de los servicios. Cabe mencionar que algunos elementos del marco operativo están aún en proceso de instrumentación, por lo que lo descrito a continuación busca servir como referencia y guía a futuro, aun cuando está sujeto a modificaciones como resultado de la evolución en la implantación del SPSS en las entidades federativas.

4.1 ORGANIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN A NIVEL FEDERAL

En respuesta a lo establecido en la reforma reciente a la LGS, la implantación del SPSS ha implicado replan-

tear las funciones y el papel de las instancias gubernamentales en los diferentes órdenes de gobierno: federal y estatal.

En el ámbito federal, se creó la CNPSS, la cual tiene como objetivo, en su carácter de órgano desconcentrado, la ejecución de las tareas establecidas en la LGS para el SPSS.

El papel principal de la CNPSS es, entre otras cosas, instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema; intervenir y promover la formalización de los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas; evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), dirigir y ejecutar las acciones de financiamiento; promover una política en materia de medicamentos; coordinar la administración del FPGC, y cumplir con la rendición de cuentas a los ciudadanos.

En ese sentido, la CNPSS representa la instancia a nivel federal responsable de instrumentar el Sistema y garantizar la coordinación de los REPSS bajo una óptica federal.

Por otra parte, la Ley establece la creación del CONPSS como órgano colegiado consultivo, el cual será presidido por el Secretario de Salud y en él estarán representadas distintas autoridades del Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE y Consejo de Salubridad General), otras dependencias públicas (Secretaría de Desarrollo Social y de Hacienda y Crédito Público), las entidades federativas (a través de los Servicios estatales de salud) y los trabajadores de la salud (a través del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud).

El CONPSS podrá opinar respecto del financiamiento del SPSS y proponer medidas para su mejor funcionamiento, así como opinar sobre la propuesta para designar al titular de la CNPSS. Asimismo, podrá acordar la creación de grupos de trabajo para el análisis y estudio de temas que el propio CONPSS considere necesarios.

Finalmente, la Secretaría de Salud se ha visto inmersa en un proceso de reorganización interna que se ha reflejado tanto en la reorientación de áreas y recursos humanos, como en la alineación de recursos financieros. De esta manera, se ha buscado que el manejo de instrumentos normativos y presupuestales sea efectuado por las diferentes unidades al interior de la Secretaría de Salud conforme a la lógica que distingue entre las siguientes funciones del sistema de salud: i) ejercicio de la rectoría del Sistema de Salud; ii) prestación de servicios de salud a la comunidad, iii) prestación de servicios de salud a la persona y, iv) generación y desarrollo de recursos para la salud incluyendo infraestructura, recursos humanos y generación de conocimiento a través de la investigación.

4.2 ORGANIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN EN LOS ESTADOS

La implantación del SPSS 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.

La Ley define al SPSS como el conjunto de acciones que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) realizan en materia de protección social en salud dentro de las entidades federativas. La naturaleza del SPSS como instrumento de financiamiento para el aseguramiento de las familias se ejecuta mediante el ejercicio de las funciones de financiamiento y gestión financiera de servicios de salud que corresponden a los REPSS.

Conceptualmente, los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud, lo cual puede llevarse a cabo mediante una unidad administrativa específica. Dichas acciones se pueden dividir en dos grandes categorías: la gestión y administración de los recursos financieros y la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica.

Su funcionamiento se encuentra determinado por lo dispuesto en la Ley y el Reglamento, mediante los cuales se especifican los ámbitos de competencia y de responsabilidad para los dos órdenes de gobierno directamente involucrados en la implantación del SPSS: federal y estatal.

Al ámbito federal le corresponde la coordinación, supervisión, evaluación y delimitación de las funciones y facultades sobre las cuales operarán los REPSS, es decir, es el ámbito de gobierno que determina la regulación de su espacio de acción.

Las autoridades estatales tienen a su cargo la ejecución del SPSS en su entidad federativa, para lo que deben tomar las medidas necesarias que permitan adecuar su marco legal y administrativo para que, en la medida de lo posible, sin incurrir en erogaciones adicionales a las existentes, se desarrolle una instancia dependiente de la autoridad sanitaria estatal que ejecute las acciones de afiliación, financiamiento, supervisión y evaluación de servicios de salud para el cumplimiento de las disposiciones aplicables para la adecuada implantación y funcionamiento del SPSS.

Para el cumplimiento de su responsabilidad, las entidades federativas cuentan con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación. Para la ejecución

Recuadro 4.1 Funciones comprendidas en el ámbito de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

Conforme a lo establecido por el Reglamento, los REPSS requieren de la articulación de acciones que permitan llevar a cabo una serie de funciones que se pueden agrupar en dos grandes categorías como se muestra a continuación:

- Prestación de servicios (artículos 10, 13, 14, 16, y del 18 al 22):¹
 - Garantizar, de manera directa, la prestación de los servicios de salud a la persona que se derivan del Catálogo de servicios esenciales y de intervenciones de alta especialidad a través de sus establecimientos. En forma indirecta, la prestación de los servicios se garantiza mediante convenios de colaboración con otras entidades federativas o en su caso, con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, utilizando el sistema de referencia y contrarreferencia del SPSS 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.

- Gestión y administración (artículos 41- 43, 49, 53-58, 63-65, 74, 77, 127, 129, 130, 132-135, 137-139, segundo y sexto transitorios):
 - Promover, afiliar e incorporar beneficiarios al SPSS así como elaborar, conforme a los lineamientos que establezca la CNPSS, el padrón de afiliados;
 - 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; y
 - generar información y promover la evaluación, a través de actividades de supervisión y seguimiento, de la operación del SPSS en su área de competencia.

¹ Es importante señalar que los REPSS no están facultados para prestar servicios de salud a la comunidad, quienes realizan dicha actividad son los Servicios estatales de salud.

de estas funciones, el ámbito de los REPSS está conformado por las instancias presentadas en la figura 4.1.

Los Servicios estatales de salud, independientemente de la forma jurídica que adopten, son los responsables de la rectoría y la prestación de servicios de salud y, en general, de ejecutar todas las acciones asociadas con la protección social en salud.

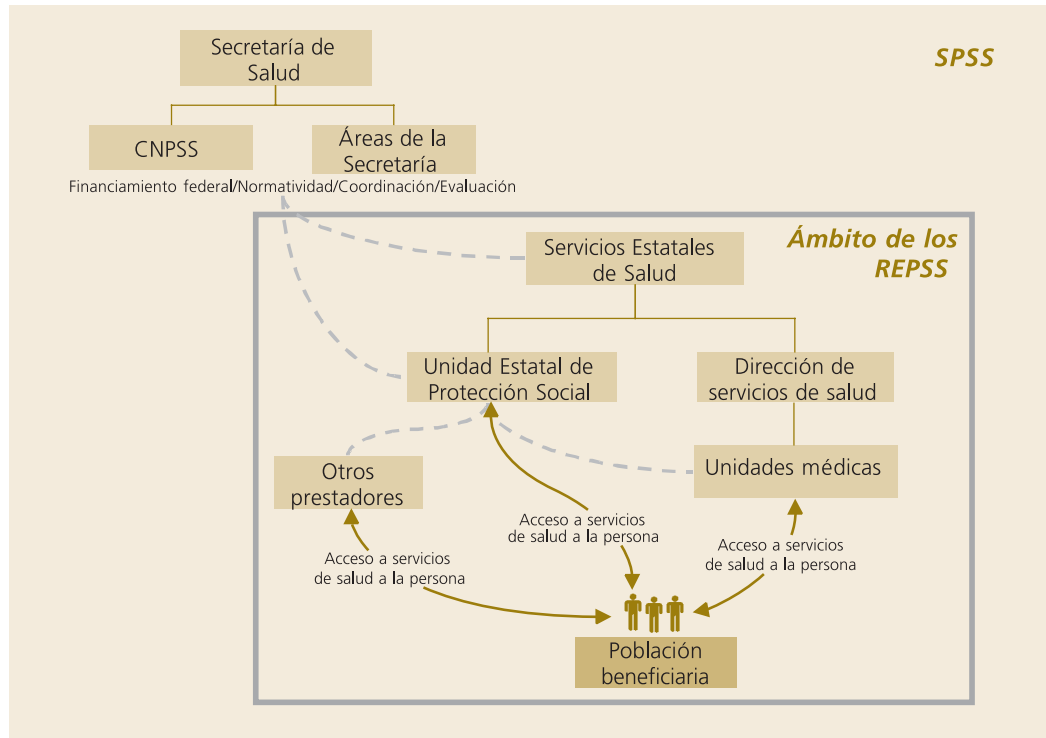
En cada entidad federativa se contará con una unidad de gestión o Unidad Estatal de Protección Social en Salud (UEPSS). La UEPSS deberá ejercer las responsabilidades que la Ley y el Reglamento le otorgan a los REPSS, así como las gestiones para la transferencia de recursos estatales y federales al REPSS. Asimismo, trabajará de manera coordinada con los SESA en el seguimiento del ejercicio de los recursos financieros, así como en la

integración de la red de prestadores de servicios. Se coordina también con la Secretaría de Salud y la CNPSS para establecer, entre las distintas entidades federativas, un nivel de orden y homogeneidad en los procesos operativos de promoción, afiliación, verificación de la vigencia de derechos, tutela de derechos de los beneficiarios, gestión de los recursos financieros destinados a la persona, verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que establece la Ley, la gestión de transferencias de recursos a dichos prestadores y la rendición de cuentas. Su forma jurídica es determinada por cada entidad federativa.

La prestación de los servicios está a cargo de los establecimientos de atención médica que forman parte de la red de prestadores de servicios estatales de salud.

Figura 4.1

Instancias del Sistema de Protección Social en Salud



Esta red puede ser complementada mediante los convenios respectivos con otros establecimientos del Sistema Nacional de Salud, mismos que pueden estar localizados en otras entidades federativas.

Con el objetivo de contar con estructuras homogéneas que faciliten la coordinación entre las UEPSS, se ha generado un modelo de desarrollo de estas unidades. En la figura 4.2 se muestra el modelo de lo que podría ser la estructura organizacional recomendable para las UEPSS. Como se podrá apreciar en esta figura, existen al menos tres niveles de funciones en la estructura propuesta. El nivel “1” corresponde a aquellas que resultan esenciales por responder a las responsabilidades primarias de los REPS, como son las áreas de afiliación y operación, promoción, administración de bases de datos y atención a beneficiarios. Asimismo, se muestran aquellas áreas con un nivel “2” o intermedio en cuanto a su presencia dentro de la estructura de las UEPSS como control financiero y de crédito, al igual que la gestión de servicios de salud. Finalmente, se identifican en un nivel “3” aquellas áreas que formarían parte de un desarrollo integral de las UEPSS y que vendrían a reforzar el cumplimiento de las responsabilidades esenciales.

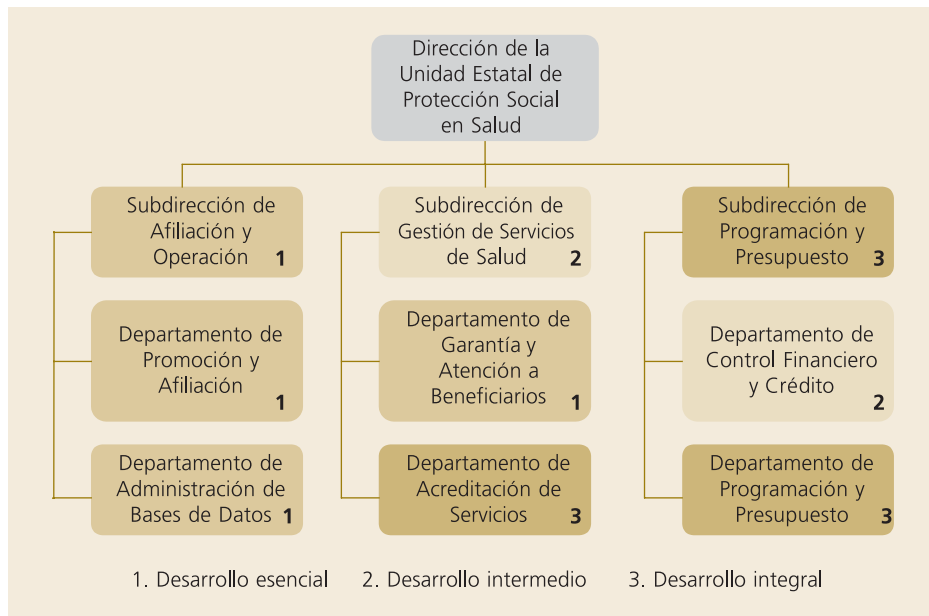
4.3 AFILIACIÓN, VIGENCIA DE DERECHOS Y PADRÓN DE AFILIADOS

La afiliación y validación de la vigencia de derechos son los dos procesos cruciales del SPSS (anexo AL.8). La afiliación tiene como objetivo la identificación y registro de las familias sujetas a incorporación al SPSS. La vigencia brinda certeza a las familias afiliadas respecto a su derecho de cobertura de los servicios brindados por el SPSS. Ambos procesos alimentan y usan los datos captados en el padrón de afiliados, el cual constituye la fuente más importante de datos del SPSS.

4.3.1 Proceso de afiliación

El proceso de afiliación tiene dos características básicas: por un lado, es un proceso que se inicia por petición de las familias dado el carácter de incorporación voluntaria al SPSS; por otro lado, es un proceso que se circunscribe a las metas anuales de afiliación que se acuerdan entre la CNPSS y las entidades federativas así como al tope anual de afiliación de 14.3% de las familias susceptibles de ser incorporadas a nivel nacio-

Figura 4.2

Modelo de crecimiento de la estructura de la Unidad Estatal de Protección Social en Salud

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Desarrollo Organizacional de la CNPSS-UEPSS”, presentación realizada en sesión plenaria del Consejo Nacional de Salud el 4 de marzo de 2004.

nal durante el periodo de implantación del SPSS establecido en el artículo octavo transitorio de la LGS.

El proceso de afiliación se divide a nivel operativo en dos etapas: la primera etapa es la promoción de los beneficios que brinda el SPSS entre la población sujeta a incorporación; la segunda etapa es la validación y registro de los datos de las familias que cumplan con los requisitos descritos en la LGS para su incorporación.

La estrategia general de promoción es propuesta por la CNPSS y operada por las entidades federativas. Las zonas en donde se promociona al SPSS son seleccionadas conforme a un plan de afiliación relacionado con las metas anuales acordadas entre la CNPSS y las entidades federativas. La promoción incluye publicidad en medios masivos de comunicación, así como material impreso que se distribuye en las unidades de atención médica de los Servicios Estatales de Salud y en las zonas acordadas con las entidades federativas que visite el personal de afiliación.

Durante la promoción, el personal del SPSS entregará una solicitud de inscripción al SPSS en la que se incluye la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH). Esta cédula permitirá identificar a las familias susceptibles de afiliación. La CECASOEH también permite clasificar a la familia solicitante en un decil de ingreso. Ésta clasificación determinará la per-

tenencia de la familia al régimen no contributivo o, en su defecto, el monto de la CF a cubrir bajo el régimen contributivo (sección 3.4.3.1).

Los datos declarados en la solicitud por el titular de la familia interesada, incluyendo los datos de la CECASOEH, forman el conjunto básico de datos contenidos en el padrón de afiliados. Este padrón contiene exclusivamente los datos relacionados con las familias cuya solicitud fue validada y posteriormente registrada. El padrón y sus características serán descritos en la sección 4.3.3.

Los datos clave de la solicitud que han de ser verificados son:

- Residencia en la zona geográfica donde se realiza la solicitud, mediante comprobante de domicilio;
- la no derechohabencia a instituciones de seguridad social a través de la declaración en buena fe de los solicitantes; y
- la Clave Única de Registro de Población (CURP) de cada miembro de la familia, la cual puede tramitarse durante el proceso de afiliación.

En una etapa posterior, estos datos se cotejarán contra el padrón de afiliados de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención

médica para determinar duplicidades y en su caso aplicar la suspensión de derechos de acuerdo con el artículo 77 Bis 40 de la LGS.

Una vez que los datos declarados en la solicitud son corroborados e incorporados al padrón, y previo pago de la Cuota familiar respectiva, o previo cumplimiento de los requisitos para ser parte del régimen no contributivo, los miembros de la familia son considerados afiliados al SPSS. Al ser afiliados reciben la Tarjeta Inteligente Tu Salud (TUS), se les asigna un centro de salud como unidad de atención médica de adscripción en donde los miembros de la familia deberán acudir para recibir atención de primer contacto y en donde se les proporciona la Cartilla Nacional de Salud. Además, reciben un ejemplar tanto del Catálogo de servicios esenciales como del catálogo de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Una de las estrategias de afiliación que se está implantando es la afiliación de colectivos que constituyan un grupo focal bien identificado bajo la perspectiva del SPSS. Dichos colectivos se clasifican en dos tipos. Por un lado, los colectivos representados por las familias de trabajadores de un mismo gremio o sector productivo que no estén afiliados a la seguridad social, como es el caso de los trabajadores del campo adscritos al ProCampo. Este es un ejemplo de la estrategia de ampliación de cobertura horizontal (a partir de grupos de población). Por otro lado, los colectivos compuestos por pacientes que padecen una enfermedad que no puede esperar a ser cubierta en forma gradual como lo estipula la LGS. Un ejemplo de este segundo tipo de colectivos es la afiliación al SPSS de todos los niños no derechohabientes de la seguridad social con leucemia linfoblástica aguda, la cual es parte de la estrategia de ampliación de cobertura vertical (por enfermedad).

La afiliación de colectivos busca ayudar a los afiliados brindando cobertura y atención, así como lograr que se cumplan las metas anuales de afiliación acordadas entre cada entidad federativa y la CNPSS.

4.3.2 Vigencia de derechos

La validación de la vigencia de derechos permite dar certidumbre de cobertura financiera de servicios a las familias afiliadas al SPSS. La vigencia de derechos inicia el primer día del mes calendario siguiente a la fecha de afiliación de la familia al SPSS y termina 12 meses calendario después, de acuerdo con el artículo 44 del Reglamento. La vigencia se podrá extender hasta por 60 días naturales después del doceavo mes calendario para permitir que la familia renueve su afiliación.

La vigencia de derechos se verificará cada vez que algún afiliado solicite los servicios cubiertos por el SPSS.

Para la verificación bastará la presentación de la tarjeta o credencial que lo identifique como beneficiario, aunque la falta de ésta no limitará el acceso al servicio, ya que en el centro de salud asignado al afiliado existe un módulo de atención del SPSS en donde el afiliado podrá verificar su vigencia con solo dar su nombre.

La vigencia de derechos es crucial para el proceso de referencia-contrarreferencia de afiliados de un centro de salud hacia un hospital y especialmente de un hospital hacia los centros regionales de alta especialidad en donde se presta la atención de gastos catastróficos.

4.3.3 Padrón de afiliados

El padrón de afiliados es la fuente basal de datos para la planeación y seguimiento de los procesos operativos vinculados con la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. El padrón se integra por las bases de datos de afiliados que cada uno de los REPSS ha validado previamente durante el proceso de afiliación.

Los datos captados en la solicitud de afiliación al SPSS, especialmente en la CECASOEH, forman el conjunto básico de datos que se administrará mediante la plataforma tecnológica integral del SPSS. Los datos de la solicitud se dividen en dos secciones descritas a continuación:

I. Datos de identificación del solicitante. Aquí se especifican datos como la CURP del titular de la familia; un número de folio de identificación de la solicitud; datos sobre el o los programas sociales federales en los que alguno de los miembros esté registrado; domicilio incluyendo localidad, municipio y entidad federativa, así como el resultado de la evaluación del ingreso familiar. Este resultado se expresa mediante el decil de ingreso y la CF calculados de acuerdo con los lineamientos establecidos por la CNPSS.

II. Información socioeconómica. Esta sección tiene tres módulos:

1. Características de los integrantes del hogar. Se registran el nombre y apellidos, la edad, el sexo, la fecha de nacimiento, el parentesco, el estado civil, la CURP y el grado de discapacidad de cada uno de los miembros de la familia;
2. condición laboral. Para cada miembro mayor de 13 años se registran el nivel de escolaridad e indigenismo, la condición laboral (activo, desempleado, jubilado) y la condición de seguridad social (incluyendo la institución a la que se pertenece); y
3. condiciones y características de la vivienda. Este módulo, en conjunción con algunos de los datos

de la condición laboral, permite calcular el decil de ingreso de la familia. Derivado de la importancia de éste módulo, el cuadro 4.1 presenta las preguntas y puntaje empleados para evaluar el nivel socio-económico de la familia.

Además de los datos de la solicitud el padrón contiene la fecha de afiliación, con la cual se calcula la vigencia de derechos, y la clave del establecimiento para la atención médica de adscripción.

El padrón está sujeto a las normas de confidencialidad de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y la Ley de Información, Estadística y Geografía.

Como parte de la administración y validación del padrón, la CNPSS solicitará anualmente al CSG un cotejo de los padrones de las instituciones de seguridad

social y esquemas públicos y sociales de atención médica contra el padrón de afiliados al SPSS. Del resultado del cotejo la CNPSS podrá suspender los derechos de las familias que resulten con doble cobertura en protección social en salud sin haberlo manifestado al momento de la solicitud de afiliación al SPSS. Además, la CNPSS podrá ordenar las evaluaciones pertinentes a los padrones de los Regímenes Estatales para verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la CNPSS respecto a la estructura y administración del padrón, así como el cumplimiento de lo establecido en la legislación aplicable a fuentes de información pública gubernamental.

Por último, cabe señalar que para el buen funcionamiento de los procesos de afiliación y validación de la vigencia de derechos, así como para la correcta administración del padrón se requiere de una plataforma

Cuadro 4.1

Condiciones y características de la vivienda captadas en la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar

10. La vivienda en la que habita es.....	Casa independiente	1
	Departamento en edificio	2
	Vivienda o cuarto en vecindad	3
	Local mercantil o cuarto en la azotea	4
	Ejidal o comunal	5
	No sabe/no responde	9
11. ¿Esta vivienda es...	Propia o totalmente pagada?	1
	Propia y la están pagando?	2
	Propia y está hipotecada?	3
	Rentada o alquilada?	4
	Prestada o la está cuidando?	5
	No sabe/no responde	9
12. ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?	Tierra	1
	Cemento	2
	Mosaico u otro recubrimiento	3
	No responde	9
13. Sin contar el baño y la cocina, ¿Cuántos cuartos en total tiene esta vivienda?	Anotar el número que señale el entrevistado en la columna siguiente.	
	No responde	99
14. ¿La vivienda dispone de excusado, baño o letrina para uso exclusivo de los integrantes del hogar?	Sí	1
	No	2
	No responde	9
15. En su vivienda se cuenta con los siguientes bienes: Indicar para cada bien Tiene.....1 No tiene.....2 No responde.....9	Video casetera	
	Estufa	
	Refrigerador	
	Lavadora de ropa	
	Automóvil propio	

Fuente: Solicitud de Afiliación al SPSS-CECASOEH-2004.

tecnológica integral que responda a la dinámica de estos procesos. Dicha plataforma será descrita en la sección 4.5.

4.4 DEFINICIÓN DE ENFERMEDADES ASOCIADAS A GASTOS CATASTRÓFICOS

El artículo décimo cuarto transitorio de la reforma a la LGS define nueve categorías de enfermedades o intervenciones que serán gradualmente cubiertas por el FPGC. La lista de categorías vigentes en 2005 se presenta en el cuadro 4.2.

Las enfermedades, intervenciones y medicamentos asociados incluidos en cada una de las nueve categorías son, por Ley, identificados y definidos por el Consejo de Salubridad General (CSG) siguiendo los criterios establecidos en la LGS. Dichos criterios permiten identificar enfermedades cuyo tratamiento implique un alto costo para el SPSS en virtud de su grado de complejidad o la frecuencia con la que ocurren.

Los criterios empleados para la identificación de las enfermedades son el peso de la enfermedad, la efectividad de las intervenciones, la seguridad y eficacia del tratamiento, la aceptabilidad social, la adherencia a normas éticas profesionales médicas y la evolución de la enfermedad. Las enfermedades e intervenciones serán identificadas o actualizadas por el CSG siguiendo principalmente el criterio de costo-efectividad. Este criterio requiere el trabajo continuo y conjunto tanto del CSG como de la CNPSS para la implantación de métodos estándar que permitan realizar el costeo y la medición de la efectividad de los tratamientos.

En cumplimiento de lo anterior, el CGS ha integrado grupos de trabajo, con representantes de las instituciones miembros, para definir una lista de enfermedades

correspondientes a las categorías de Ley. Las enfermedades e intervenciones identificadas como generadoras de gastos catastróficos para el SPSS se presentan en el anexo AT.4. Adicionalmente, se acordó establecer la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos (COTRAME), como órgano de apoyo al CSG en esta materia (anexo AL.6).

Las revisiones a la lista de enfermedades e intervenciones son realizadas por la COTRAME, creada por acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de abril de 2004. Dicha comisión se integra por el Secretario del CSG, quien la preside, y dos representantes de la Secretaría de Salud que son el Titular de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y el Titular de la CNPSS. Sesiona bimestralmente de manera ordinaria, previa convocatoria de su Presidente.

Los documentos generados por la COTRAME, particularmente los protocolos técnicos para cada enfermedad son la base para la estimación de costos por parte de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría y de la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS. Los costos basados en los protocolos técnicos serán revisados y actualizados periódicamente por la CNPSS. Al inicio de operaciones del FPGC, el costo de las intervenciones cubiertas será el mismo para todos los proveedores de servicios. Conforme el SPSS madure se integrarán mecanismos para captar las diferencias en precios de los insumos existentes en las diversas regiones del país.

Asimismo, los protocolos son una referencia para el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia (anexo AL.7), así como para el Consejo Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en el caso del cáncer cervicouterino y para el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH-SIDA.

Los tratamientos identificados por el CSG servirán de base para generar guías clínico-terapéuticas que deberán ser observadas por las unidades de atención médica que funjan como proveedores de los servicios cubiertos por el FPGC. Dichas guías también servirán como parámetro a la CNPSS para la evaluación y el seguimiento de la calidad de los servicios otorgados por los prestadores de servicios del FPGC.

Las enfermedades y tratamientos cubiertos se especifican en el catálogo de intervenciones cubiertas por el FPGC. En un inicio, el FPGC cubrirá los tratamientos para las enfermedades descritas en el anexo AT.4. Con base en lo anterior el FPGC tendrá un carácter de agente financiador a través del pago por resultados, de los tratamientos cuya cobertura se encuentre vigente al momento en el que los afiliados requieran la atención.

Cuadro 4.2

Categorías de enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos

Categorías
1. Diagnóstico y tratamiento del cáncer
2. Problemas cardiovasculares
3. Enfermedades cerebro-vasculares
4. VIH/SIDA
5. Lesiones graves
6. Rehabilitación de largo plazo
7. Cuidados intensivos neonatales
8. Trasplantes
9. Diálisis

Recuadro 4.2 Proceso para definición de tratamientos asociados a las enfermedades e intervenciones identificadas por el CSG

El proceso seguido por el CSG en la definición y actualización de los tratamientos y medicamentos para las enfermedades e intervenciones identificadas sigue las etapas presentadas a continuación.

Identificación de intervenciones

1. Revisión de la base documental y bibliográfica disponible sobre los tratamientos y medicamentos para cada enfermedad e intervención.
2. Verificación de los insumos en cuadros básicos y catálogos de insumos del Sector Salud.
3. Elaboración del formato para la descripción de las intervenciones incluidas en cada tratamiento.
4. Asignación de la evolución de cada enfermedad a las instituciones miembros del CSG participantes en el proceso (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SECMAR, AMM, AMC, UNAM, IPN).
5. Revisión y validación por los comités específicos de la COTRAME del material desarrollado en cada institución miembro del CSG respecto a la evolución de cada enfermedad.

Actualización de intervenciones

1. Homologación del formato de los protocolos técnicos, a fin de facilitar la descripción del proceso integral de atención de pacientes, con los apartados siguientes: categoría; enfermedad y código CIE-10; etapas de tratamiento; intervenciones; medicamentos; y otros insumos.
2. Estandarización y codificación de las enfermedades según la CIE-10.
3. Recopilación y análisis de bibliografía referente a cada enfermedad.
4. Determinación de los procedimientos o intervenciones diagnósticos, terapéuticos, paliativos o de rehabilitación necesarios para la atención integral de cada enfermedad.
5. Selección de los medicamentos e insumos necesarios en cada procedimiento de acuerdo al cuadro básico y al catálogo de medicamentos e insumos del sector salud. En algunas enfermedades fue necesario establecer la dosis estándar.

Durante el segundo semestre de 2004 y en el 2005, la COTRAME, a través de los Comités de Cáncer en Adultos, Cáncer en Niños, VIH-SIDA, Cuidados Intensivos Neonatales, Enfermedades Cerebrovasculares, Trasplantes, Diálisis, Cataratas y Enfermedades Cardiovasculares, actualizó parte del listado de enfermedades, tratamientos y medicamentos mediante protocolos técnicos. Como resultado de estos trabajos, se integraron y actualizaron los protocolos técnicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se enlistan en el anexo AT.4.

Nota:

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE: Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores al Servicio del Estado, SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional; SECMAR: Secretaría de Marina; ANM: Academia Nacional de Medicina; AMC: Academia Mexicana de Cirugía; UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México; IPN: Instituto Politécnico Nacional. Las demás siglas pueden consultarse en la sección de acrónimos.

4.4.1 Fuentes de ingreso y gasto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

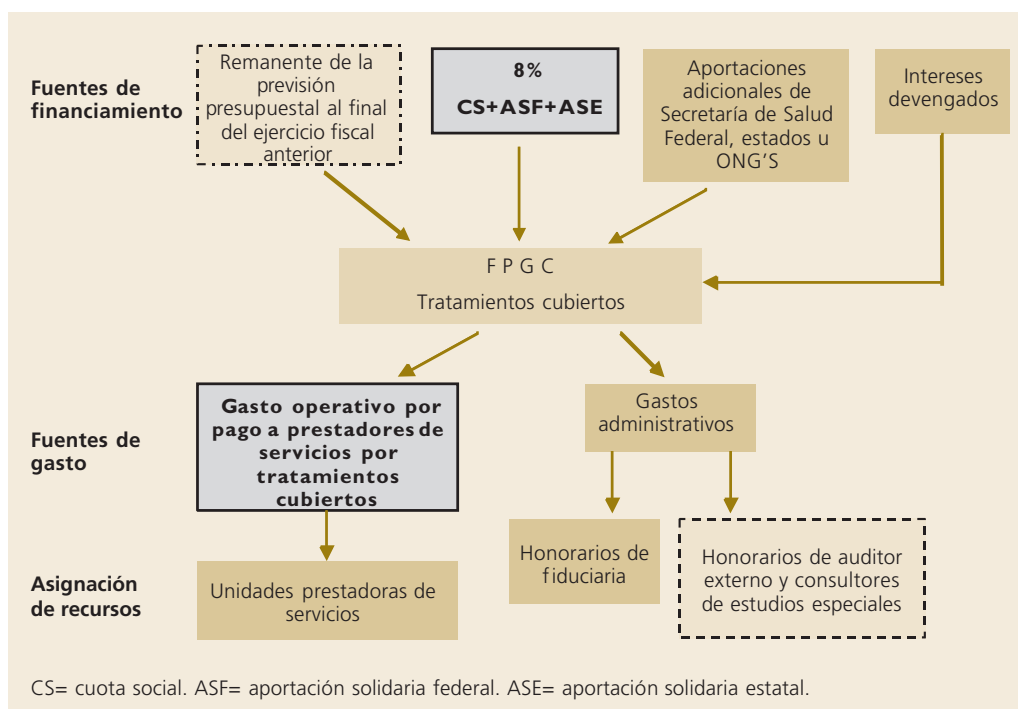
Los artículos 77 Bis 17 y 77 Bis 18 de la LGS definen dos fuentes principales de ingreso para el FPGC. La primera fuente está integrada por 8% de la suma de la CS, la ASF y la ASE. La segunda fuente es el remanente que exista al final del ejercicio fiscal anterior en el Fondo de la previsión presupuestal. Existen otras dos

fuentes potenciales de ingresos para el FPGC: i) los intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles y, ii) las aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales que tengan relación con alguna de las enfermedades cubiertas por el FPGC (figura 4.3).

El principal destino de gasto para el FPGC es el financiamiento a través del pago o presupuestación por resultados de los tratamientos cubiertos. Bajo este

Figura 4.3

Fuentes de ingreso y gasto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos



Recuadro 4.3 Priorización de intervenciones de alta especialidad

Con la finalidad de apoyar el proceso de priorización de las intervenciones de alta especialidad que gradualmente serán financiadas por el FPGC, se ha desarrollado una colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Universidad Harvard. Esta colaboración tiene dos objetivos:

- Realizar análisis de costo-efectividad para los tratamientos de las enfermedades identificadas por el CSG como candidatas a cobertura financiera, y
- desarrollar herramientas que permitan actualizar o completar los análisis conforme se disponga de datos más detallados y recientes.

A la fecha se ha desarrollado análisis de costo-efectividad para: detección de cáncer de mama, tratamiento de los cánceres infantiles, cuidados intensivos neonatales, tratamiento de complicaciones de la diabetes, trasplante de córnea y tratamiento de enfermedades cardio-vasculares. En el futuro inmediato se dispondrá de los análisis para insuficiencia renal crónica terminal tratada por diálisis o por trasplante de riñón.

La colaboración terminará en el año 2006 al concluirse el análisis costo-efectividad para todas las enfermedades identificadas por el CSG para las que exista información, y al ser transferidas las herramientas que se están desarrollando para este análisis al personal del Seguro Popular y a los investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, quienes se encargarán en un futuro de actualizar o completar los análisis que se requieran.

Los resultados que se obtengan de esta colaboración serán considerados como uno de los elementos para determinar la inclusión de tratamientos a ser financiados por el FPGC, siempre que se cuente con la infraestructura material y humana, así como con los recursos financieros necesarios para la cobertura de toda la población objetivo.

esquema de financiamiento, la asignación de recursos se realizará directamente a los prestadores de servicios que hayan cumplido el requisito de certificación estipulado en el artículo 77 Bis 30 de la LGS y que hayan firmado un convenio de prestación de servicios. El segundo destino del gasto está integrado por el costo administrativo involucrado en el manejo financiero de los recursos así como en la entrega de recursos a los prestadores de servicios.

La administración del FPGC está a cargo de la CNPSS. El instrumento financiero que permitirá la administración de los recursos en el FPGC será un fideicomiso público.

4.4.2 Proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes con enfermedades cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Para que un afiliado al SPSS obtenga financiamiento para los tratamientos cubiertos por el FPGC debe seguir un procedimiento de referencia y contrarreferencia denominado “declaratoria de caso”. La declaratoria de caso es el mecanismo que vincula a la red estatal de prestadores de servicios con los prestadores de servicios de gastos catastróficos. En la declaratoria, el médico tratante de la red estatal de prestadores refiere al paciente después de cumplir con una serie de lineamientos que permiten determinar la gravedad del caso y la imposibilidad de atención en la unidad en donde se detectó el mismo.

La declaratoria de caso también incluye una verificación administrativa respecto a si el tratamiento requerido se encuentra cubierto por el FPGC y si la afiliación del paciente se encuentra vigente. Una vez que la declaratoria de caso esté completa se emite una referencia para que el paciente se presente ante el establecimiento médico acreditado para la prestación de servicios cubiertos por el FPGC. El prestador de servicios de gastos catastróficos deberá registrar el número de la referencia del paciente, el número de sesiones y el tratamiento proporcionado para que, al corte trimestral, se genere un listado de servicios facturables al FPGC. El paciente referido estará exento de pago alguno por las intervenciones y medicamentos cubiertos por el FPGC durante el tratamiento, excepto por aquellas cuotas reguladoras que pudiesen existir.¹⁷

Si por alguna circunstancia justificable determinada en los lineamientos respectivos no se le puede extender una declaratoria de caso al paciente, éste tendrá

derecho a ser tratado pero el financiamiento del tratamiento correrá a cargo del paciente, quien pagará la cuota de recuperación correspondiente al nivel socioeconómico determinado al momento de su afiliación al SPSS.

Cabe señalar que si bien el FPGC ha iniciado operaciones con un catálogo de intervenciones muy modesto, éste cubre dos de las enfermedades consideradas como prioridades nacionales y sociales en salud: cáncer cérvico-uterino y VIH/SIDA. Además brindará protección financiera para tres de las condiciones médicas de mayor frecuencia y severidad en nuestro país: recién nacido prematuro, sepsis neonatal e insuficiencia respiratoria del prematuro (síndrome de la membrana hialina).

4.5 PLATAFORMA TECNOLÓGICA INTEGRAL

La plataforma tecnológica integral (PTI) es el instrumento tecnológico que brindará soporte a los procesos operativos del SPSS. En particular, la PTI apoyará a los procesos de control, evaluación y transparencia definidos en los artículos 77 Bis 5, 77 Bis 31 de la LGS; en los artículos 71 al 75 y 138 al 140 del Reglamento; y en el artículo 7 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. El factor tiempo es decisivo para poder cumplir con toda la legislación y reglamentación aplicable, ya que se requiere una respuesta oportuna en tiempo y forma para la operación y la rendición de cuentas del SPSS.

El diseño de la PTI tiene como principales premisas las siguientes:

- Brindar información en tiempo real;
- permitir la creación de un padrón a nivel nacional;
- permitir la conectividad nacional;
- brindar una plataforma fácil de operar;
- permitir el manejo de altos volúmenes de datos;
- permitir el registro y control de las transacciones por afiliado;
- permitir el control y monitoreo de la gestión del SPSS;
- permitir la separación entre la información de la actividad médica y la información del financiamiento del SPSS;
- permitir la interrelación con otros sistemas o desarrollos futuros de la Secretaría de Salud a través de interfaces; y
- brindar las mejores prácticas y tendencias en materia tecnológica, inversión, seguridad, confiabilidad, confidencialidad, disponibilidad y alto desempeño.

¹⁷ El tema de las cuotas reguladoras se aborda en la sección 3.8.

Las premisas de la PTI permitirán generar un esquema tecnológico centralizado y de cobertura nacional para brindar servicio a todos los puntos de atención del SPSS. Además ayudará a facilitar el control y contención de los costos de atención médica, a fin de optimizar los recursos financieros y minimizar la ineficiencia y el desperdicio. La PTI permitirá también que los datos siempre estén disponibles en cualquier región donde el asegurado solicite un servicio, lo que agilizará y optimizará la producción y prestación de servicios a todos los niveles de atención. La PTI ayudará a interrelacionar toda la información operativa, administrativa, médica, financiera y transaccional para cumplir con el control, evaluación y transparencia necesarios en la operación del SPSS. Finalmente, la PTI coadyuvará en el proceso de aseguramiento de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS así como en el análisis de la aceptabilidad del SPSS entre la población afiliada.

4.5.1 Tarjeta inteligente y expediente clínico electrónico

En el mes de agosto de 2004, la CNPSS inició las pruebas piloto del programa de credencialización de los afiliados al SPSS con la Tarjeta Inteligente Tu Salud (TUS). Se busca que esta tarjeta reduzca los gastos por concepto de credencialización, que hoy en día, los Estados erogan para entregarle una identificación a los asegurados.

Los beneficiarios del SPS podrán tener acceso a sistemas digitales de control, a través de la tarjeta inteligente que contiene una memoria de lectura y grabación (chip), de contacto y de radiofrecuencia, lo que permite al usuario tener una llave para acceder sin problema alguno a los sistemas electrónicos de control gerencial y clínico - médico.

La aplicación de la TUS permitirá establecer controles para el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio, esto mediante las siguientes acciones:

- Atención del número idóneo de beneficiarios al día a través de un control de citas, lo que evitará largos tiempos de espera;
- reducción en los tiempos para el llenado de formatos que hoy en día los médicos han de destinar para llevar a cabo los controles de atención, lo que brindará más tiempo destinado directamente a la atención del paciente;
- instrumentación de controles para el surtido de medicamentos, abasto del mismo y reducción de costos por mermas en medicamentos;

- establecimiento de estadísticas en tiempo real;
- implantación de controles para determinar la migración de los beneficiarios dentro del país;
- implantación de controles precisos sobre la vigencia de derechos del SPS;
- disponibilidad de estadísticas en los rubros que se requieran por las diferentes áreas de la CNPSS, Direcciones Estatales y las entidades federativas.

Para llevar a cabo las acciones anteriores, será necesario establecer controles de seguridad precisos que permitan la certeza de la información mediante controles biométricos.

La TUS cumple con todas las normas gráficas establecidas por el Registro Nacional de Población (RENAPO) para que una credencial sea considerada como identificación federal (figura 4.4).

Lo datos que contiene la tarjeta se muestran en la figura 4.5.

Adicionalmente a la TUS es necesario contar con una tarjeta del médico tratante, la cual se utiliza como medio de identificación, así como una validación del acceso al sistema de gestión médica y un medio de autorización para recetar medicamentos controlados. También es necesario que la computadora del médico esté conectada con un lector de tarjeta y scanner de huellas para realizar la validación y autenticación del médico y del paciente afiliado. La computadora del médico deberá contener programas de generación de consultas, expedición de recetas, además de llevar el expediente médico del paciente, así como todos los catálogos actualizados necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión médica.

En cuanto al Expediente Clínico Electrónico (ECE), éste deberá de cumplir con las especificaciones que establece la Secretaría de Salud, y contener la información básica que se muestra en la figura 4.6.

Esta información deberá estar basada en catálogos y estándares de la CIE-10 y la CIE-9-MC.

4.6 FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA

La implantación gradual del SPSS generará un aumento en la demanda de los servicios cubiertos. Para responder a dicho aumento la LGS contempla tres mecanismos relacionados con el fortalecimiento de la oferta: el Plan Maestro de Infraestructura (PMI), la acreditación y certificación de unidades médicas, y el establecimiento de redes de prestadores de servicios del SPSS.

Figura 4.4
Tarjeta inteligente Tu Salud y sus elementos de seguridad

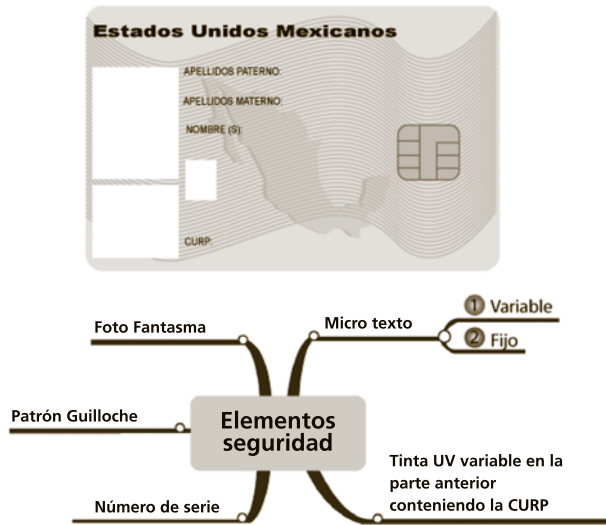


Figura 4.5
Datos contenidos en la tarjeta inteligente Tu Salud

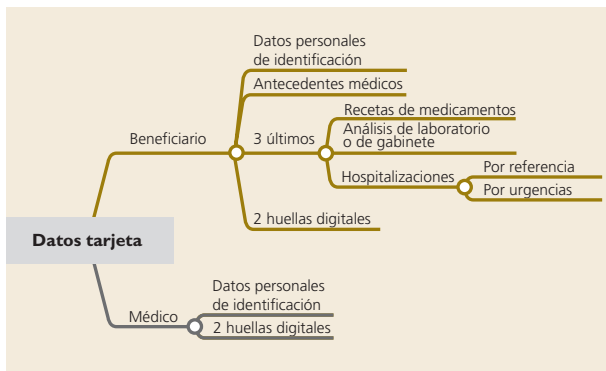


Figura 4.6
Especificaciones para el expediente clínico electrónico



4.6.1 Plan Maestro de Infraestructura

El mecanismo más importante diseñado como parte del SPSS para fortalecer la oferta de servicios es el Plan Maestro de Infraestructura (PMI) (artículo 77 Bis 10 de la LGS). El PMI responde a las necesidades de racionalizar y optimizar la inversión financiera en infraestructura y equipamiento para cubrir el incremento en la demanda de servicios de los afiliados al SPSS en el mediano plazo. El PMI contempla un horizonte de inversión a diez años y con objeto de racionalizar y optimizar la infraestructura en salud, se sustenta en un proceso de priorización de obras, el cual es acordado con las entidades federativas.

De acuerdo con el artículo 37 del Reglamento, el proceso de priorización de obras considera los siguientes parámetros:

1. Proyecciones poblacionales y las características epidemiológicas de la población;
2. comparación de proyectos alternativos para la realización de la obra en términos de su costo-efectividad;
3. relación de toda la oferta existente en la entidad federativa y en la red de prestadores del SPSS;
4. comparación de las tendencias de utilización y ocupación de los prestadores de servicios en el área;
5. disponibilidad de recursos en la entidad federativa para apoyar la obra;
6. el flujo de efectivo proyectado para asegurar la viabilidad financiera, especialmente en lo referente a recursos humanos;
7. características arquitectónicas y de operatividad vinculadas con el área en donde se realizará la obra; y
8. aspectos ambientales y culturales relacionados con el proceso de atención.

Se otorgará prioridad a las obras en aquellas áreas en donde exista un nivel importante de necesidades de salud no satisfechas. Para determinar el nivel de necesidades se emplearán indicadores que capten los parámetros antes descritos. Las obras prioritarias serán incluidas en el PMI toda vez que hayan recibido un certificado de necesidad expedido por la Secretaría, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. El PMI será actualizado periódicamente conforme las entidades federativas reporten los avances o conclusión de las obras.

En una primera etapa la integración de las redes de prestación médica del PMI inició con la identificación de los hospitales que pudiesen brindar servicios de alta especialidad. Para ello se aplicaron los parámetros antes descritos y se especificó la conveniencia de que dichos hospitales se ubiquen en ciudades de más de 500,000 habitantes para que cuenten con una adecuada infraestructura y sean atractivos como lugar de trabajo para el personal de salud. Se identificaron 18 ciudades y por ende, igual número de hospitales que fungirán como la base de las redes. Cabe señalar que sólo en tres de las ciudades existen hospitales de alta especialidad; en tres ciudades más los hospitales están en proceso de construcción y en las ciudades restantes se deberá iniciar su construcción en el horizonte de tiempo considerado por el PMI.

Una vez identificadas las ciudades en donde se localizarán los hospitales de alta especialidad, se procedió a definir los hospitales generales y de la comunidad así como las Unidades médicas especializadas (UNEMES) que delimitarán a las redes. El criterio principal para la inclusión de estos hospitales y UNEMES fue la autosuficiencia de atención hospitalaria de la red. En la definición también se especificó la situación de los hospitales y UNEMES respecto a la necesidad de fortalecimiento, ampliación, equipamiento, sustitución o construcción de obra.

Al concluir esta segunda etapa se estructuraron tanto las redes de prestación médica como una primera propuesta de plan de infraestructura. Ambos proyectos se presentaron a las entidades federativas para su discusión y eventual modificación. Los resultados consensuados de la primera etapa del PMI se presentan en los cuadros 4.3 y 4.4.

En la tercera etapa del PMI, se identificarán y analizarán las necesidades de infraestructura de otros tipos de unidades médicas necesarias para la atención integral de la población. Estas unidades incluyen centros de salud, Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), centros de salud mental familiar, hospitales de salud mental, unidades de apoyo comunitario, unidades de telemedicina y unidades de salud pública.

Cuadro 4.3
Redes de prestación médica del Plan Maestro de Infraestructura

Red	Estado	Red	Estado
NE3	Coahuila Nuevo León Tamaulipas Zacatecas	S1	Campeche Quintana Roo Yucatán
NE4	Chihuahua	S2	Campeche Chiapas Tabasco Veracruz
NE5	Coahuila Durango Zacatecas	S3	Chiapas
NE1	Hidalgo Tamaulipas Veracruz	S4	Chiapas Oaxaca Puebla Veracruz
NE2	San Luis Potosí	S6	Guerrero Oaxaca
CO2	Colima Jalisco Michoacán Nayarit Zacatecas	S7	Guerrero Hidalgo Estado de México Oaxaca Puebla Tlaxcala
C2	Hidalgo Estado de México Michoacán Querétaro	S5	Oaxaca
C3	Distrito Federal Estado de México Michoacán Morelos	C1	Hidalgo Estado de México
CO1	Aguascalientes Guanajuato Jalisco Michoacán Zacatecas	NO1	Baja California Baja California Sur Durango Sinaloa Sonora

Fuente: Plan Maestro de Infraestructura, Noviembre 2003.
NE: Noreste; NO: Noroeste; C: Centro; CO: Centro-occidente;
S: Sur

Cabe señalar que por el momento existe una diferencia conceptual entre las redes de prestación médica del PMI y las redes de prestadores de servicios del SPSS. Esta diferencia se explica porque en la actualidad, la estructura operativa del SPSS incluye como parte de la

red de prestadores los centros de salud y hospitales generales que están acreditados y disponibles en cada una de las entidades federativas, así como los hospitales de alta especialidad acreditados y certificados que brindan los servicios cubiertos por el FPGC. Conforme la cobertura poblacional del SPSS se incrementa y se consolida su operación en las entidades, se espera que las redes de prestadores de servicios del SPSS se inte-

gren y formen parte de las redes de prestación médica del PMI bajo una perspectiva nacional (cuadro 4.4).

Con objeto de llevar a la práctica el PMI, y como parte de su función rectora en un contexto de prestación descentralizada de servicios de salud, la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, ha desarrollado periódicamente una serie de talleres con las entidades federativas para el diseño de sus

Cuadro 4.4

Infraestructura identificada en la primera etapa del Plan Maestro de Infraestructura

Entidad federativa	Hospital de alta especialidad*	Hospitales generales y de la comunidad	UNEMES	Fortalecimiento y ampliación
Aguascalientes		1	1	4
Baja California		3	3	2
Baja California Sur		4	2	
Campeche		2	3	3
Coahuila	1	3	8	6
Colima		1	1	3
Chiapas	1	6	10	2
Chihuahua	1	2	8	5
Distrito Federal		2		10
Durango		3	3	1
Guanajuato	1	2	4	3
Guerrero	1	2	3	1
Hidalgo		7	1	4
Jalisco		6	3	8
Estado de México	1	4	20	1
Michoacán		8	4	3
Morelos		5	2	2
Nayarit		1	1	3
Nuevo León		2	4	8
Oaxaca		5	8	1
Puebla				2
Querétaro	1			3
Quintana Roo		3	12	1
San Luis Potosí		4	2	4
Sinaloa	1	4	3	3
Sonora		2	7	3
Tabasco		7	8	2
Tamaulipas	1	3	11	4
Tlaxcala		2	0	7
Veracruz		10	25	2
Yucatán	1	2	8	2
Zacatecas		2	5	1
Nacional	10	108	170	104

Fuente: Plan Maestro de Infraestructura, noviembre 2003.

*Además de los 10 nuevos hospitales regionales de alta especialidad, se suman cinco hospitales generales que se están fortaleciendo para ofrecer servicios de alta especialidad adicionales a los que ya están operando en Guadalajara, Monterrey y el D.F.

Recuadro 4.4 Objetivos de los talleres para el fortalecimiento de la oferta en las entidades federativas

Los talleres para el fortalecimiento de la oferta tienen como objetivos específicos los siguientes:

- Acordar con cada entidad federativa las metas e indicadores anuales para el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud cubiertos por el CASES y el FPGC;
- definir las estrategias pertinentes para la implantación de los programas estatales de fortalecimiento de la oferta;
- alinear los recursos federales y estatales provenientes de diversas fuentes de financiamiento con los requerimientos del programa estatal de fortalecimiento de la oferta;
- identificar los apoyos que brindará el gobierno federal para cumplir con los compromisos establecidos en los programas estatales;
- definir los mecanismos de coordinación con las distintas áreas del nivel federal;
- diseñar conjuntamente el borrador del instrumento legal que compromete a los titulares de salud en las entidades federativas y el gobierno federal para la ejecución y financiamiento de las obras acordadas.

programas estatales para el fortalecimiento de la oferta de los servicios esenciales del SPSS (recuadro 4.4).

Estos talleres ayudarán a las entidades federativas en el proceso de implantación del Plan Maestro de Infraestructura y coadyugarán a la actualización periódica de éste.

4.6.2 Acreditación y certificación de unidades de atención médica del Sistema de Protección Social en Salud

Los otros dos mecanismos diseñados en la LGS para fortalecer la oferta de servicios del SPSS son la acreditación y la certificación de unidades de atención médica. Ambos mecanismos tienen el objetivo de evaluar la capacidad de las unidades para prestar servicios médicos. La diferencia conceptual entre ambos mecanismos es que la acreditación evalúa la capacidad para brindar los servicios cubiertos por el SPSS mientras que la certificación evalúa la capacidad para brindar todos los servicios que la unidad ofrece, independientemente de que los servicios estén o no cubiertos por el SPSS. Las principales diferencias operativas entre ambos mecanismos estriban en la cantidad de criterios a evaluar, en la forma en que se genera el dictamen de la evaluación y en los tiempos de vigencia del dictamen.

El artículo 77 Bis 9 de la LGS especifica que todas las unidades de atención médica, es decir, los centros de salud, los hospitales generales y de la comunidad, las UNEMES, los CAAPS, y los hospitales de alta especialidad que provean los servicios cubiertos por el SPSS, entre otros, deben aprobar el procedimiento de acreditación como requisito indispensable para ser consideradas parte de la red de prestadores de servicios.

La acreditación es un procedimiento para verificar las condiciones requeridas para la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. La Secretaría, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, es la encargada de establecer los criterios para la acreditación de unidades. Dichos criterios se emiten en el Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud. La acreditación se realiza en forma previa a la incorporación de la unidad a la red de prestadores del SPSS. Las características mínimas que deben cumplir las unidades durante la acreditación se presentan en el cuadro 4.5.

El dictamen que se obtiene como resultado del proceso de acreditación refleja el puntaje global obtenido para un conjunto de criterios relacionados con la infraestructura, los procesos y los resultados requeridos para la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. El dictamen puede ser favorable, condicionado o no favorable. En cualquiera de los casos, la unidad de atención médica recibirá un reporte que especifica la evaluación de cada uno de los criterios considerados para referencia futura y detección de áreas potenciales de mejora. Si el dictamen es no favorable o condicionado, los servicios de salud de la entidad federativa en donde se encuentre la unidad se comprometen a brindar apoyo financiero proveniente del SPSS para que ésta pueda cumplir con los criterios de la acreditación. Si el dictamen es favorable, la unidad recibe un documento de acreditación y es incorporada a la red de prestadores. Una vez que la unidad de atención es incorporada a la red de prestadores del SPSS será sujeta a la revisión anual del cumplimiento de los criterios de acreditación por parte de la CNPSS. La acreditación tendrá una vigencia de dos años, en los cuales la unidad de atención

médica se compromete a obtener la certificación. El cuadro 4.6 muestra las unidades acreditadas al 15 de octubre de 2005.

La certificación es un mecanismo enfocado a evaluar la infraestructura, los procesos y resultados de las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de establecer un proceso de mejora continua que coadyuve a elevar la calidad de los servicios. La certificación es un proceso impulsado por el CSG y es de carácter voluntario, según el acuerdo que establece las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (anexo AL.9). Sin embargo, para efectos del SPSS, el Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de Servicios de Salud establece que tras su acreditación, todas las unidades de atención

médica de la red de prestadores del SPSS, se comprometen a certificarse en un periodo no mayor a dos años.

El dictamen del proceso de certificación que la unidad puede recibir es el resultado de una evaluación en dos etapas. En la primera etapa se evalúa la infraestructura de la unidad. Si el dictamen no es favorable, el proceso de certificación se suspende hasta que la unidad cumpla con los criterios de infraestructura; en cambio si el dictamen es favorable entonces se procede con la segunda etapa en la cual se evalúan los procesos y resultados. Si el dictamen de la segunda etapa es favorable el proceso termina, pero si el dictamen es desfavorable la unidad tendrá que iniciar nuevamente todo el proceso. En cualquier caso, la unidad de atención médica recibirá un reporte que especifica los resultados de la evaluación para cada uno de los criterios considerados para referencia futura y detección de áreas

Cuadro 4.5

Características mínimas a cumplir para acreditación de unidades a ser incorporadas a la red de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud

Unidad médica	Unidad funcional Composición	Cobertura	Isócrona*	Beneficios del SPSS
Centro de salud (2 ó más unidades funcionales)	Un médico, un odontólogo y dos enfermeras.	500 familias por unidad funcional.	30 min.	Consulta externa de medicina preventiva y de medicina familiar.
Hospital ancla (Promedio de 60 camas censables)	Equipo de médicos y personal técnico de especialidades básicas asociado a una cama censable.	350 a 500 familias por cada unidad funcional.	120 min.	Consulta externa de las cuatro ramas básicas, atención médica de urgencias y servicios de hospitalización y quirófano.
Hospital de especialidad (Promedio de 150 camas censables)	Equipo de médicos subespecialistas y personal técnico asociado a una cama censable.	800 a 1,200 familias por unidad médica.	Variable	Consulta externa de especialidad. Servicios de hospitalización y quirófano que no pueden ser brindados en el hospital ancla.

* Bajo el concepto de flujo de atención entre las unidades médicas que conforman las redes de prestadores, se entiende por isócrona el tiempo máximo que invierte el paciente en llegar a la unidad médica.

Cuadro 4.6

Unidades acreditadas al 15 de octubre de 2005

	Número de unidades acreditadas (dictamen favorable)	Número de unidades acreditadas pero condicionadas*
CASES	863	428
Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	73	28
Total	936	456

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

* De acuerdo con los resultados del dictamen, su acreditación está condicionada al cumplimiento de alguno de los requisitos.

Recuadro 4.5 Pasos básicos de los procesos de acreditación y certificación

La dinámica de evaluación tanto de la acreditación como de la certificación sigue, en términos generales, tres etapas:

1. Auto-evaluación de los criterios de estructura de la unidad de atención médica. Los resultados de esta etapa se sustentan en los elementos que debe tener un establecimiento de atención médica que ofrece servicios de diagnóstico, hospitalarios, quirúrgicos y de rehabilitación, y proporcionan una indicación del nivel de preparación que la unidad tiene para someterse a la siguiente etapa.
2. Evaluación de los criterios de procesos y resultados. Esta etapa la lleva a cabo un grupo de auditores en calidad capacitados ex-profeso para tal fin. Dichos auditores laboran en las áreas de calidad de las instituciones de salud y realizan su trabajo en forma cruzada, es decir, ningún auditor puede evaluar el establecimiento de atención médica al cual pertenece.
3. Elaboración y emisión del dictámen. Esta actividad la realiza la Comisión de Certificación o el Grupo de Acreditación a partir del análisis de los aspectos cualitativos y cuantitativos emitidos por el Órgano Coordinador del CSG para el caso de la certificación o de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría para el caso de la acreditación. Finalmente, el CSG es quien emite el documento de certificación y la Secretaría emite por su parte el documento de acreditación.

potenciales de mejora. A diferencia de la acreditación, no existe obligación por parte de la entidad federativa en donde se encuentre la unidad para apoyarla financieramente en caso de que su dictamen sea desfavorable. Dado que la certificación se entiende como un proceso continuo, la certificación de la unidad tiene una vigencia de tres años. Al finalizar dicho periodo la unidad puede solicitar su re-certificación.

Con la implantación gradual del SPSS se pretende que la acreditación y la certificación sean dos mecanismos complementarios entre sí que impulsen una cultura de calidad en los procesos necesarios para la prestación de servicios médicos.

4.6.3 Redes de prestadores de servicios del Sistema de Protección Social en Salud y el proceso de referencia-contrarreferencia de pacientes

Todas las unidades de atención médica que cumplan con los requisitos de acreditación mencionados en la sección anterior podrán ser registradas en alguna de las redes de prestadores de servicios del SPSS. Existen dos tipos de redes de prestadores: la red estatal y la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos.

Una red estatal se integra por un grupo de centros de salud y uno o varios hospitales de especialidades básicas (denominados hospitales ancla) acreditados y localizados en una misma entidad federativa. La red estatal brindará los servicios esenciales de salud y funcionará como el primer paso en el proceso de referencia-contrarreferencia de pacientes. Es decir, un afiliado que

requiera hacer uso de los servicios cubiertos por el SPSS acudirá en primera instancia al centro de salud que se le asignó al momento de afiliarse. Si la atención que requiere el afiliado rebasa la capacidad resolutoria del centro de salud, el médico tratante referirá al afiliado al hospital regional que corresponda. Tras la atención en el hospital regional, esta unidad contrarreferirá al paciente para su seguimiento en el centro de salud. Si la atención requerida por el afiliado es de emergencia y el afiliado se presenta directamente en el hospital regional, esta unidad brindará la atención necesaria y referirá al paciente para su seguimiento en el centro de salud que corresponda.

Por su parte, la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos está integrada por los hospitales que brindan servicios de alta especialidad cubiertos por el FPGC, los cuales se denominan como centros regionales de alta especialidad. Para ser parte de esta red, el hospital debe contar con la acreditación correspondiente y firmar un convenio de prestación de servicios con la CNPSS. La red de prestadores de servicios de gastos catastróficos tendrá una cobertura nacional y responderá a las necesidades de atención cubiertas por el FPGC.

El acceso a los servicios brindados por la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos representa el segundo paso en el proceso de referencia-contrarreferencia. Es decir, para que un afiliado tenga cobertura financiera para la atención de alguna enfermedad identificada como gasto catastrófico, el afiliado debe ser referido por el hospital regional que le corresponda, en el cual se genera una declaratoria de caso de gasto catastrófico descrita en la sección 4.4.2. La declaratoria de

servicios a las necesidades, estructura y condiciones locales, el modelo a desarrollar en cada REPS debe tomar en cuenta los siguientes elementos:

- Criterios de afiliación;
- servicios esenciales de salud;
- redes de prestadores de servicios de salud;
- papel de la gestión médica, que comprende el enlace permanente entre el afiliado y los prestadores, a fin de proporcionar la asesoría médico-administrativa. También es la instancia encargada de dar curso a las quejas de los pacientes); y
- esquemas de contratación y pago de servicios.

Como parte del modelo de gestión se identifican tres esquemas posibles para el pago o presupuestación por resultados de los servicios (figura 4.8):

- i) Acuerdos de gestión, los cuales comprometen a los prestadores a cumplir con determinadas metas a cambio de una contraprestación y buscan en lo particular promover una presupuestación con base en resultados al interior de los Servicios Estatales de Salud;
- ii) contratos con otros prestadores del Sistema Nacional de Salud o proveedores de insumos para la salud ya sean del sector público o privado, y

iii) acuerdos de compensación o subrogación que se dan entre órdenes de gobierno, entre entidades federativas o entre instituciones públicas.

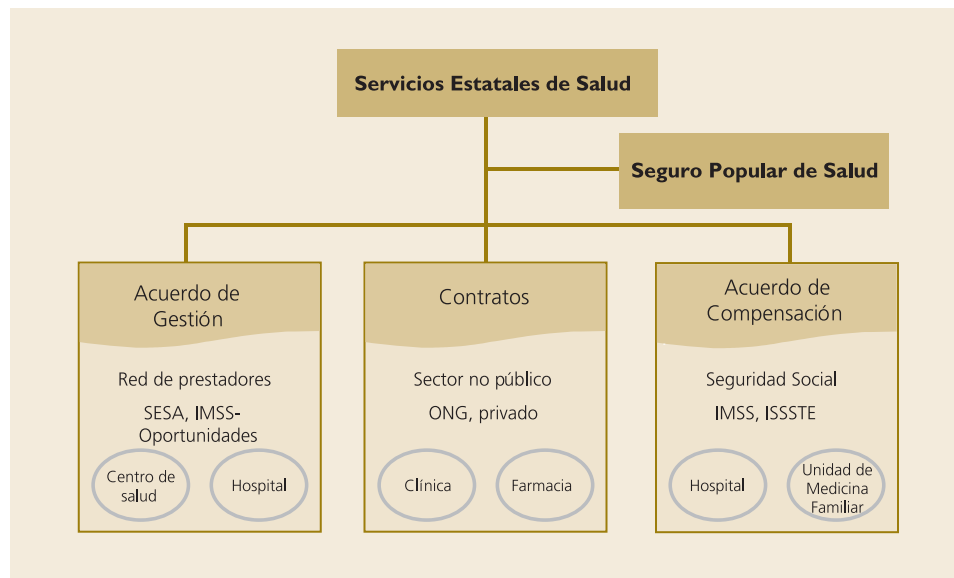
Por otra parte, de acuerdo con el tipo de servicio sujeto a cualquiera de estos esquemas de financiamiento de servicios, es necesario definir la forma de pago más adecuada. El modelo propone considerar las siguientes opciones:

- Pago por servicio médico ambulatorio (consulta externa);
- pago por producto hospitalario el cual puede definirse a su vez como:
 - pago por egreso hospitalario ajustado por casuística (por ejemplo grupos relacionados de diagnóstico, GRD);
 - pago por paciente/día estancia;
 - pago por intervención;
- pago per cápita (capitación);
- pago basado en el desempeño considerando una cápita que se ajusta de acuerdo con el cumplimiento de algunas metas de calidad previamente pactadas.

Cualquiera que sea la forma de contratación, el ámbito en el que ésta se dé, así como el tipo de servicio a considerar, es necesario que el modelo de gestión incorpo-

Figura 4.8

Esquemas de contratación de servicios



re aquellos elementos vinculados con el objetivo de promover una mayor calidad de los servicios de salud en el SPSS. Estos incluyen la acreditación de establecimientos de salud; acreditación de profesionales y técnicos de salud; capacitación continua; y mecanismos de orientación y quejas.¹⁹

Por otra parte, los elementos básicos del modelo de gestión deberán incorporarse como parte de los anexos del acuerdo de coordinación suscrito entre la Federación y la entidad federativa. Como parte del proceso de desarrollo del modelo de gestión de servicios en cada entidad federativa, el trabajo con las entidades se ha desarrollado en términos generales a partir de las siguientes fases:

Fase 1. Diagnóstico

Se efectúa un diagnóstico de salud de la población no asegurada y de la oferta-demanda de servicios y se conocen las expectativas del personal directivo y operativo. Para ello, se recopila y analiza información sobre la configuración de los servicios en la entidad. Esto incluye el análisis de los modelos de prestación de servicios utilizados previamente, así como la determinación de las áreas factibles para instrumentar el SPS en el corto, mediano y largo plazo (relación entre el CASES y la capacidad resolutoria).

Fase 2. Planeación

Se organizan e integran las redes de prestadores de servicios de acuerdo con la capacidad de la infraestructura y las intervenciones del CASES. Esto implica integrar las redes de prestadores de servicios de acuerdo con las metas de afiliación, así como seleccionar las unidades médicas y del personal de acuerdo con el cumplimiento del requisito de acreditación. Asimismo, esta fase implica elaborar propuestas de acuerdos, convenios o contratos con prestadores y proveedores de insumos; definir compromisos e indicadores de desempeño para la gestión de los servicios médicos y elaborar un directorio de la red de prestadores de servicios del SPSS.

Fase 3. Ejecución

Se ponen en marcha la prestación de servicios de salud e inicia el registro y monitoreo de las acciones. En esta fase, se instrumentan las estrategias y

los mecanismos de financiamiento sustentados en la presupuestación por resultados para apoyar la prestación de los servicios. Asimismo, se deben desarrollar acciones que permitan controlar la utilización de los servicios; desarrollar el concepto de “gestión de servicios” en las unidades de atención médica; mejorar la calidad de la atención médica; efectuar un registro y seguimiento del desempeño; dar orientación y recibir quejas; y promover la capacitación continua.

Fase 4. Evaluación

Se evalúa la gestión de los servicios con objeto de retroalimentar y, en su caso, adecuar el modelo de gestión. En esta fase, los elementos de supervisión y evaluación deberán vincularse con el proceso de supervisión y evaluación global del SPSS (ver capítulo 5). A partir de ello, se espera obtener información sobre el impacto del SPSS en las condiciones de salud de la población, la protección financiera de las familias y la calidad de la atención.

4.8

ESTRUCTURA OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD

En la sección 3.2 se explicó la naturaleza y financiamiento de los servicios de salud a la comunidad. A continuación se presenta, en términos generales, la estructura operativa de estos servicios.

La prestación de los servicios de salud a la comunidad comprende en términos generales las siguientes acciones:

- Campañas de autocuidado y estilos de vida saludable;
- prevención de riesgos para la población a nivel nacional;
- vigilancia epidemiológica;
- atención en caso de desastres o urgencias epidemiológicas;
- protección contra riesgos sanitarios, y
- control analítico y constatación de cumplimiento de normatividad a nivel nacional.

Estas acciones tienen como común denominador las características que distinguen a los bienes públicos descritos en las secciones 3.1 y 3.2. Los servicios de salud a la comunidad cuentan con un lista preliminar de intervenciones que se presenta en el cuadro 4.7. Adicionalmente, estas intervenciones pueden distinguirse de acuerdo con su ámbito de influencia en nacionales o regionales (cuando su impacto trascienda el ámbito estatal), y locales (cuando su impacto no trascienda el

¹⁹ La acreditación de profesionales no pretende suplir la certificación de profesionales de la medicina, sino llevar a cabo una selección y verificación del personal participante en el SPSS. En cuanto a la capacitación continua, ésta debiera abarcar a tres áreas: i) conocimiento médico y desempeño, ii) organización y relación laboral, y iii) regulación de la profesión médica.

Cuadro 4.7

Lista preliminar de intervenciones correspondientes a los servicios de salud a la comunidad durante 2005

Intervenciones de servicios de salud a la comunidad	Ámbito de influencia	
	Nacional o regional	Local
1. Impulso y fortalecimiento de la participación municipal		■
2. Organización comunitaria		■
3. Capacitación a la población sobre modelos preventivos y participación comunitaria		■
4. Prevención y atención de urgencias epidemiológicas	■	■
5. Prevención y control de enfermedades transmitidas por vector	■	
6. Promoción e información sobre el auto cuidado de la salud y estilos de vida saludables	■	
7. Información, educación y comunicación sobre prevención y promoción de la salud durante la línea de vida	■	
8. Promoción y difusión de las Cartillas Nacionales de Salud	■	
9. Información, educación y comunicación sobre temas básicos de salud entre la población escolar	■	
10. Promoción y difusión de una vida sin violencia familiar, sexual y contra las mujeres	■	
11. Información, educación y comunicación a la población migrante en el origen, tránsito y destino	■	
12. Establecimiento de redes sociales en apoyo a la atención de la mujer embarazada y los menores de dos años de edad		■
13. Capacitación a madres en la identificación de signos de alarma de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y de nutrición en menores de cinco años		■
14. Capacitación y educación a la población civil y a profesionales en la atención inmediata de urgencias médicas		■
15. Distribución de suplemento vitamínico entre niñas y niños de cuatro a 23 meses	■	
16. Desparasitación a niños y niñas de 2 a 14 años de edad		■
17. Ministración de Vitamina A a niños de 6 meses a 4 años de edad		■
18. Prevención de enfermedades bucales		■
19. Detección gruesa de problemas de salud entre la población escolar		■
20. Detección de tuberculosis en población de 15 años y más, en áreas y grupos de riesgo	■	
21. Vacunación antirrábica de animales domésticos		■
22. Estabilización de la población canina		■
23. Atención de focos rábicos		■
24. Vigilancia epidemiológica de las adicciones	■	
25. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles	■	
26. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles	■	
27. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad	■	
28. Vigilancia epidemiológica de riesgos a la salud	■	
29. Atención integral a la salud durante la línea de vida		■
30. Aplicación del esquema básico y complementario de vacunación en menores de cinco años		■
31. Aplicación de vacuna antiinfluenza en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad		■
32. Aplicación del esquema complementario de vacunación en niños de 6 años de edad (SRP)		■
33. Aplicación del esquema de vacunación para adolescentes (Td, antihepatitis B, SR)		■
34. Aplicación del esquema de vacunación para adultos mayores (Influenza, neumococo, Td)		■
35. Detección oportuna de defectos al nacimiento en recién nacidos		■
36. Detección y diagnóstico de deficiencias visuales, deficiencias auditivas y/o defectos posturales entre la población escolar		■
37. Detección oportuna del cáncer cérvico uterino (papanicolaou y detección de Virus de Papiloma Humano)		■
38. Tamizaje para la detección oportuna del cáncer mamario (exploración clínica)		■
39. Tamizaje para la detección y referencia de personas que viven en situación de violencia familiar o sexual		■

/continuación

Intervenciones de servicios de salud a la comunidad	Ámbito de influencia	
	Nacional o regional	Local
40. Tamizaje para la detección oportuna de osteoporosis		■
41. Tamizaje y consejería en adicciones (tabaquismo, alcoholismo y otras drogas)		■
42. Consejería médica en planificación familiar		■
43. Consejería para la prevención y control de casos de hipertensión arterial y diabetes mellitus		■
44. Consejería y diagnóstico en climaterio y menopausia		■
45. Evaluación de riesgo y consejería para la atención de la violencia familiar		■
46. Identificación de signos de alarma en el neurodesarrollo de niñas y niños menores de cinco años y aplicación de pautas de estimulación temprana		■
47. Vigilancia del estado nutricional de menores de cinco años		■
48. Ministración de micronutrientes en mujeres embarazadas		■
49. Ministración de micronutrientes en adolescentes		■
50. Prevención de caries: profilaxis, odontoxesis y esquema básico de prevención.		■
51. Detección oportuna de tuberculosis en población de 15 años y más en áreas y grupos de riesgo (hombres y mujeres que presentan tos con flema)		■
52. Prevención de daños asociados al consumo de drogas inyectadas		■
53. Prevención y detección oportuna del VIH		■
54. Detección y diagnóstico temprano de hipertensión arterial y diabetes en población de 20 años y más		■
55. Prevención primaria del cáncer cérvico uterino		■
56. Detección de hiperplasia y cáncer prostático en población masculina de 45 años y más		■
57. Quimioprofilaxis a los contactos de enfermos de tuberculosis		■
58. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores a grupos de riesgo (Paludismo, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas, VON y Dengue)		■

Nota: si bien los esquemas de vacunación están incluidos en el Catálogo de servicios esenciales de salud, éstos son aplicados a toda la población sin importar su condición de afiliación al SPSS en virtud de las externalidades positivas que generan.

ámbito estatal). La lista presentada a continuación es una primera aproximación a esta distinción. La responsabilidad en el financiamiento y la prestación deberá recaer en el orden de gobierno que compete de acuerdo con su ámbito de influencia.

En cuanto a los servicios de salud a la comunidad relacionados con la protección de riesgos sanitarios en el cuadro 4.8 se muestra una lista preliminar de los rubros o áreas asociados.

Los servicios de salud a la comunidad son un complemento importante del CASES, ya que si bien se prestan a la población en general y no forman parte del Seguro Popular, conforman uno de los tres pilares de la protección de la salud. Específicamente, los servicios de salud a la comunidad –incluyendo las actividades de regulación, control y vigilancia sanitaria– son el reflejo operativo de la protección a la salud contra riesgos sanitarios y daños a la salud (recuadro 2.4).

A continuación se describen de manera general los principales elementos operativos comprendidos en la prestación de dos servicios que son fundamentales para

proteger a la población ante riesgos de carácter externo: la vigilancia epidemiológica y la notificación en caso de desastre o urgencia epidemiológica.

En cuanto a las actividades vinculadas con la vigilancia epidemiológica, cabe mencionar que éstas se realizan a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual tiene cinco componentes que se complementan entre sí, tal como se observa en la figura 4.9:

- Notificación semanal de casos nuevos de enfermedades (SUAVE);
- Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE);
- Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED);
- Sistemas Especiales, y
- Sistema Único de Información de Laboratorio (SUILAB).

Por otra parte, para la comprensión de la operación de la atención en caso de desastres o urgencias epidemiológicas

Cuadro 4.8

Lista preliminar de rubros relacionados con la protección de riesgos sanitarios

Vigilancia y control de los giros relacionados con servicios de salud, trasplantes y transfusión sanguínea:

1. Hospitales de medicina general, psiquiátricos y de especialidades médicas del sector público y privado. Cuando no se realicen actos quirúrgicos y/u obstétricos
2. Consultorios y clínicas de medicina general y de especialidades médicas del sector público y privado
3. Consultorios de médicos homeópatas, de nutriólogos y dietistas, de psicología social y de conducta, de terapia ocupacional y de lenguaje, de quiroprácticos, de optometría y otros consultorios médicos del sector público y privado
4. Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector público y privado
5. Servicios de enfermería a domicilio, ambulancias y traslado de enfermos y otros servicios auxiliares al tratamiento médico del sector público y privado
6. Centros de planificación familiar del sector público y privado cuando no se practique cirugía mayor
7. Atención médica a enfermos mentales u otra atención médica no hospitalaria por el sector público y privado
8. Asilos para ancianos y discapacitados, orfanatos y casas cuna por el sector público y privado
9. Suministro de comida, albergue temporal por asistencia social del sector público y privado
10. Guarderías del sector público y privado

Algunas áreas de protección de riesgos sanitarios que competen exclusivamente a las entidades federativas:

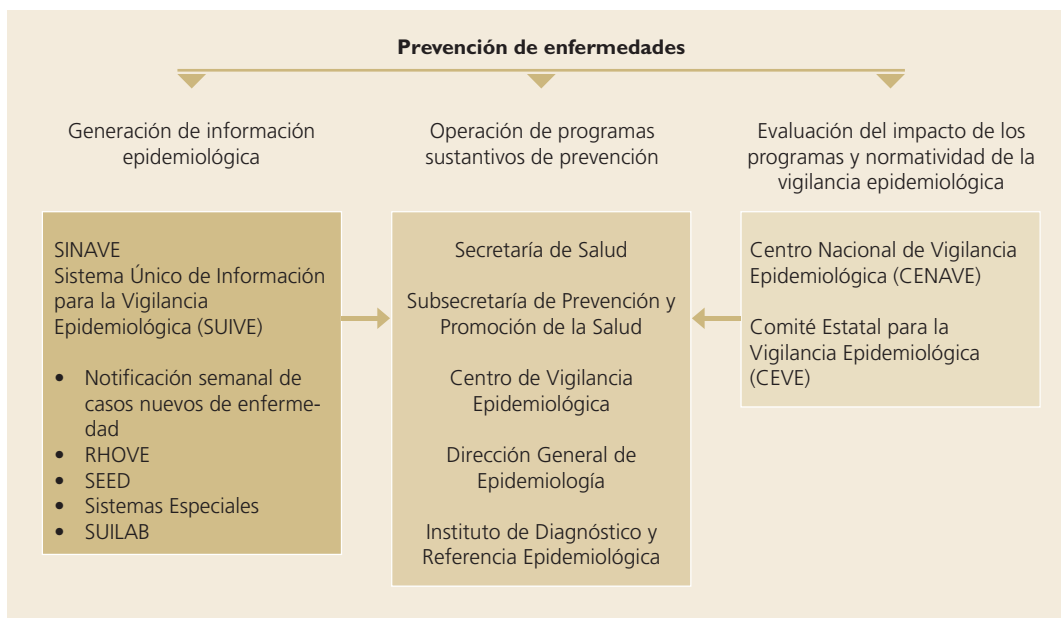
1. Alimentos
 - a. Matanza de ganado y aves para consumo humano
 - b. Corte y empacado de carne
 - c. Pasteurización de leche. Incluye establos productores de leche
 - d. Congelación de frutas y legumbres
 - e. Producción de sopas, guisos preparados y concentrados para caldos
 - f. Producción de harina de trigo y de maíz y sus derivados
 - g. Ingenios azucareros
 - h. Producción de hielo y envasado de aguas purificadas o de manantial
 - i. Producción de malta, cerveza, bebidas destiladas de uva, bebidas fermentadas de uva, ron, bebidas a base de caña, tequila, mezcal y otras bebidas alcohólicas destiladas
 - j. Producción de cigarros, puros y otros productos de tabaco
2. Comercios que ofrecen productos para consumo humano
 - a. Comercio al por mayor de huevo, frutas, legumbres, leche, productos lácteos, pan, pasteles, galletas, chocolates, dulces, confituras
 - b. Farmacias con venta de artículos diversos. Sólo si no venden estupefacientes, psicotrópicos, vacunas, toxoides, sueros y antitoxinas de origen animal y hemoderivados.
 - c. Comercio al por menor de aparatos y artículos ortopédicos
 - d. Comercio al por menor de gasolina y diesel en recipientes
 - e. Restaurantes con o sin servicio de meseros
 - f. Cantinas y bares, cervecerías, pulquerías, centros nocturnos, discotecas y similares
 - g. Panaderías
3. Almacenes
 - a. Almacenamiento en general. Sólo almacenamiento de productos relacionados con alimentos, bebidas, tabaco, productos de aseo, limpieza, perfumería y belleza para su distribución posterior
 - b. Almacenamiento con refrigeración. Servicio de almacenamiento con cámaras frigoríficas y refrigeradores para artículos que por su naturaleza requieran este tipo de instalaciones. Plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas y peligrosas
4. Agua
 - a. Agua de calidad bacteriológica
 - b. Agua de contacto (niveles de contaminación del agua de mar en las playas turísticas del país)
 - c. Calidad fisicoquímica del agua
 - d. Aguas residuales

/continuación

5. Sal yodada fluorurada (niveles adecuados de fluoración y yodación de la sal)
6. Farmacovigilancia (cultura de notificación de reacciones adversas a medicamentos)
7. Atención de emergencias (brinda el apoyo humano e insumos para atender emergencias originadas por desastres naturales, entre otras)
8. Plomo en loza vidriada (sustituir el esmalte utilizado en la alfarería vidriada por un esmalte libre de plomo, a fin de disminuir la enfermedad causada por este metal)
9. Zoonosis
 - a. Brucelosis
 - b. Clenbuterol
 - c. Encefalopatía esponjiforme bobina

Fuente: COFEPRIS.

Figura 4.9

Esquema operativo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

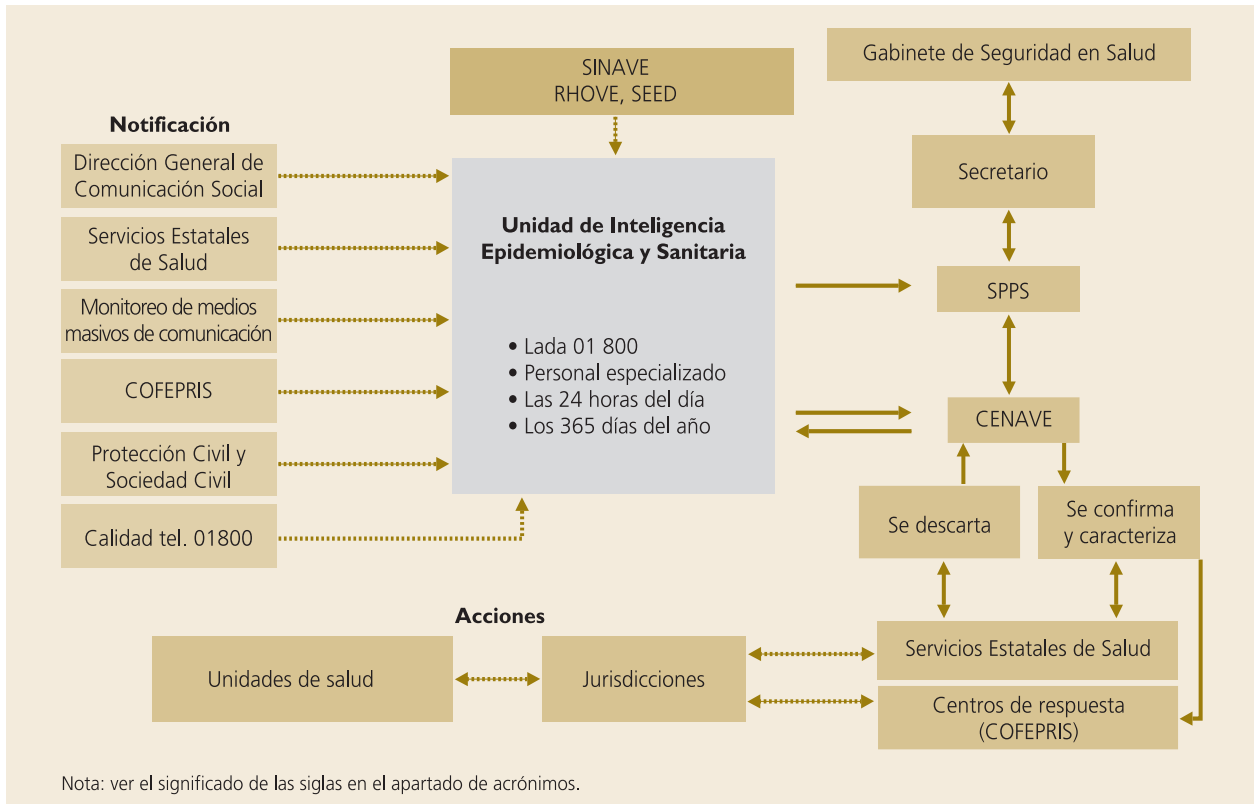
gicas es necesario enfatizar que un desastre se define como un acontecimiento que cumple las siguientes características: rebasa en forma repentina la capacidad de respuesta normal de un sistema social; y puede ser provocado por la presencia de fenómenos geológicos, hídricos, meteorológicos, sociales, físico-químicos, ecológicos y/o sanitarios. Asimismo, el *riesgo epidemiológico* es la

probabilidad de sufrir un daño a la salud como consecuencia de exposiciones a uno o varios factores de riesgo.

En este sentido, la operación de la atención en caso de desastres o urgencias epidemiológicas se ejecuta mediante el Sistema de Notificación General en Caso de Desastre o Urgencia Epidemiológica, el cual se presenta en la figura 4.10.

Figura 4.10

Sistema de notificación general en caso de desastre o urgencia epidemiológica



4.9 VINCULACIÓN CON OTROS PROGRAMAS FEDERALES

El Título Tercero Bis de la Ley en materia de protección social en salud, prevé la coordinación institucional entre el SPSS y los programas sociales del gobierno federal. En particular, la reforma a la LGS incorpora los términos en que el SPSS podrá operar de manera coordinada con los programas IMSS-Oportunidades y de Desarrollo Humano Oportunidades.

La coordinación y colaboración entre programas federales que comparten poblaciones objetivo permitirá reducir la fragmentación operativa del sistema de salud, con lo que se impulsa una alineación programática y financiera de los recursos públicos destinados al financiamiento de la prestación de servicios de salud a la persona (atención médica).

4.9.1 El SPSS y el programa IMSS-Oportunidades

El programa IMSS-Oportunidades brinda atención de primer y segundo nivel a la población ubicada en lo-

calidades marginadas rurales, en condiciones de pobreza o pobreza extrema, que no cuenta con acceso a los servicios de seguridad social.

Anterior a la reforma que crea al SPSS, el financiamiento para IMSS-Oportunidades se canalizaba mediante un rubro de gasto contenido en el presupuesto de la Secretaría de Salud (ramo 12). Sin embargo, desde su origen es el IMSS quien opera, administra y contabiliza de manera independiente y por separado los recursos con que cuenta para su operación.

La necesidad de coordinar esfuerzos entre el SPSS e IMSS-Oportunidades radica en el objetivo de constituir redes de prestadores de servicios públicos de salud para la población no asegurada, que permitan evitar duplicidades y optimizar los recursos públicos físicos, materiales y humanos, dado que se enfocan en una misma población objetivo.

La reforma fundamenta legalmente la coordinación del SPSS con el programa IMSS-Oportunidades al establecer lo siguiente:

El programa IMSS-Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actuali-

dad, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las familias actualmente atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida su incorporación a dicho Sistema, la Cuota social y la aportación solidaria a cargo del Gobierno Federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la Cuota familiar en los términos de la presente Ley. En cualquier caso, el programa IMSS-Oportunidades seguirá siendo administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a la legislación aplicable.²⁰

Lo anterior indica que las familias que actualmente son atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán afiliarse al SPSS. El hecho de que las familias IMSS-Oportunidades puedan afiliarse al SPSS tiene implicaciones importantes en el financiamiento y la prestación de la atención médica. Las implicaciones de la coordinación en la atención médica encuentran su origen en la siguiente disposición reglamentaria:

(...) las familias atendidas en el Programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema, en tales supuestos la atención médica será prestada a través de los establecimientos para la atención médica de dicho Programa. Los servicios brindados por el Programa corresponderán a los servicios esenciales de salud determinados por la Secretaría para el Sistema.²¹

El aspecto financiero de esta coordinación se especifica en la Ley y el Reglamento. En primera instancia, es importante señalar que la Ley establece que el financiamiento del programa IMSS-Oportunidades se realizará directamente a través del IMSS. En este sentido, la colaboración y alineación financiera que legalmente se establece requiere que los recursos correspondientes por familia que pertenece al padrón del programa que decida afiliarse al SPSS deben ser trasladados íntegramente a IMSS-Oportunidades a través del IMSS.

Si se considera que el programa IMSS-Oportunidades recibe su presupuesto público en relación con las

familias que reporta en su padrón de beneficiarios, lo expuesto en el párrafo anterior, que se deriva de lo dispuesto en la Ley, implica un doble financiamiento por familia ya que el programa recibiría los recursos correspondientes por su padrón y adicionalmente los correspondientes por el esquema de financiamiento derivado del SPSS por familia afiliada.

Sin embargo, existe una alternativa práctica de procedimiento que permitiría adecuar el esquema de pago de servicios brindados por IMSS-Oportunidades, manteniendo niveles adecuados de utilización racional de los recursos públicos disponibles. Esto significa que la CNPSS pueda transferir al IMSS los recursos financieros que se derivan del margen faltante entre los recursos existentes del programa por familia y aquellos recursos adicionales que se requieran para completar el financiamiento por familia afiliada al SPSS definidos por la LGS.

Ello permitiría realizar la contraprestación por los servicios brindados mediante el pago de los mismos, sin incurrir en un doble financiamiento que resultaría inaceptable en un sistema público de salud con recursos escasos. En ese sentido, el planteamiento es que el IMSS-Oportunidades se constituya en un prestador más de servicios para los afiliados al SPSS. Para establecer de manera precisa los flujos financieros entre las entidades federativas e IMSS-Oportunidades por la prestación de servicios de atención médica conforme lo establece la reforma a la LGS, es recomendable la suscripción de un convenio de colaboración o mecanismo formal de compensación en donde se detallen los términos del intercambio tanto financiero, como de atención médica bajo los estándares y criterios del SPSS.

Adicionalmente al caso de colaboración en el que familias afiliadas a IMSS-Oportunidades decidan afiliarse al SPSS, existe la posibilidad de que se presenten casos en los que las entidades federativas carezcan de establecimientos para la atención médica en ciertas zonas geográficas, en especial aquellas con alto grado de marginación. En este caso, el financiamiento o pago de servicios específicos podrá ser pactado con programas como IMSS-Oportunidades que tuvieran capacidad instalada en dichas áreas.

4.9.2 El SPSS y el programa de Desarrollo Humano Oportunidades

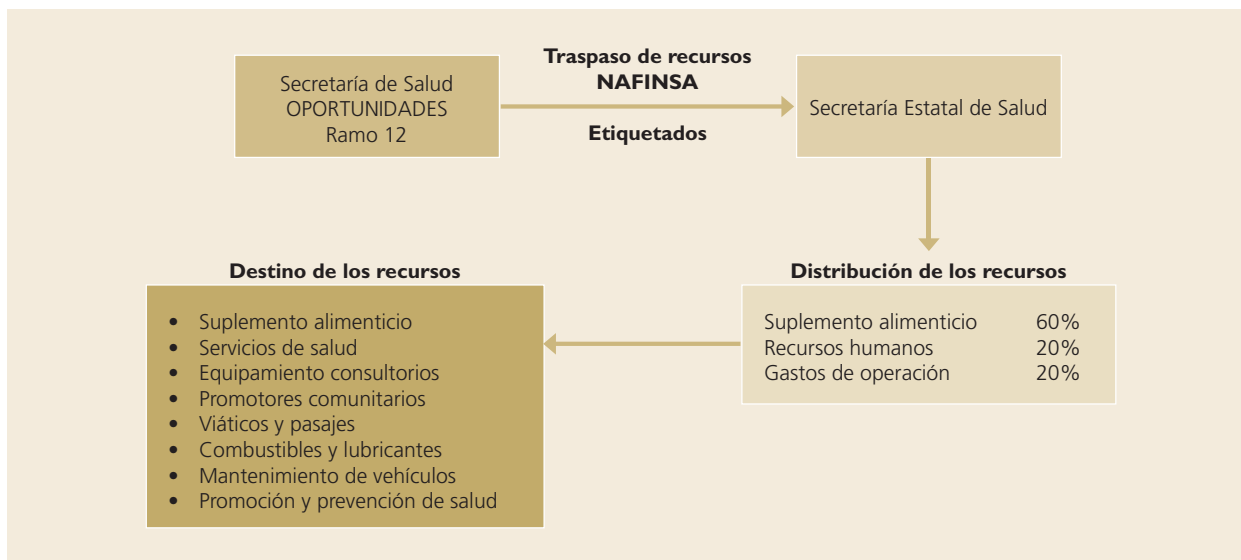
El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) es gestionado principalmente por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Sin embargo, éste incluye un componente destinado a la prestación de servicios de salud el cual es coordinado por la Secretaría de Salud y financiado mediante su presu-

²⁰ Artículo décimo sexto transitorio del decreto de reforma a la LGS de 2003.

²¹ Artículo décimo séptimo transitorio del Reglamento.

Figura 4.11

Servicios y funcionamiento del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades



puesto (ramo 12). Los servicios y el funcionamiento de este componente se muestran en la figura 4.11.

El SPSS y Oportunidades comparten la misma población objetivo. El SPSS se enfoca en familias y personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuentan con algún otro mecanismo de protección social en salud. Por su parte, el componente de salud del programa Oportunidades busca reducir el rezago en salud que afecta a la población en condiciones de pobreza que en su mayoría carece de seguridad social. Por lo anterior, la reforma a la Ley establece que:

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, continuará operando conforme al modelo de atención establecido en sus reglas de operación. La Secretaría de Desarrollo Social administrará el padrón de beneficiarios de este Programa, y para su operación se coordinará con la Secretaría de Salud, a fin de evitar duplicidades administrativas.²²

Con el fin de dar cumplimiento a la Ley y, por ende evitar duplicidades, la SEDESOL y la Secretaría de Salud plantean incorporar en forma gradual al SPSS a las familias que actualmente se encuentran inscritas en el padrón de Oportunidades. Lo anterior tiene dos implicaciones a destacar. La primera está ligada al

objetivo de brindar una protección a la salud más amplia, dado que el SPSS contempla un número mayor de intervenciones médicas con respecto a las que ofrece hoy en día Oportunidades, incluyendo servicios ambulatorios y hospitalarios, así como algunas intervenciones de costo elevado y de alta especialidad cubiertas por el FPGC.

En este sentido, para una operación adecuada de los recursos correspondientes por el componente de salud de Oportunidades, la gestión de dichos recursos será realizada directamente por la CNPSS.

La segunda implicación se refiere a la continuidad y congruencia que, en términos de la política social orientada a la población más vulnerable, permite el hecho de sumar el padrón de afiliación de Oportunidades a la estrategia de afiliación del SPSS. El uso de este padrón se sustenta en el último párrafo del artículo octavo transitorio de la reforma a la LGS, que establece lo siguiente:

La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, de conformidad con los patrones que para el efecto maneje el gobierno federal.

En este sentido, uno de los criterios a considerar dentro de la priorización de la afiliación al SPSS es la incorporación gradual de la totalidad de las familias beneficiarias de Oportunidades que se ubican en los primeros deciles de la distribución del ingreso, particularmente, en el primer decil.

²² Artículo vigésimo primero transitorio del decreto de reforma a la LGS.

Cabe señalar que el SPSS contempla un régimen no contributivo para los hogares en los dos deciles de menor ingreso, con regulación específica de subvención total de las cuotas familiares. Esta definición precisamente se articula en torno a los criterios de pobreza alimentaria y pobreza de capacidades que se utilizan para determinar la población que es sujeta de apoyo federal a través de Oportunidades (sección 3.4.3.2.)

Una mayor coordinación entre el programa y el SPSS permitirá actualizar y diversificar las modalidades para el cumplimiento de la corresponsabilidad ciudadana en el componente de salud para la recepción del suplemento alimenticio, que incorpora una visión de “ciclo de vida” y que se apoya en el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.²³ Asimismo, permitirá alinear los recursos federales existentes, ya que los recursos del componente de salud de Oportunidades que se encuentran radicados en el presupuesto de la Secretaría (ramo 12), serán contabilizados como parte de los recursos existentes para financiar la ASF.

4.10 VINCULACIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

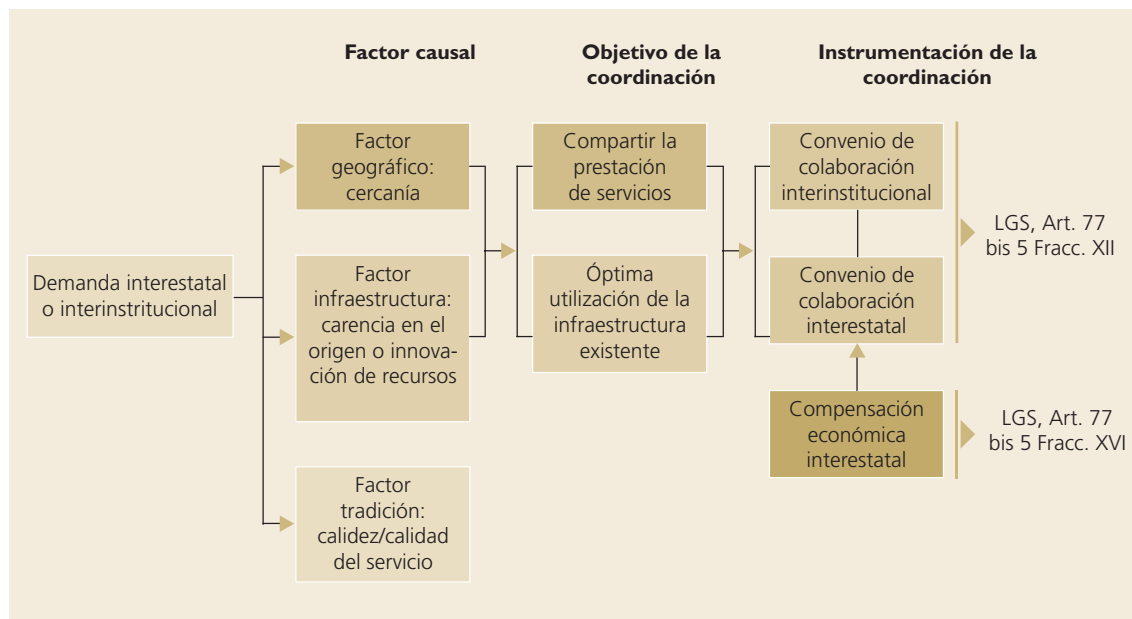
La implantación del SPSS genera la necesidad de formalizar la vinculación entre la demanda y la oferta de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito interestatal como en el ámbito interinstitucional.

La demanda, ya sea interestatal o interinstitucional, responde a tres factores:²⁴ el factor geográfico que implica la utilización de los servicios médicos más cercanos al lugar de residencia del demandante; el factor infraestructura, vinculado con la carencia en el lugar o institución de origen o bien, un mayor grado de innovación disponible en la infraestructura de las unidades en otras entidades o instituciones; y el factor tradicional, relacionado con la percepción de calidez o calidad de los servicios médicos prestados.

La figura 4.12 sintetiza las innovaciones incorporadas a LGS en términos de los mecanismos legales y fi-

Figura 4.12

Demanda de servicios al interior del Sistema Nacional de Salud



²³ La visión de “ciclo de vida” se refiere a los cambios en las necesidades de salud que un individuo registra a lo largo de su vida.

²⁴ Se entiende como demanda interestatal o interinstitucional cuando la población demanda servicios en otras entidades federativas o en otras instituciones distintas a las que les corresponde por adscripción territorial, administrativa o según su condición de derechohabiente.

nancieros para responder a los dos primeros factores. Mediante dichos mecanismos se busca formalizar el flujo de pacientes entre entidades y entre instituciones bajo una mayor certeza financiera; optimizar la utilización de la infraestructura existente y compartir la prestación de servicios. Se espera que el tercer factor cambie en la medida en que se generen resultados perceptibles para la población usuaria como resultado de las iniciativas que promueven las instituciones públicas de salud en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En el ámbito interestatal el SPSS contempla un mecanismo legal para vincular la demanda y la oferta de servicios, expresado en un convenio de colaboración interestatal de servicios. Este convenio de colaboración ampara la prestación de los servicios esenciales cubiertos por el SPSS. En el convenio se especifican los servicios que serán prestados, el monto a ser compensado por cada servicio, la periodicidad de la compensación y el número de servicios que la entidad federativa demandante de servicios está en condiciones de compensar.

El convenio está diseñado para formalizar en una primera etapa la demanda interestatal existente entre estados colindantes o pertenecientes a una misma red de prestadores de servicios del SPSS. En una etapa posterior y conforme la operación del SPSS madure, el convenio podrá extenderse para que la demanda interestatal sea cubierta en forma independiente del factor geográfico. La aplicación de la garantía de pago, en caso de incumplimiento de las condiciones de compensación económica de los servicios convenidos, es una de las

cláusulas del convenio de colaboración. El funcionamiento y el flujo financiero de esta garantía de pago se describen en la sección 3.6.3.

En el ámbito interinstitucional se cuenta como precedente con un Convenio General de Colaboración Interinstitucional en Materia de Prestación de Servicios de Salud (anexo AL.10). En el convenio la Secretaría, el IMSS y el ISSSTE han acordado las bases para suscribir convenios específicos de prestación de servicios públicos.

De especial relevancia es la inclusión en el convenio de los mecanismos de fijación de precios dependiendo de la modalidad del servicio. Dichos mecanismos se presentan en el cuadro 4.9. Los convenios específicos detallarán, al amparo de las cláusulas del convenio general, los servicios a ser prestados, el precio por servicio de acuerdo con el mecanismo de fijación correspondiente, las formas de pago y los canales para la comunicación y solución de controversias.

La instrumentación de los convenios de colaboración (ya sea en el ámbito interestatal o interinstitucional) implica establecer y fortalecer el proceso de referencia-contrarreferencia de pacientes; implantar un sistema de costeo de servicios eficiente y expedito que considere las diferencias en precios de insumos por zona geográfica e institución, y el desarrollo de un sistema de información, evaluación y seguimiento de la prestación de los servicios que sea oportuno y efectivo. En consecuencia, se busca incorporar la mayoría de estos aspectos como parte de la plataforma informática del SPSS descrita en la sección 4.5.

Cuadro 4.9

Mecanismos de fijación de precios establecido en el convenio general de colaboración interinstitucional

Modalidad	Catálogo	Mecanismo de fijación de precio
Servicios hospitalarios por diagnóstico	Grupos Relacionados de Diagnóstico o sistema similar de clasificación de pacientes	A nivel nacional por la parte solicitante
Servicios médicos específicos: consulta de especialidades, casos de urgencia, servicios ambulatorios de alta especialidad	Catálogo nacional de referencia con modalidades de acuerdo a condiciones locales	A nivel local por la parte proveedora referencia costos unitarios
Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Catálogo nacional de referencia con modalidades de acuerdo a condiciones locales	A nivel local por la parte proveedora referencia costos unitarios
Servicios por grupos de población	Factores por grupo de edad y sexo, así como ajustes especiales de riesgo de aplicación general	A nivel nacional por la parte solicitante

Recuadro 4.6 El SPSS hoy: beneficios observados

La naturaleza gradual de la implantación del SPSS permitirá observar plenamente sus beneficios hasta el año 2010. Sin embargo, ya pueden percibirse los primeros resultados de la implantación del mismo. Para esto, pueden considerarse tres elementos: el incremento de familias afiliadas, los primeros signos de corrección de los desequilibrios financieros y la naturaleza eminentemente progresiva del Seguro Popular.

I. Familias afiliadas

El SPSS logró tener presencia en las 32 entidades federativas en tan sólo año y medio de la entrada en vigor de la reforma a la LGS. El establecimiento de un nuevo orden jurídico para formalizar este esquema de aseguramiento público en salud, la definición de reglas claras para su financiamiento y el apoyo y coordinación con otras áreas clave de la Administración Pública Federal, han permitido extender significativamente la cobertura de afiliación en este periodo. En el siguiente cuadro se presenta el número de familias beneficiadas por el SPSS en esta nueva etapa.

Año	Número de entidades incorporadas al SPSS	Número de familias afiliadas	Recursos adicionales etiquetados para el SPSS (millones de pesos corrientes)
2004	29 entidades	1,563,572	3,780.6
2005	32 entidades	2,071,512 ¹	8,595.7 ²

Notas:

1.- Familias afiliadas hasta el 30 de junio de 2005, según el reporte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud al Congreso de la Unión.

2.- Recursos adicionales calculados del Presupuesto de Egresos de la Federación de cada año. Recursos adicionales es la suma de la Cuota social más la Aportación solidaria federal complementaria.

II. Corrección de desequilibrios financieros

A continuación se presentan resultados de la corrección gradual de los desequilibrios presentados en la sección diagnóstica del presente documento (sección 1.3).

Nivel: La proporción del PIB nacional que se invierte en salud se incrementó de 6.1% en 2002 a 6.3% en 2004. Este incremento disminuye la brecha en la inversión en salud respecto a los niveles esperados para países de ingresos medios.

Origen de los recursos: Entre 2001 y 2004, se observó una reducción del gasto de bolsillo (52.0% a 50.8%), en contraparte, se incrementaron las participaciones del gasto público (46.0% a 46.2%) y del prepago privado (2% a 3%). La disminución del gasto de bolsillo y la sustitución por prepago y gasto público tiene importantes implicaciones en la equidad y eficiencia en el financiamiento de la atención de la salud.

Distribución no equitativa de recursos:

Equidad del gasto federal entre grupos de población: Entre 2000 y 2005 mejoró la equidad por condición de aseguramiento. El incremento en los recursos públicos para la población no asegurada permitió reducir la brecha de gasto federal en salud per cápita entre asegurados y no asegurados de 3 a 1 en el año 2000 a 2 a 1 en 2005.

Equidad del gasto federal entre entidades federativas: Existen más recursos federales para población no asegurada y se encuentran mejor distribuidos en términos geográficos. Del año 2000 al 2004, el promedio de recursos federales (FASSA y Ramo 12) per cápita se incrementó en 52% en términos reales. Adicionalmente, la brecha entre la entidad federativa que recibió más recursos y la que recibió menos disminuyó de 5.2 a 4.3 veces, es decir 21%.

continúa/

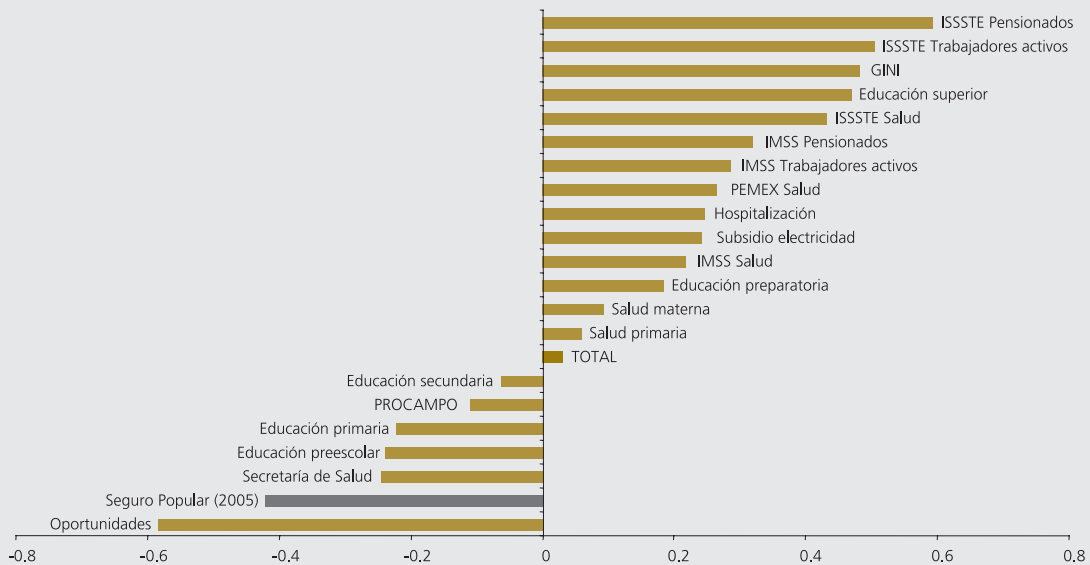
/continuación

Corresponsabilidad entre órdenes de gobierno: La corresponsabilidad financiera de las entidades federativas ha sido creciente. El promedio de gasto estatal en salud per cápita se ha incrementado en 39% en términos reales en el periodo de 2000 a 2004. El reto de reducir la brecha entre entidades persiste. Sin embargo, se puede esperar una reducción debido al incremento gradual de la afiliación de familias.

Destino del gasto público: El aumento en el gasto público en salud se ha acompañado de un incremento en la proporción del gasto destinado a inversión y operación. Consecuentemente, la participación del gasto en nómina o servicios personales disminuyó entre 2000 y 2005, pasando de 74% a 62%. Esto incrementa la capacidad de respuesta del sistema ante los retos que enfrentará en el futuro.

III. Perfil progresivo del Seguro Popular

En la siguiente gráfica se presentan los coeficientes de concentración estimados para diversas alternativas de gasto social del gobierno federal en 2002. Los coeficientes de concentración son una medida que refleja el grado en que los recursos públicos se dirigen a grupos de población de acuerdo con su nivel socio económico. El valor de estos coeficientes se ubica entre -1 y 1, donde -1 refleja una concentración total en los de menores ingresos y un valor de 1 refleja concentración en los grupos de mayor ingreso. El Seguro Popular presenta una alta concentración hacia población de bajos ingresos por lo que confirma su naturaleza progresiva, solo superado por el programa Oportunidades que se destina exclusivamente a población en condiciones de alta pobreza.



Fuente: World Bank (2004) Public Expenditure Review, Vol. II.

El coeficiente de concentración correspondiente al Seguro Popular (-0.42) se calculó con base en la distribución de afiliados al 30 de junio de 2005, obtenida del Informe de Resultados al Primer Semestre del Año Fiscal 2005.

4.11 RETOS DE LA IMPLANTACIÓN Y OPERACIÓN

Con la entrada en vigor de la reforma a la LGS el SPSS ha dado pasos importantes en su expansión y formalización como tercer pilar del aseguramiento público en salud. Sin embargo, la puesta en marcha de las re-

formas a la LGS ha implicado al mismo tiempo una serie de cambios en los ámbitos del financiamiento y la prestación de servicios, así como en la organización de los servicios y la interacción entre los diferentes órdenes de gobierno: federal y estatal.

En ese sentido, la implantación del SPSS enfrenta una serie de retos que pueden agruparse en las siguientes categorías:

- i) sustentabilidad financiera y de infraestructura en el largo plazo,
- ii) continuidad en la implantación y consolidación del SPSS en los estados después del 2006,
- iii) separación entre el financiamiento y la prestación,
- iv) desarrollo de instrumentos para apoyar las funciones de aseguramiento, presupuestación y asignación de recursos y prestación de servicios.

i) Sustentabilidad financiera y de infraestructura en el largo plazo

Si bien la LGS y su Reglamento en materia de Protección Social en Salud especifican una base financiera para la cobertura de los servicios, es altamente probable que los costos derivados de los cambios esperados en la demanda de servicios por el envejecimiento poblacional y el cambio en el perfil de morbilidad de la población, así como de la introducción de nuevas tecnologías y la reposición de infraestructura y equipo, generen grandes presiones financieras que no se verán satisfechas con las reglas de financiamiento previstas. Por lo anterior, en el mediano y largo plazos será necesario revisar y, en su caso, adecuar las bases financieras del SPSS.

Asimismo, será necesario buscar fuentes complementarias de financiamiento, en particular para hacer frente a la expansión en la cobertura de atención de alta especialidad. Los esfuerzos para encontrar dichas fuentes deberán encausarse a alinear los recursos existentes fuera del sector público, por ejemplo, aquellos canalizados mediante el sector filantrópico y las organizaciones no gubernamentales, o bien aquellos que puedan resultar de acuerdos con diversos sectores industriales y de las negociaciones para canalizar hacia el sector salud recursos provenientes de aprovechamientos de la recaudación fiscal.

En este sentido se registran avances, como es el caso de las aportaciones realizadas por la Fundación TELMEX y la Fundación Río Arronte. En materia de acuerdos con diversos sectores industriales, se tiene el antecedente del convenio con la industria tabacalera, y en lo referente a la coordinación con las organizaciones no gubernamentales existentes en el país, está el caso de las organizaciones que brindan apoyo económico a niños con cáncer.

Por otra parte, en el corto plazo y con objeto de contar con una capacidad de respuesta inmediata para la prestación de servicios, en particular aquéllos vinculados con el FPGC, es necesario analizar la posibilidad de aprovechar la infraestructura existente para la presta-

ción de servicios en otras instituciones del sector público y en el sector no gubernamental.

ii) Continuidad en la implantación y consolidación del SPSS en los estados después del 2006

El reto más importante que enfrentará el SPSS en el corto y mediano plazos será la continuidad en la operación. Para lograr continuidad se deben enfocar esfuerzos en la institucionalización del SPSS en el nivel estatal y municipal con la finalidad de evitar que el sistema se vea afectado por los ciclos políticos del país. En ese sentido, tanto los cambios en las administraciones federal como estatal conllevan un grado de riesgo de pérdida en la continuidad.

Además debe cuidarse que el SPSS logre penetrar hasta el nivel de las unidades médicas y los profesionales de la salud. Esta penetración implica un cambio de actitudes del personal que labora en las unidades, así como un cambio en la forma de administrar los recursos materiales, humanos y financieros. El cambio de actitudes en el personal operativo, a la luz de experiencias internacionales en otros sistemas de salud reformados en las últimas décadas, conlleva un proceso de capacitación y seguimiento durante varios años, incluso décadas, antes de lograr resultados tangibles.

La continuidad implica también permear hacia funcionarios de otras dependencias, como los secretarios de finanzas estatales y la propia SHCP. Modificar las reglas de presupuestación y asignación de recursos para transitar a un esquema de financiamiento sustentado en la demanda no es una tarea fácil y es importante que todos los actores que participan en este proceso estén lo suficientemente informados e involucrados. Esto implica promover espacios de diálogo y trabajo conjunto donde participen los funcionarios fiscales y sus contrapartes de salud, tanto en el ámbito federal como estatal.

Por otra parte, comprender al SPSS tanto en los aspectos conceptuales como operativos lleva tiempo y claramente hay una curva de aprendizaje, de manera que a medida que se trabaje más al interior del sistema y se dé cierta continuidad en las políticas habrá de generarse un acervo de conocimiento y experiencia por parte del personal que coadyuva a la operación del sistema. En ese sentido, cambios drásticos y periódicos en el personal en ciertos niveles clave en los ámbitos operativo y directivo implican una pérdida potencial de este acervo de capital humano. Es importante reforzar los componentes de capacitación continua tanto en el nivel federal como al interior de los SESA así como pro-

mover el desarrollo de un servicio profesional de carrera en el sector.

Por ejemplo, la negociación del acuerdo de coordinación con las entidades requiere de un proceso de renovación anual de los aspectos detallados en los anexos del acuerdo. En este caso, la falta de continuidad puede generar un costo importante para el sistema en su conjunto, toda vez que el conocimiento y la experiencia acumulada debe generarse nuevamente cada vez que se rompe de manera drástica la continuidad tanto en la definición de políticas como en la permanencia del personal.

En suma, el reto para el sistema es promover la acumulación de conocimiento y experiencia a partir de la continuidad en la definición de políticas y la permanencia del personal, sin que ello implique generar incentivos adversos al buen desempeño del personal.

iii) Separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios

Negociación con los hospitales de alta especialidad para la firma del convenio de prestación de servicios cubiertos por el FPGC.

A raíz de la entrada en operación del fideicomiso del SPSS se ha desarrollado un mecanismo de negociación y gestión con los hospitales que fungen como prestadores de servicios para el FPGC. Este mecanismo incluye la firma de un convenio multianual en donde cada año se negocia el número de casos a atender y la tarifa correspondiente.

Una vez firmado el convenio un primer paso en la operación es que las áreas financiera y de gestión de servicios médicos realicen una auditoría al hospital para revisar expedientes de casos reportados como facturables al FPGC. De existir irregularidades, los expedientes en duda deben ser analizados con mayor detenimiento y descartados si no se justifica su pago. Entre las razones para descartar un caso se encuentran irregularidades en las fechas de tratamiento (anteriores al inicio de las operaciones del FPGC con el prestador), desviaciones con respecto a la práctica médica convenida, incumplimiento de la declaratoria de caso especificada en los lineamientos del FPGC y, negligencia médica.

El segundo paso en la operación consiste en consolidar y presentar la información recabada de la auditoría y de los reportes trimestrales que los proveedores del FPGC deben proporcionar a la CNPSS. La información consolidada se presenta ante el Comité Técnico del fideicomiso para su aprobación y posterior liberación del recurso financiero.

El mayor reto para la operación de este proceso es lograr que el tiempo empleado en la auditoría y validación de la información para los casos presentados no represente un obstáculo para garantizar que los pagos se realicen de manera oportuna. La plataforma informática existente no permite aún realizar la operación en tiempo real para disminuir trámites administrativos y reducir el tiempo invertido. Se espera que cuando la plataforma tecnológica integral se encuentre completamente implantada, esta operación se agilice.

Sin embargo, la lentitud en los pagos puede obstaculizar el proceso de renegociación anual relacionado con la definición de las tarifas y casos por atender en el año fiscal que forma parte del convenio firmado con los prestadores de servicios.

Negociación con los hospitales y centros de salud de las redes estatales de prestadores de servicios para la firma del acuerdo de gestión de servicios.

La negociación del acuerdo de gestión de servicios con las unidades de atención médica de las redes estatales es efectuada por cada uno de los Servicios estatales de salud y apoyada por la normatividad aprobada a nivel federal.

El objetivo de estos acuerdos es promover en el ámbito estatal la separación entre las funciones de financiamiento y prestación de servicios sustentada en la autonomía de gestión de las unidades médicas.

El principal reto al que se enfrenta este proceso es garantizar que se dé una verdadera separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios.

Para enfrentar este reto, las autoridades estatales requieren de instrumentos, capital humano y experiencia que les permitan reorganizar a los prestadores estatales bajo una lógica de financiamiento sustentado en la demanda, es decir, de pago por resultados. Esto implica dar autonomía a las unidades médicas, en particular a los hospitales y organizar a los servicios de primer nivel geográficamente a partir de áreas de captación o con base en un porcentaje de cobertura poblacional.

Integración de las redes de prestadores de servicios del SPSS con las redes de prestadores de servicios del Plan Maestro de Infraestructura.

En el mediano y largo plazos se buscará que las redes de prestadores de servicios del SPSS empaten con la propuesta de redes desarrollada por el Plan Maestro de Infraestructura. El reto en este aspecto es incluir las diversas redes y microrredes estatales en alguna

de las redes regionales propuestas. El empate deberá desarrollarse en el ámbito de la descentralización de servicios y considerando la optimización tanto de los recursos físicos como de los recursos humanos.

iv) Diseño e implantación de instrumentos

Implantación de la plataforma tecnológica integral del SPSS y su vinculación e impacto en la estructura informática actual de la Secretaría.

El flujo de información relacionada con la afiliación, el financiamiento, la prestación de servicios y los resultados en salud en todos los niveles de operación del SPSS, es un elemento fundamental para hacer efectiva la separación de las funciones de aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios. Al mismo tiempo es un elemento central para promover la rendición de cuentas y apoyar la toma de decisiones.

A la fecha, la CNPSS ha realizado esfuerzos importantes para establecer con las entidades federativas un sistema de información que comprenda tanto aspectos de afiliación como de prestación de servicios. Esta información ha sido precisamente la base para elaborar el Informe al Congreso que se presenta semestralmente.

Al mismo tiempo, otras áreas de la Secretaría de Salud han dado pasos significativos en el desarrollo de componentes del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) tales como: el desarrollo de un Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) y el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Actualmente está en proceso de desarrollo un componente que permita captar información específica sobre el ámbito hospitalario e introducir el Expediente Clínico Electrónico de pacientes en el nivel de la unidad médica (ver sección 4.5).

El reto en este caso consiste en establecer un puente entre todos los esfuerzos realizados y garantizar que exista una vinculación entre la plataforma tecnológica integral que se desarrolle para efectos del SPSS y los componentes del SINAIS.

Asimismo, el reto consiste en evaluar la calidad de la información reportada de manera que ésta pueda mejorar de manera progresiva. Esto permitiría mejorar las actividades de evaluación y seguimiento del SPSS y coadyuvar al diseño de políticas en el futuro.

Implantación del mecanismo de compensación económica interestatal entre las entidades federativas participantes del SPSS.

El flujo de pacientes entre entidades no es un tema nuevo. Pacientes de una entidad suelen demandar atención y recibirla en otras entidades federativas. El reto, en este caso, es implantar un mecanismo que permita hacer efectivo el pago por la prestación de servicios de pacientes no residentes entre las entidades federativas.

La LGS establece la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios como un mecanismo para promover el pago y con ello, alinear el financiamiento con la demanda por servicios. Sin embargo, el reto radica en establecer los incentivos para que las entidades firmen acuerdos por la prestación de servicios; hacer efectivo el mecanismo jurídico y administrativo que permita el pago interestatal y el uso de esta garantía de pago como recurso de última instancia.

Relación del padrón de afiliados al SPSS y el Padrón Único de Beneficiarios de Programas de Apoyo de la Administración Pública Federal (PUBPAAPF).

La posibilidad de contar con mecanismos que permitan mejorar y validar la información de la población beneficiaria es un instrumento valioso para el diseño de las políticas públicas. En el caso particular del SPSS, la factibilidad de poder relacionar su padrón de afiliados con el PUBPAAPF es una forma de mejorar la calidad de la información contenida en los padrones. Particularmente si se considera que el PUBPAAPF concentra la información en un importante número de personas susceptibles de afiliación al SPSS. Además, es una fuente importante para identificar grupos de población sin protección social en salud y, por tanto, susceptibles de afiliación al SPSS. Al mismo tiempo es una manera de vincular al SPSS con una estrategia más amplia de protección social u otros programas sociales de manera que se garantice una mayor coherencia entre el otorgamiento de beneficios y los beneficiarios.

El reto en este caso es establecer y mantener una plataforma tecnológica que compatibilice las diferentes estructuras de las bases de datos a vincular.



Modelo de evaluación integral

CINCO.

La evaluación integral del SPSS permitirá medir y explicar los alcances y eficiencia lograda en la consecución de las metas y objetivos del SPSS en el corto, mediano y largo plazos. La evaluación integral se compone por dos dominios o niveles (figura 5.1):

- El seguimiento y la supervisión. Este dominio es responsabilidad de las áreas encargadas de la operación del SPSS y está enfocado al análisis de corto plazo; y
- la evaluación indirecta y externa. Este dominio es responsabilidad de la Secretaría a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño y se abocará al análisis de mediano y largo plazos.

La evaluación integral del sistema será:

- a) Normativa estableciendo métodos de evaluación homogéneos a nivel nacional;
- b) dinámica para incorporar los cambios que la misma operación del SPSS requiera; y
- c) participativa involucrando a las autoridades de salud tanto a nivel federal como estatal, a los prestadores de servicio y a la población en su conjunto.

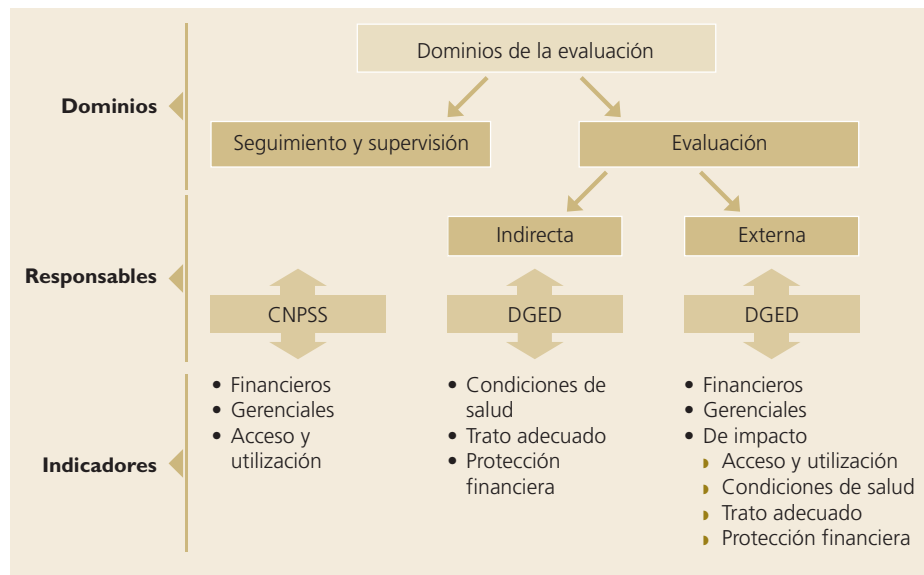
En ambos dominios, la evaluación deberá contemplar tres componentes:

- 1. Financiero.** En este componente se emplearán indicadores que permitan medir tanto las aportaciones al SPSS como los gastos. También se contemplarán valuaciones actuariales y financieras así como auditorías externas.
- 2. Gerencial.** Los indicadores empleados en este componente permitirán identificar características de la población objetivo así como el desempeño de los procesos operativos del SPSS.
- 3. Impacto.** En este componente se medirá el impacto del SPSS en términos de los cambios en las condiciones de salud y seguridad financiera de las familias beneficiarias del SPSS.

Cabe resaltar que algunos procesos operativos del SPSS, a la fecha de redacción del presente documento, conti-

Figura 5.1

Modelo de evaluación integral del Sistema de Protección Social en Salud



Fuente: Lineamientos para la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, Octubre 2003.

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

DGED: Dirección General de Evaluación del Desempeño.

núan en proceso de ajuste. Por lo anterior, los indicadores presentados a continuación están sujetos a las modificaciones pertinentes para responder a las condiciones de cambio y definición del SPSS.

5.1 SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN

El artículo 77 Bis 5, apartado A, fracción XVII y apartado B, fracción VI de la LGS, así como el artículo 74 del Reglamento señalan que es obligación del Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría, así como de los gobiernos de las entidades federativas, a través de los REPSS, la supervisión y seguimiento de la operación del SPSS.

El objetivo del seguimiento y la supervisión es permitir la corrección o adecuación de desviaciones en alguna de las acciones operativas planteadas en el momento en que se verifiquen, es decir, en el corto plazo.

Para realizar el seguimiento y la supervisión de los procesos operativos, la Secretaría de Salud estará a cargo del desarrollo de indicadores y los subsistemas de información que los alimenten. Se espera que dichos subsistemas formen parte de la plataforma tecnológica integral presentada en la sección 4.5. Para mantener la homogeneidad en los criterios para la construcción de indicadores de operación y procesos, la fuente prima-

ria de información será el padrón de afiliados descrito en la sección 4.3.3.

Se tiene considerado que el SINAIS provea de manera oportuna la información relacionada con el uso de los servicios de consulta externa, de servicios de urgencias y de hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría. La información de uso también incluirá los medicamentos e intervenciones cubiertas por el FPGC y por los servicios complementarios a los servicios esenciales del SPSS.

Además la Secretaría, a través de la CNPSS en coordinación con la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP), proporcionará información relativa al gasto en salud tanto a nivel federal como estatal, de acuerdo con las funciones del SPSS e identificando las fuentes de financiamiento. Para lo anterior, se integrará la información reportada por la Secretaría, la CNPSS y los SESA. Con la finalidad de mantener la homogeneidad en el reporte del gasto en salud, la Secretaría, mediante el trabajo coordinado de las instancias mencionadas proporcionará los criterios metodológicos para la integración de los reportes estatales y federales.

La información que las entidades federativas reporten sobre la programación y gasto del SPSS debe inte-

grarse de acuerdo con los Criterios Generales para la Programación del Gasto e Integración de la Información Estatal Relativa al Manejo Financiero del Sistema de Protección Social en Salud 2004 emitidos por la CNPSS. Estos criterios incluyen la elaboración de un programa anual de gasto e informes sobre el ejercicio de los recursos provenientes de la CS, la ASF, la ASE y la CF (anexo AL.11 y AL.12).

El programa anual de gasto debe ser elaborado por las entidades federativas a nivel de partida estatal para el ejercicio de los recursos transferidos por la federación (CS y en su caso el complemento de la ASF). Este programa se deberá elaborar con base en la meta de afiliación anual a nivel nacional, propuesta y aprobada por la CNPSS y conforme a los recursos federales que se recibirán por las familias afiliadas.

Los informes sobre el ejercicio de los recursos deberán ser elaborados por las entidades federativas y enviados mensualmente a la Dirección General de Financiamiento de la CNPSS, reportando el avance del ejercicio presupuestal, de los recursos transferidos, a nivel de partida de gasto, particularmente para la CS y la ASF.

El informe sobre la ASE se realiza mediante el envío trimestral a la CNPSS de los Estados Financieros de la entidad federativa. Adicionalmente, el registro de la ASE se realizará conforme a los Lineamientos Generales emitidos por la CNPSS.

En el caso del informe sobre la CF, las entidades entregarán a la CNPSS un reporte sobre la captación de los recursos cada trimestre, que deberá incluir el tiraje

de recibos impresos, así como el número de folios de recibos utilizados, incluyendo los cancelados.

5.2 EVALUACIÓN INDIRECTA Y EVALUACIÓN EXTERNA

La Secretaría, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, desarrollará los procedimientos de evaluación necesarios para la adecuada prestación de los servicios cubiertos por el SPSS. El objetivo principal de este dominio es medir, a través de indicadores específicos, el avance y eficiencia en la consecución de las metas y objetivos del SPSS en el mediano y largo plazo.

5.2.1 Evaluación indirecta

La evaluación indirecta se realiza mediante el seguimiento de los indicadores básicos de desempeño de los sistemas nacionales y estatales de salud. Estos indicadores se agrupan en tres conceptos básicos: los indicadores de condiciones de salud; los de trato; y los de protección financiera. La lista de indicadores se presenta en el cuadro 5.1.

5.2.2 Evaluación externa

La evaluación externa será diseñada e implementada por una o varias agencias externas contratadas *ex profeso* de acuerdo con lo señalado en la normatividad de

Cuadro 5.1

Indicadores para la evaluación indirecta

Componente	Indicador
Condiciones de salud	Percepción del estado de salud
	Limitación en la movilidad y el auto-cuidado
Trato	Autonomía
	Trato digno
	Comunicación
	Confidencialidad
	Atención pronta
	Elección del proveedor de servicios de salud
	Comodidades básicas
	Acceso a redes sociales de apoyo
	Protección Financiera
	Índice de justicia en la contribución financiera
	Hogares con seguro de salud
	Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud

Fuente: Salud: México 2002, Secretaría de Salud.

la administración pública federal. Esta evaluación contempla una medición inicial, una intermedia y una final en el año 2006. Se tiene propuesto que el diseño en detalle de la evaluación externa y el análisis de la información generada quede en manos de un Grupo Técnico de Evaluación. A su vez, las actividades del Grupo Técnico de Evaluación estarán supervisadas y avaladas por un Comité Conductor. Dicho comité estará integrado por investigadores de reconocido prestigio en áreas relacionadas con el dominio de la evaluación externa.

El componente financiero de la evaluación externa medirá el nivel, la distribución, la estructura y el ejercicio de los recursos financieros asignados al SPSS. Los indicadores seleccionados para este componente ayudarán a cuantificar el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Contribuir a garantizar un manejo correcto, objetivo y transparente del padrón de afiliados;
- ayudar a agilizar los flujos financieros del SPSS para que los recursos lleguen a los diversos fondos en el tiempo y la forma acordados;
- contribuir a un ejercicio estatal de los recursos apegado a lo establecido en la LGS y su Reglamento; y
- facilitar la sustentabilidad financiera de largo plazo del SPSS.

En este componente también se contemplan auditorías de los padrones estatales; monitoreo de los subsidios federales a los estados; medición de los esfuerzos estatales para cumplir con sus obligaciones financieras con el SPSS; y la evaluación del uso de los recursos de los REPSS.

También se propone la realización de análisis prospectivos de los costos del paquete de servicios esenciales, mediciones del efecto de incrementos en las cuotas familiares sobre la afiliación, acceso y utilización de los servicios de salud así como evaluaciones actuariales y financieras sobre la sustentabilidad financiera del SPSS.

El componente gerencial cuantificará mediante indicadores específicos el desempeño operativo del SPSS. Los objetivos de este componente son ayudar a:

- Garantizar un manejo administrativo eficiente del SPSS;

- eliminar barreras organizacionales y culturales que los afiliados al SPSS pudieran enfrentar en el acceso a los servicios;
- fomentar una utilización racional de los servicios ofrecidos por el SPSS;
- generar un mejoramiento continuo en la calidad de los servicios ofrecidos por el SPSS; y
- garantizar un mínimo de satisfacción de los usuarios con el SPSS.

Por lo anterior, los indicadores de este componente evaluarán los procesos de afiliación y pago de cuotas familiares; acceso y utilización de servicios; calidad de la atención; abasto de medicamentos y surtimiento de recetas, así como la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Para generar los indicadores de este componente se tiene previsto revisar los sistemas de registro regular de información del SPSS; realizar auditorías a los padrones de afiliación administrados por los REPSS; realizar visitas a las unidades médicas de las redes de prestadores del SPSS; revisar expedientes clínicos, realizar entrevistas a los afiliados al SPSS así como al personal médico, de enfermería y administrativo. También se considera realizar encuestas de diversos tipos.

Finalmente, el componente de impacto tiene como objetivo medir el grado en que el SPSS contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población, a ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios y garantizar protección financiera. Por lo anterior en este componente se medirán cuatro áreas: acceso y utilización de servicios, condiciones de salud, trato a usuarios y protección financiera.

Cabe enfatizar que la medición del impacto que el SPSS tendrá en las cuatro áreas mencionadas será más representativa conforme la operación del SPSS madure, es decir, en el largo plazo. Durante los primeros años de operación este componente se enfocará a medir el impacto de las intervenciones de SPSS en las condiciones de salud de la población afiliada mediante indicadores suficientemente sensibles asociados con el Catálogo de servicios esenciales y con el catálogo de intervenciones cubiertas por el FPGC.

La lista de indicadores propuestos para cada componente de la evaluación externa se presenta en el anexo AT.6.

Prospectiva

SEIS.

La creación del SPSS representa un paso significativo en la adecuación de nuestro sistema de salud para promover la cobertura universal del aseguramiento en salud y promover mayor equidad en el financiamiento. Sin embargo, más allá de los retos que enfrenta el SPSS en términos de su instrumentación y consolidación, su papel y evolución a futuro deben analizarse de manera prospectiva y considerando una visión más amplia del Sistema Nacional de Salud y sus objetivos. En ese sentido, es necesario retomar como premisa los objetivos del Sistema Nacional de Salud y de aquellas funciones que debe realizar para lograrlos.

Como se muestra en la figura 6.1, el objetivo último de todo sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, existen otros dos objetivos que también se consideran intrínsecos a todo sistema de salud: garantizar el trato adecuado y protección financiera a toda la población. Para lograr estos objetivos los sistemas realizan cuatro funciones básicas: rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos.

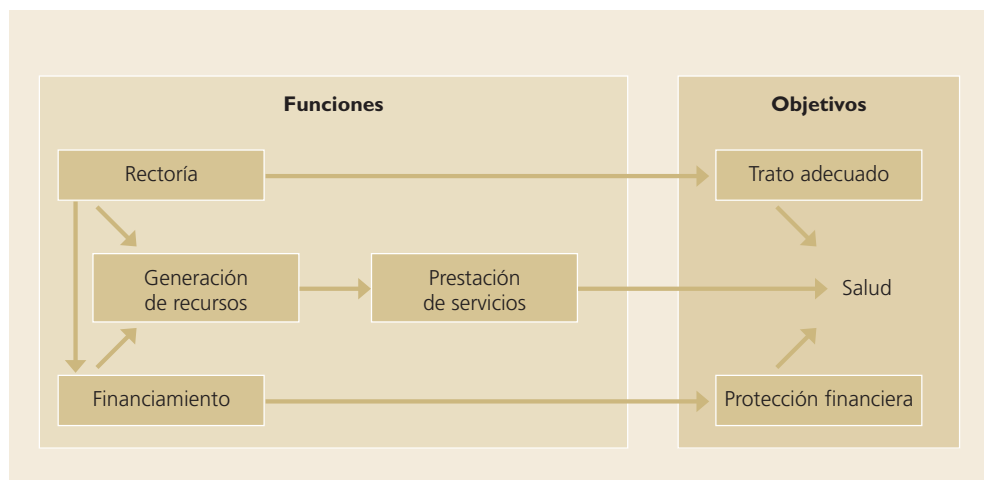
El aseguramiento universal en salud es una forma de financiar la salud que permite dar protección financiera a toda la población y con ello, eliminar las barreras económicas que enfrentan los hogares para acceder a los servicios. En la medida en que facilita el acceso a los servicios, coadyuva al logro de mejorar las condiciones de salud.

En ese sentido, la creación del SPSS debe entenderse como un paso hacia la consecución de los objetivos del Sistema Nacional de Salud y no como un fin en sí mismo. De esta manera, la reforma del 2003 sienta las bases para los cambios subsecuentes que puedan darse en el sistema de salud.

Entendida como un paso intermedio, la creación del SPSS no implica que a través de él se resolverán todos los problemas del sistema de salud. Bajo esta óptica, es posible identificar una serie de elementos que requerirán –en su momento– ser abordados como parte de una estrategia de largo plazo que nos permita alcanzar un sistema de salud universal. Algunos de estos elementos se listan a continuación.

Figura 6.1

Relación entre funciones y objetivos de los sistemas de salud



Fuente: Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Organización Mundial de la Salud.

i) La eliminación de las inequidades existentes en infraestructura en las entidades federativas y el equilibrio entre la oferta y la demanda de recursos humanos en salud

Si bien la creación del SPSS permite tener un marco legal, operativo y financiero para mejorar la calidad e incrementar la oferta de los servicios cubiertos, las inequidades provenientes del rezago en inversión para infraestructura persistirán por varias décadas.

Por otra parte, la generación de recursos humanos para hacer frente a la demanda de servicios cubiertos por el SPSS requiere de medidas que permitan garantizar una adecuada oferta de profesionales de la salud, a la vez que sea posible satisfacer las expectativas laborales de los profesionales de la salud. Entre estas medidas está la vinculación entre las políticas de contratación y prestación de servicios con las tendencias en materia de formación de recursos humanos en las universidades y centros acreditados para formar profesionales de la salud.

En particular, los recursos humanos especializados para la atención de los servicios cubiertos por el FPGC adolecen de un gran rezago, por lo que se deberá recurrir a opciones de contratación flexible en las mejores condiciones posibles para hacer frente a la creciente demanda en el futuro próximo, ya que no se contempla incrementar el número de plazas de base a nivel federal o estatal. Paralelamente, se deberá incentivar y encauzar a las nuevas generaciones de personal médico, paramédico y de enfermería para cubrir en el mediano y largo plazo la demanda que se registre en el SPSS.

ii) Vinculación del SPSS con la seguridad social y otros tipos de protección social

El SPSS deberá desarrollar mecanismos que permitan captar y cubrir a todos los miembros de una familia que transite del sector asalariado al no asalariado y viceversa sin que dicha familia se vea desprotegida en el caso de una contingencia en salud. Entre dichos mecanismos deberán mejorarse tanto el sistema de información relacionada con los afiliados al SPSS como el sistema de afiliados a los servicios de seguridad social de todo el país. Dicha mejora en la información deberá conjuntarse con la automatización en el acceso para el proceso de seguimiento de los afiliados.

Es importante enfatizar que el SPSS sienta un precedente para la creación y generación de otras coberturas sociales que los no asalariados demandan, como son los casos de cobertura por fallecimiento del titular y/o sostén de la familia, así como cobertura para el retiro de la actividad laboral. Las coberturas, desde su concepción y durante su implantación deberán contar tanto con un marco legal como con evidencia robusta de solvencia financiera e infraestructura para su operación. Además dichas coberturas deberán permitir la compatibilidad, y en su caso la portabilidad de derechos, entre los asalariados y los no asalariados, para que en el mediano plazo se pueda contar con un sistema consolidado de protección social en un contexto más amplio que el de la salud.

Bibliografía

- Barraza-Lloréns M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutiérrez JP. Addressing inequity in health and health care in Mexico. *Health Affairs* 2002; 21(3): 47-56.
- 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo, Septiembre de 2002.
- Comité Técnico sobre la Medición de la Pobreza, *Nota Técnica para la medición de la pobreza con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2002*, Secretaría de Desarrollo Social, México, 2003.
- Consejo de Salubridad General, *Convenio general de colaboración interinstitucional en materia de prestación de servicios de salud*, 14 de marzo de 2003.
- Consejo de Salubridad General, *Definición de tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades con gastos catastróficos para el Sistema de Protección Social en Salud*, Sesión Ordinaria del 10 de Diciembre de 2003, documento principal, anexos I y II, 2003.
- Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. *Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema salud en México*. Informe final. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
- Secretaría de Salud, *Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*, Diario Oficial de la Federación, viernes 4 de julio de 2003.
- Secretaría de Salud, *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas*, Primera Edición, México, D.F.: SSA, 2003.
- Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud. *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México, D.F., Secretaría de Salud, 2001.
- Seguro Popular de Salud, *Estimación del costo de producción de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento médico*. México, D.F., Secretaría de Salud, 2003.
- Seguro Popular de Salud, *Modelo médico*, primera versión, México, D.F., Secretaría de Salud, Septiembre 2002.
- Sistema de Protección Social en Salud, Dirección General de Afiliación y Operación, *Marco Metodológico para la Definición del Régimen no Contributivo y Cuotas Familiares*, México, D.F., Secretaría de Salud, Diciembre 2003.
- Sistema de Protección Social en Salud, Dirección General de Financiamiento, *Plataforma Tecnológica Integral*, México, D.F., Secretaría de Salud, Diciembre 2003.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad, *Lineamientos para la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud*, México, D.F., Secretaría de Salud, Octubre 2003.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad, *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud*, Síntesis ejecutiva y documento principal, México, D.F., Secretaría de Salud, Octubre 2003.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, *Lineamientos para la Seguridad en Salud*, México, D.F., Secretaría de Salud, Marzo 28, 2003.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, *Servicios de Salud a la Comunidad*, Presentación a la Academia Mexicana de Medicina, Secretaría de Salud, Febrero 2004.

