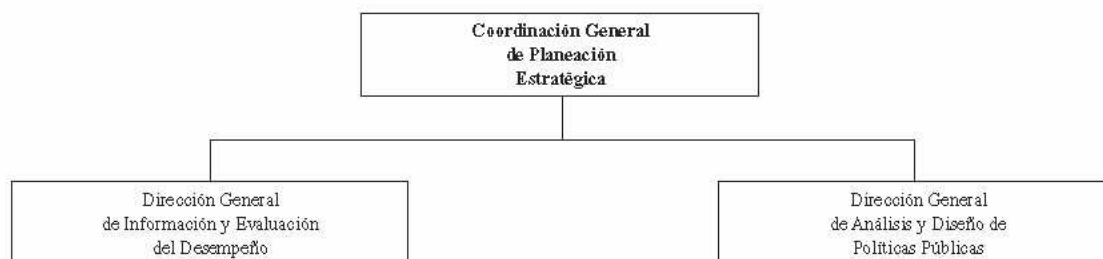


Capítulo 7

Coordinación General de Planeación Estratégica

7. COORDINACIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA



La coordinación, creada al inicio de la actual administración, continuó con la actualización los planes y programas dentro de las nuevas políticas establecidas por el Ejecutivo Federal y en específico las relacionadas con el Sistema Nacional de Salud, con acciones que permiten mejorar la calidad y ser más equitativo en la prestación de los servicios de salud, para que la población en general conozca, tenga certidumbre y confianza en los resultados que se informan.

Para ello, desarrollo diversas actividades para cumplir con sus funciones: proponer nuevos instrumentos para la reforma y la modernización de la Secretaría; proponer las políticas, estrategias, sistemas y programas que permitan optimizar la asignación de recursos financieros para la atención de la salud; dirigir el sistema de información estadística de la Secretaría y del Sistema Nacional de Salud, conforme a los lineamientos que dictan las dependencias competentes; proponer y emitir, en coordinación con el Sector Salud, las políticas y normas sobre información estadística que deban reportar los servicios de salud; normar y coordinar el Sistema de Indicadores de Salud y conducir el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas nacionales y estatales de salud, entre otras.

La Coordinación se apoya en la operación a través de 2 direcciones generales -de Información y Evaluación del Desempeño, y de Análisis y Diseño de Políticas Públicas-; 1 coordinador administrativo con 2 subdirecciones y 1 secretario particular.

Durante el período de este informe, 1º de septiembre del 2001 al 31 de agosto del 2001, destacan los siguientes proyectos:

Proyecto: Aplicación de una fórmula explícita ajustada por desempeño para asignar recursos entre entidades federativas

Ante la necesidad de reformular el mecanismo de asignación de recursos federales para las entidades federativas, la Coordinación General de Planeación Estratégica encabezó la tarea de elaborar una propuesta para adecuar la Ley de Coordinación Fiscal con el objeto de enriquecer el mecanismo de asignación presupuestal ya existente y vincularlo de manera más explícita con el logro de los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS). Lo anterior, mediante la coordinación del Grupo de Trabajo sobre Distribución Equitativa del Presupuesto e Indicadores de Desempeño y Resultado (GDEP) en el que participan ocho entidades federativas: Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, D. F., Durango, Jalisco, Nuevo León y Tamaulipas, así como otras áreas de la Secretaría de Salud en el nivel federal.

Derivado de los trabajos de este grupo se definió un mecanismo de asignación de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33 cuyo principal objetivo es converger hacia una distribución más equitativa de los recursos, manteniendo así el objetivo con respecto a la fórmula actualmente existente en la Ley. Sin embargo, la propuesta reconoce la necesidad adicional de promover una mayor participación de las entidades (esfuerzo estatal) y tomar en cuenta el desempeño en cada una de ellas.

Mediante una mayor participación del gasto estatal, se busca incrementar la cantidad de recursos disponibles para la salud. Se busca también que en el ámbito de la descentralización, tanto la Federación como las entidades prioricen la inversión en salud, y al mismo tiempo, haya un compromiso más homogéneo por parte de todas las entidades en el financiamiento de los servicios. En resumen, se busca promover que tanto la Federación y las entidades inviertan de manera conjunta en salud.

En septiembre de 2001 se obtuvo la aprobación por parte del Consejo Nacional de Salud de este nuevo mecanismo, dejando así como tarea pendiente el trabajo jurídico para realizar las modificaciones pertinentes a la Ley de Coordinación Fiscal. Se consideró necesario elaborar una propuesta de indicadores intermediarios o de resultado, así como implantar una metodología para la evaluación del desempeño que garantice el seguimiento del ejercicio del gasto en términos de los objetivos del Sistema Nacional de Salud. Derivado del trabajo del GDEP, en febrero de 2002 se presentó ante el pleno del Consejo Nacional de Salud una lista de indicadores que permiten realizar comparaciones entre entidades y dar seguimiento al impacto de los servicios de salud en términos de las condiciones de salud de la población, la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, aspectos relativos a la calidad técnica e interpersonal y el grado de aceptabilidad de la atención brindada, la eficiencia y sustentabilidad financiera del sistema de salud y el carácter anticipatorio o preventivo de las acciones en salud. El consenso sobre este conjunto de indicadores es un paso importante para realizar la evaluación constante del sistema de salud en sus diferentes niveles de operación y constituye un primer avance hacia la medición del desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Proyecto: Protección financiera y Seguro Popular

De septiembre a diciembre de 2001 se trabajó en el marco conceptual del Seguro Popular de Salud, así como en las estrategias de implantación del mismo. Específicamente, la Coordinación General de Planeación Estratégica trabajó en conjunto con la Dirección General de Protección Financiera y el grupo de trabajo del Seguro Popular, así como con las entidades federativas que participarían como entidades piloto en la definición de las poblaciones objetivo, el paquete de beneficios que sería ofrecido como parte del seguro, los mecanismos para afiliar a la población y la asignación de recursos federales para apoyar el arranque del programa.

Paralelamente, la Coordinación General de Planeación Estratégica ha promovido la inserción del Seguro Popular como la principal estrategia para promover la incorporación de la población no asegurada a este esquema de aseguramiento en salud bajo una perspectiva de largo plazo que garantice la sustentabilidad financiera de este nuevo esquema de aseguramiento y que sea consistente con una estrategia de reorganización del Sistema Nacional de Salud por funciones. Para ello, se realizó un análisis de las fuentes de recursos actualmente existentes para la atención médica de la población no asegurada y se propuso un esquema bajo el cual el Seguro Popular constituye un marco para conjuntar los diversos recursos que se canalizan a esta población a través de diferentes programas.

Mediante esta propuesta se logrará lo siguiente: evitar duplicidades en el flujo de los recursos derivadas de la fragmentación en la manera de operar a través de programas verticales; medir la cantidad total de recursos con que se deberá contar para atender a la población afiliada al Seguro Popular en el corto y mediano plazo, y estructurar los ingresos del Seguro con base en un esquema de aportaciones en el que la Federación, las entidades federativas y las familias contribuyen de manera corresponsable y solidaria.

Proyecto: Instrumentos de colaboración sectorial

Dados los beneficios de contar con información por producto hospitalario en el Sistema Nacional de Salud, esta Coordinación impulsó una propuesta para establecer una estrategia de colaboración sectorial que permita desarrollar sistemas de información sobre la actividad hospitalaria de las diferentes instituciones sobre bases que garanticen su comparabilidad.

La necesidad de contar con una estrategia de colaboración entre las instituciones del sector se explica por la actual descoordinación que se observa en dos dimensiones: institucional y de proceso. En su dimensión institucional, se observa que los proyectos emprendidos por las diferentes instituciones se han realizado de manera aislada. Si bien, estos proyectos satisfacen las necesidades de cada institución, el aislamiento con respecto al desarrollo del resto del sector impide generar información comparable entre las instituciones, aprovechar experiencias y compartir procesos de aprendizaje.

En términos de proceso, hay un alto grado de heterogeneidad en las condiciones para implantar y explotar los sistemas de información por producto. Generar información por producto hospitalario y promover su óptimo aprovechamiento implica una serie de actividades que incluyen desde el llenado de formatos para registrar la actividad, la definición del evento que se registra, la sensibilización del personal médico para escribir legiblemente y llenar los formatos, el proceso de captura y codificación de los datos, el análisis de la información, hasta su difusión para informar la gestión clínica y la asignación de recursos para cada hospital y entre hospitales.

Se observa que las instituciones se caracterizan por contar con diferentes grados de desarrollo en cada una de estas actividades. Por ejemplo, en algunas instituciones se cuenta con mayor homogeneidad en el registro de la información lo que ha sido resultado de una mayor “institucionalización” de la normatividad en materia de informática médica así como del desarrollo de sistemas de cómputo estandarizados. En otros casos, la heterogeneidad se refleja en la problemática que enfrentan quienes realizan la tarea de codificación. Mientras que en algunas instituciones se ha identificado la necesidad de brindar mayor capacitación o elevar el nivel de preparación que se exige en el perfil de los codificadores, en otros casos se ha identificado la necesidad de dotarles de mayor material de apoyo.

Otra de las ventajas de emprender acciones de manera sectorial es aprovechar las economías/sinergias asociadas al desarrollo de actividades tales como: capacitación, desarrollo de centros de excelencia en materia de codificación, elaboración de materiales didácticos y de apoyo a las tareas de registro y codificación, entre otras. Existen oportunidades de colaboración en todas las fases del proceso para generar información por producto así como en el diseño de sus aplicaciones para la toma de decisiones. La estrategia sectorial tiene como objetivo indicar cuáles son estas áreas de colaboración y establecer un espacio que permita aprovechar las ventajas de cada una de las instituciones a favor de las desventajas.

Derivado de lo anterior, y por encargo de la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General, en octubre de 2001 la Coordinación General de Planeación Estratégica inició la coordinación de las tareas del Grupo de Trabajo de Colaboración Sectorial en Materia de Gestión por Producto. Ello con el

objetivo de promover una mayor colaboración sectorial que permita optimizar la capacidad instalada y formalizar el flujo de poblaciones entre entidades federativas e instituciones públicas de salud. En este grupo participan tanto las áreas médica y financiera, así como de información y estadística de la Secretaría de Salud, del IMSS y del ISSSTE.

Como punto de partida el Grupo de Trabajo en Materia de Gestión por Producto propuso como objetivos:

- Garantizar las bases para generar información por producto hospitalario comparable entre instituciones, y
- Aprovechar sinergias que resultan de realizar acciones o tomar decisiones de manera conjunta.

Asimismo, se propuso:

- Considerar la implementación de sistemas de información por producto hospitalario como un proceso compuesto por diferentes fases.
- Compartir información y experiencias entre instituciones.
- Generar un diagnóstico de la situación en cada institución para cada una de las fases relevantes para generar información por producto hospitalario y, a partir de lo anterior, elaborar un programa de trabajo con acciones concretas para actuar conjuntamente.

Con fundamento en lo anterior, esta Coordinación elaboró un diagnóstico inicial de las tres instituciones y analizó la factibilidad de obtener información sobre el producto hospitalario, específicamente sobre egresos hospitalarios, que fuese comparable entre ellas. Los principales hallazgos de este diagnóstico fueron los siguientes:

- Se confirma la heterogeneidad observada entre instituciones en distintas fases del proceso de generación de información.
- A pesar de las diferencias en el registro de algunas variables, se cuenta con suficientes elementos para promover el desarrollo de un conjunto mínimo básico de datos hospitalarios en el sector.
- Será importante que cualquier propuesta para promover una mayor compatibilidad de la información tome en cuenta las diferencias en la manera de operar entre instituciones y hospitales, y que respete sus diferentes necesidades.
- La diversidad de personas involucradas en el proceso es un aspecto clave a considerar en cualquier esfuerzo de capacitación que busque sensibilizar sobre la importancia del buen registro y codificación de la información, así como difundir los beneficios de su uso.
- Los documentos normativos tales como manuales y normas oficiales mexicanas son instrumentos fundamentales para garantizar un registro más homogéneo.
- La consistencia y grado de homogeneidad que se observa en el registro de variables importantes, así como las iniciativas para modificar los sistemas de registro e informáticos, es en gran medida resultado del trabajo realizado durante más de 15 años por el Grupo de Información Interinstitucional (GIIS).

En virtud de que la coordinación general de los INSALUD también está trabajando para homogeneizar el registro y reporte de la información de acuerdo a los lineamientos establecidos por el GIIS y la NOM, se consideró vital incorporar su enlace con los trabajos interinstitucionales.

Asimismo, se propuso construir sobre experiencias previas y grupos consolidados de trabajo tales como el Grupo de Información Interinstitucional (GIIS) y el Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades (CEMECE), e incorporar:

- Enlaces con representantes del Hospital General de México y los INSALUD.
- A las demás instituciones públicas de salud participantes en el GIIS.
- Al sector privado.

Bajo el mismo enfoque de este esfuerzo de colaboración sectorial, la Coordinación General de Planeación Estratégica ha promovido la realización de estas mismas tareas en el Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Compensación en el cual participan 9 entidades (Coahuila, D. F., Hidalgo, Estado de México, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Yucatán y Zacatecas). De esta manera, se combinan las dimensiones sectorial/institucional y estatal de la colaboración en la prestación de servicios.

Los resultados a la fecha son los siguientes:

- Se incorporó al Proyecto de Norma Oficial Mexicana en materia de información en salud la definición de un conjunto básico de datos hospitalarios que permite identificar las características esenciales del egreso para agruparlo con base en su complejidad clínica.
- En el marco del GIIS y del CEMECE se han consensuado criterios para el registro y codificación de información relacionada con el egreso hospitalario.
- Se compiló información sobre los costos por producto hospitalario disponibles en las instituciones y entidades federativas. Con base en esta información se propondrá consensuar una lista de productos hospitalarios que funcione como mínimo común denominador para efectos de convenios de colaboración a futuro y se establecerán las estrategias correspondientes para garantizar la comparabilidad en los costos reportados, así como para promover el intercambio de experiencias en materia de costeo entre instituciones y entidades.
- Se compiló información que documenta la existencia de convenios o acuerdos sobre la prestación de servicios en algunas entidades. Con base en esta información se propondrá un marco general de referencia para la futura elaboración de este tipo de convenios entre instituciones y entre entidades federativas.

Proyecto: Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud

Con el objetivo de estudiar en profundidad la relación entre las políticas de salud y las políticas económicas, así como también realizar trabajos de investigación que permitan ahondar sobre la situación del y de la salud de los mexicanos, la Coordinación General de Planeación Estratégica impulsó la constitución de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS). Esta Coordinación funge como el Secretariado Ejecutivo de la CMMS desarrollando tareas de coordinación de las actividades de la CMMS, producción de documentos informativos para uso interno, compilación de información necesaria para el desarrollo de los trabajos de investigación y fomento de la interrelación entre los miembros de la CMMS. La creación de la CMMS se encuentra alineada con el esfuerzo internacional iniciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2000, año en que fundó la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS). Una vez finalizados los trabajos de dicha Comisión, en sus recomendaciones a los miembros de la OMS figuró la de establecer comisiones a nivel nacional a fin de llevar a cabo estudios similares a los que ésta produjo.

El trabajo de la CMMS se enfocará a estudiar en profundidad la relación entre la salud y el desarrollo económico en México. Este objetivo se alcanzará con la búsqueda de alternativas que coadyuven a lograr consistencia entre las políticas económicas y las de salud, la identificación de sinergias entre éste

y otros sectores, y la generación de mecanismos que permitan mejorar la coordinación dentro del y entre sus instituciones. Asimismo, y dentro del marco dado por la relación entre elevar el nivel de salud de la población y el desarrollo económico, la CMMS dedicará su labor a identificar intervenciones de salud prioritarias y los mecanismos financieros para solventarlas, a establecer un conjunto de intervenciones costo efectivas para la población en general financiadas con recursos públicos, y a definir objetivos cuantitativos para reducir los rezagos en salud con base en modelos epidemiológicos. Esta labor de la CMMS contribuirá a colocar a la salud como un tema prioritario en la agenda de gobierno y a su vez, proporcionará herramientas útiles que puedan fungir como recomendaciones para tomadores de decisiones tanto dentro del sector público como del privado.

En relación al funcionamiento del a CMMS, se ha establecido que su mandato sea de dos años. Finalizado este período se presentará un informe con las conclusiones de su trabajo de investigación, las que incluirán a su vez, un cuerpo de recomendaciones. La CMMS está integrada por comisionados quienes trabajarán en grupos por temas de interés. Cada uno de estos grupos producirá un trabajo final cuyos principales resultados estarán plasmados en el informe general que será de público conocimiento.

Proyecto: Sitio Web de la Secretaría de Salud

Se integró un Comité de Internet con la participación de las áreas prioritarias de la SSA. Se desarrollaron e insertaron en el sitio *Web* de la Secretaría nuevas secciones con información relevante en salud, entre las cuales destacan las siguientes: planeación, estadísticas en salud, seguro popular de salud, gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud, información de medicamentos, transparencia de la información y página del secretario. Asimismo, con el objeto de aprovechar los servicios de Internet para proporcionar servicios de salud en línea con contenido social, se desarrollaron y pusieron en marcha diversas aplicaciones interactivas, entre las cuales por su importancia se pueden mencionar el banco de precios de medicamentos, una base de datos sobre eventos en salud, información y servicios sobre adicciones, consulta de información sobre servicios e infraestructura de unidades médicas, consulta ciudadana, transplante de órganos y el documento Salud: México 2001 con información para la rendición de cuentas.

Con el fin de mejorar la imagen del sitio y simplificar el acceso a la información y a los servicios, se rediseñaron la mayoría de las páginas del sitio y se modificó su estructura, además de fortalecer el sistema de seguridad y definir los lineamientos básicos de operación. Como resultado de lo anterior, el sitio de la Secretaría de Salud ha cumplido con sus funciones de difundir las metas, programas y políticas de la SSA, apoyar la instrumentación de acciones de la Secretaría, facilitar la difusión de información en salud, difundir las actividades por parte de las áreas, instrumentar servicios interactivos de salud en línea y facilitar la comunicación entre los trabajadores de la salud, y la población en general. Tales resultados se resumen en mejores contenidos, homogeneidad en imagen y estructura, así como un incremento del 28 por ciento en el promedio mensual de accesos.

Otras actividades

Como parte del análisis del financiamiento del Sector Salud y sus perspectivas a mediano plazo, la Coordinación General de Planeación Estratégica realizó un análisis de la situación financiera del Sector Salud. Como resultado, se documentó la existencia de desequilibrios financieros que reflejan la persistencia de inequidades en el financiamiento para la salud entre la población derechohabiente y no derechohabiente, entre entidades federativas y según fuentes del gasto en salud. Como resultado, se hizo patente la

necesidad de hacer una propuesta de reforma estructural del financiamiento para la salud que promueva un mayor flujo de recursos públicos para la salud, que reduzca la incidencia del gasto de bolsillo y que promueva una mayor equidad entre instituciones y entre entidades. Así, durante el primer semestre del año esta Coordinación trabajó en el diseño de una nueva estructura financiera para el Sector Salud, en la que se retoman e incorporan los objetivos de trabajos previos tales como fórmula de asignación de recursos FASSA y Seguro Popular en términos de equidad, promoción del gasto estatal, medición del desempeño y protección financiera, de acuerdo a los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Coordinación ha impulsado este proyecto mediante una constante interacción y retroalimentación con las principales instituciones de seguridad social, con SEDESOL, la SHCP, la oficina de la Presidencia, así como con las entidades federativas.

La Coordinación definió las estrategias básicas para la implantación de esta reforma financiera y ha articulado la participación de las áreas relevantes de la Secretaría de Salud, así como de otros sectores de la Administración Pública Federal. Particularmente, ha consensuado esta propuesta con SEDESOL, con el IMSS, el ISSSTE, con legisladores y con funcionarios de las secretarías de Finanzas de las entidades federativas. Ello con el fin de impulsar la propuesta en el ámbito federal y estatal bajo un enfoque de consistencia en la política de salud. Asimismo, ha realizado las estimaciones correspondientes a la reestructuración de los recursos destinados a la atención médica de la población no asegurada, así como aquellos destinados al conjunto de la población a través de actividades de salud pública, investigación y rectoría del sistema de salud. Como resultado de lo anterior, la Coordinación ha propuesto la reorganización de los recursos asignados a esta Secretaría a través del Ramo 12 bajo cuentas correspondientes a cada una de las actividades señaladas, identificando aquellos recursos susceptibles de ser sumados a la estrategia de protección financiera propuesta bajo el esquema de aseguramiento del Seguro Popular de Salud y mediante los cuales se organizará la prestación de servicios personales de salud bajo las diferentes modalidades de operación de dicho esquema.

Conforme al objetivo del Programa Nacional de Salud 2001-2006 en materia de rendición de cuentas, la Coordinación coordinó la organización del Foro Temático de Protección Financiera llevado a cabo en el marco del Foro Ciudadano de la Salud en el que se presentó el Informe Salud: México 2001 el pasado 23 de julio. Para la organización de dicho foro, la Coordinación elaboró de manera conjunta con la Dirección General de Protección Financiera la propuesta de ponentes y temas. Estas áreas fueron responsables de los aspectos logísticos y de organización del evento, al cual asistieron más de 270 personas, representando diversos ámbitos del Sector Salud y otras esferas de gobierno, de la academia y de la sociedad civil. El intercambio de experiencias y la presentación de información relacionada con las estrategias de protección financiera planteadas para la actual Administración por esta Secretaría fueron favorablemente recibidas por parte de los asistentes. De la opinión recabada a partir de un buzón expresamente destinado para ello durante la realización del foro, se concluye que este tipo de eventos es fundamental para desarrollar un debate más informado con los diferentes representantes de la sociedad civil, así como de diferentes instancias gubernamentales en sus diferentes niveles, y por lo tanto retroalimentar el diseño e implantación de políticas públicas en el Sector Salud.

En el ámbito de la definición de la política social en su conjunto, la Coordinación General de Planeación Estratégica participó activamente como interlocutor de esta Secretaría en los grupos técnicos que apoyan las labores del Gabinete de Desarrollo Social. Mediante esta participación, la Coordinación ha promovido las políticas planteadas por esta Secretaría a partir del Programa Nacional de Salud 2001-2006, garantizado así su inclusión en la agenda social. Asimismo, la Coordinación participa activamente en la Junta Ejecutiva del Consejo de Salubridad General promoviendo estrategias

que permitan una mayor interacción entre las instituciones públicas de salud y fomentando que las políticas sectoriales sean consistentes con los objetivos del Sistema Nacional de Salud. Específicamente, la labor de esta Coordinación se ha enfocado a impulsar esquemas innovadores de colaboración que garanticen el aprovechamiento.

Asimismo, derivado de las conclusiones del análisis de la situación financiera del Sector Salud, en el que se denota la necesidad de aumentar considerablemente el gasto de inversión, la Coordinación General de Planeación Estratégica ha explorado distintos esquemas de financiamiento para la inversión que pudiera generar parte de los recursos físicos necesarios para enfrentar los rezagos existentes y el reto derivado de la transición epidemiológica. En este sentido, como resultado de distintas reuniones de trabajo con la Oficina de Políticas Públicas de Presidencia de la República, la Unidad de Inversiones de la Secretaría de Hacienda y la Subsecretaría de Administración y Finanzas, se ha concluido la conveniencia de llevar a cabo algunos proyectos mediante un esquema innovador de inversión: Proyectos para la Prestación de Servicios (PPS). Para ello, se ha diseñado un vehículo financiero que potencializa las ventajas de este nuevo esquema de financiamiento a través de la colaboración sectorial y un mejor manejo de riesgos asociados a gastos catastróficos en la atención de padecimientos de alta especialidad.

Como parte de la participación de México como país miembro de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la coordinación general de Planeación Estratégica representa a la Secretaría de Salud como cabeza de sector en diversos proyectos realizados por este organismo en el área de la salud. Específicamente, y en el marco de la Proyecto de Salud OCDE, mediante el trabajo de esta Coordinación, se han identificado áreas de oportunidad para que México participe activamente en este proyecto, mediante el cual se recopilará información relevante para informar la definición de políticas de salud en los siguientes temas: equidad, eficiencia en el uso de recursos y desempeño del sistema de salud.

Además de proporcionar información útil para entender y mejorar el funcionamiento del en México, mediante este estudio contribuiremos al debate internacional en estos temas, y será posible que otros países se beneficien de conocer la experiencia del caso mexicano, podremos obtener información relevante sobre las experiencias en otros países con lo que se podrá informar mejor el diseño de políticas de salud.

La CGPE ha coordinado y facilitado los trabajos del Grupo de Tabaco en el que participan la CONADIC y el INSP. El objetivo de este grupo es documentar la definición de políticas en materia de consumo de tabaco, principalmente aquellas que permitan medir la magnitud del problema del tabaquismo en México, los costos asociados al consumo del tabaco y las perspectivas para promover políticas fiscales saludables en la materia.

7.1 Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño

De acuerdo con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud corresponde a la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED) coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría de Salud y del Sistema Nacional de Salud conforme a los lineamientos que dicten las dependencias competentes, así como emitir las normas para la elaboración y actualización de la información estadística en salud y vigilar su cumplimiento. Asimismo, a la DGIED le corresponde evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud en cuanto al nivel y distribución entre la población de la condiciones de salud y trato adecuado, y en cuanto a la equidad en el financiamiento, así como, en su caso, analizar y proponer alternativas.

La Dirección General cuenta con 1 dirección general adjunta, 4 direcciones de área, 9 subdirecciones, 10 jefaturas de departamento y 1 secretario particular.

Para organizar sus actividades la DGIED estableció cuatro proyectos en la apertura programática de 2002, que son:

- Revisar, actualizar y modernizar el Sistema Nacional de Información en Salud.
- Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud.
- Evaluación del Sistema Nacional de Salud.
- Medición de la Carga de la Enfermedad en México.

Tal como lo establece el Programa Nacional de Salud, 2001-2006 en su estrategia Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, se elaboró, publicó y difundió el Programa de Acción del Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006.

Se actualizó del Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud para garantizar el suministro de información que permita consolidar el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Esta actividad se llevó a cabo mediante un proceso de la consulta entre instituciones del sector público, del sector privado y de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y mediante un taller de revisión con los integrantes del Grupo Interinstitucional de Información.

Asimismo, se elaboró el anteproyecto de Manifestación de Impacto Regulatorio que acompaña a la Norma Oficial Mexicana en Materia de Información en Salud y que se presentó ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria.

El Grupo Interinstitucional de Información en Salud, que coordina la Dirección General, realizó en este período seis sesiones ordinarias y dos extraordinarias. Asimismo elaboró y aprobó el programa de trabajo para el año 2002. En su seno se crearon dos de los tres componentes del Grupo de Trabajo en Materia de Gestión por Producto Hospitalario según lo estableció la Junta Ejecutiva del Consejo Nacional de Salubridad General: 1) Subgrupo de Registro de la Actividad Hospitalaria y Sistema de Información Médica, y 2) Subgrupo de Codificación de Diagnósticos y Procedimientos, los cuales han iniciado su programa de trabajo.

Del 1º de septiembre de 2001 al 31 de agosto de 2002 el Centro Mexicano de Clasificación de Enfermedades llevó a cabo seis reuniones con el grupo asesor interinstitucional para resolver problemas de codificación y evaluar algunos aspectos sobre calidad de las estadísticas nacionales e impartió 12 cursos sobre codificación de morbilidad, mortalidad y procedimientos en medicina, para un total de 434 alumnos, de los cuales cinco fueron paramédicos y codificadores de Colombia por invitación del Ministerio de Salud. A partir de mayo de 2002, el Centro se ha integrado al proyecto de certificación de la competencia laboral de los codificadores con objeto de contribuir de manera más efectiva a elevar la calidad de las estadísticas sobre mortalidad, morbilidad y procedimientos médicos. Para ello se estableció, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la coordinación con el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER), organismo dependiente de la SEP y de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, que tiene a su cargo estos proyectos. Se encuentra en desarrollo la norma técnica de competencia laboral para el codificador en salud, por lo que el CEMECE inició la actualización del registro nacional de codificadores.

El Centro ha continuado aportando su experiencia en el *Forum* Internacional para la CIE, coordinado por la OPS/OMS, a fin de difundir y promover el uso adecuado de la CIE y asesorar a los usuarios. Con

esa organización se concluyó el desarrollo del Intercod, que consiste en un método de enseñanza del uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) por computadora, que ha sido traducido a otros tres idiomas y lanzado en julio de 2002. Ha contribuido asimismo con 22 aportaciones con propuestas de solución sobre problemas específicos vía internet.

Por primera vez el CEMECE asistió a la Reunión Internacional de Centros colaboradores de la OMS en la clasificación internacional de enfermedades, no como observador, sino como participante activo y presentó ante el pleno el resultado de los efectos de la implantación de la CIE-10 en los accidentes de tráfico de vehículo de motor. El CEMECE fue invitado a participar en los subgrupos de trabajo sobre capacitación de codificadores y mortalidad. Se han elaborado los términos de referencia para que el CEMECE sea incorporado como Centro Regional de la OMS para la CIE.

En este mismo tenor, se elaboró el documento Guía de Autoaprendizaje para el Llenado Correcto del Certificado de Defunción, que ha sido distribuido vía internet y a las instituciones del sector y entidades del país para darlo a conocer a los médicos con el fin de promover el mejoramiento del registro de las defunciones y contribuir también a elevar la calidad de las estadísticas sobre daños a la salud.

Como resultado de la resolución 54.21 de la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2001 y siendo México país miembro de la OMS, se formó el grupo promotor de la Red Mexicana de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Este grupo, constituido por representantes de las instituciones del sector público y de los Institutos Nacionales de Salud, se reúne regularmente para organizar la formación de la Red Mexicana, la capacitación en la CIF, la factibilidad de aplicación de la CIF en México y el posible lanzamiento de la CIF en México para 2003. El grupo promotor se ha unido a la Red Latinoamericana de la CIF y está organizando una reunión internacional para febrero de 2003.

En breve se publicará un documento que mostrará los mejores desempeños con relación a las estadísticas de mortalidad. Para el análisis se construyeron indicadores por entidad federativa que dan cuenta de la cobertura, temporalidad, oportunidad y confiabilidad de la información.

Con apoyo financiero de la OPS y la participación de representantes del Instituto Nacional de Salud Pública, del *Population Council*, de la Dirección General de Salud Reproductiva y de la Dirección General de Epidemiología, la DGIED formó un grupo de trabajo para el estudio de la mortalidad materna en México. Esta iniciativa busca mejorar la calidad del registro a través del análisis de los certificados de defunción y la realización de autopsias verbales. Este estudio está diseñado para que participen todas las entidades federativas del país. En mayo de 2002 inició sus funciones el grupo de trabajo de mortalidad, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la calidad de esta estadística. En el colaboran ocho entidades federativas. Entre los temas que se han revisado destacan las causas que interfieren en la oportunidad, los procedimientos aplicados para su elaboración y la problemática de los recursos humanos destinados en cada fase de la generación de información.

Se construyó un modelo para proyectar la población por entidad federativa y municipio utilizando los totales de las proyecciones del CONAPO. Además, se llevó a cabo un ejercicio de estimación de la población derechohabiente y no derechohabiente por entidad federativa de residencia a partir del XII Censo de Población y Vivienda, 2000. Posteriormente se elaboró una estimación por grupos quinquenales de edad y sexo a nivel municipal. Ambas herramientas permiten contar con estimaciones de población total y por condición de derechohabiencia hasta nivel municipal, aspecto de vital importancia en los procesos de planeación e instrumentación de políticas. Tanto los resultados como los procedimientos empleados fueron publicados en una síntesis ejecutiva titulada "Poblaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud de México: definición y construcción".

Se reanudó el programa de supervisión a los servicios estatales de salud. Hasta ahora se han realizado visitas de asesoría a Baja California, Chiapas, Durango, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, Tlaxcala y Veracruz para revisar los registros de morbilidad, mortalidad, recursos, servicios otorgados y estadística de medicina privada. Además se han revisado los adelantos tecnológicos que en cada uno de los SESA's se incorporan a la generación de información, a efecto de orientar los esfuerzos aislados y establecer los canales de comunicación para compartir las experiencias exitosas. Durante las visitas, además, se ha puesto a consideración los elementos desarrollados al interior de la Dirección como son: los indicadores de cobertura, temporalidad, oportunidad y confiabilidad de la estadística de mortalidad; las estimaciones de población según condición de derechohabiencia, con lo cual se aportan elementos para la integración de las estadísticas.

En cuanto a la encuesta de Unidades Médicas Privadas con Servicio de Hospitalización correspondiente al año 2001, se terminó la fase del levantamiento a nivel nacional, iniciando el procesamiento de la estadística respectiva, misma que se difunde en el Boletín Estadístico Sectorial.

Se integró la información para el Boletín Estadístico 20, correspondiente al año 2000 y se procedió a la compilación de datos para el Boletín Estadístico No. 21. Además del inicio de la actualización del Manual de Fuentes y Métodos, el Directorio Nacional de Unidades Médicas y el tríptico de Indicadores Básicos 2001.

Por lo que se refiere al Sistema de Información en Salud (SISPA) pueden destacarse las siguientes actividades:

Durante el mes de septiembre de 2001 se llevó a cabo la reunión nacional del Sistema de Información en Salud con la participación de 100 personas del área de estadística, de evaluación y de planeación de las 32 entidades federativas, en la cual se sometió a consulta las propuestas de actualización del SISPA a las necesidades de información surgidas a raíz del replanteamiento de prioridades y actividades en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

A partir del mes de enero del 2002 se implementó la versión actualizada del SISPA, que incorpora los cambios necesarios para los programas operativos, entre los que destaca el Sistema Automatizado para la estadística de lesiones, la integración de variables sobre la derechohabiencia al Seguro Popular y el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas.

Se recibieron las bases de datos y las cédulas del Registro Nacional de Infraestructura en Salud de las unidades aplicativas en los estados para actualizar la información de recursos materiales, físicos y humanos con que cuenta la SSA al 31 de diciembre del 2001. Se realizó el cierre del año estadístico 2001, con cifras definitivas acerca de las actividades realizadas en la atención de la salud de la población. Además hasta el momento se tiene disponible la información de enero-junio del 2002 con cifras preliminares.

El programa editorial se innovó con la incorporación de Síntesis Ejecutivas, documentos que dan a conocer de manera breve los avances o desarrollos de temas de interés para los mandos superiores de la propia Secretaría y de otras instituciones del sector, durante el período que se informa se editaron las siguientes: a) Poblaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud de México: Definición y Construcción, b) Nacimientos por cesárea en México y c) Gasto público en salud, 1999-2000.

En la Revista de Salud Pública de México se entregaron cinco temas para la sección de estadísticas: a) Estadísticas de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud, 2000; b) Información básica sobre recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud, 2000; c) egresos hospitalarios del sector público

del Sistema Nacional de Salud, 2001; d) Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000; e) Indicadores para la evaluación de los Sistemas de Salud.

En la parte de difusión se distribuyeron: el Anuario Estadístico 1999 y 2000; Mortalidad 1999; Estadísticas Vitales 1999; Boletín Estadístico No. 19, tres volúmenes; el Programa de Acción de Información en Salud 2001-2006; el Programa en Materia de Evaluación del Desempeño; las 3 Síntesis Ejecutivas. En cuanto a los Certificados de Defunción se repartieron en este período un millón certificados de defunción y 40 mil de muerte fetal, así como la Guía de Autoaprendizaje para el llenado correcto del certificado de defunción. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud; y un tiraje especial de la Clasificación de Procedimientos en Medicina (CIE9-MC).

En este apartado también se diseñó la página electrónica de Estadísticas en Salud, que contiene además de la información sectorial, algunas publicaciones de esta Dirección General en formato *pdf*, y las bases de datos de mortalidad. Asimismo se han atendido solicitudes de información por correo electrónico.

Se está culminando un estudio del subregistro de defunciones a partir de ENADID92 y ENADID97, mismo que será presentado a manera de Síntesis Ejecutiva.

En cuanto a la integración de publicación de carácter general, se completaron el Anuario Estadístico de Mortalidad 2000, las Estadísticas Vitales 2000 y las Cifras Municipales 2000, mismas que se han distribuido en medios electrónicos.

Proyecto: Medición de la Carga de la Enfermedad

Se trata de un proyecto de nueva creación en la Secretaría de Salud que basa sus actividades en el desarrollo del análisis de las estadísticas generadas en la DGIED. Las principales actividades desarrolladas van dirigidas a la Medición de la Carga de la Enfermedad en México, a la medición de varios indicadores de la evaluación del desempeño del sistema de salud y al apoyo del Seguro Popular en la formulación del paquete de intervenciones.

Con respecto a la Medición de la Carga de la Enfermedad se realizó un taller de 40 horas en el Instituto Nacional de Salud Pública con 34 participantes de diferentes instituciones y entidades federativas. Además, se construyeron las bases de datos necesarios para el análisis de los Años de Vida Saludable (AVISA) para las 32 entidades federativas. En relación con la medición de indicadores de resultado del desempeño del sistema de salud se generaron estimaciones de Esperanza de Vida Saludable para 32 entidades federativas por sexo para el año 2000. Se reprodujo la metodología empleada por la OMS para la medición de la desigualdad en salud y se construyó un índice de desigualdad en salud inter-individual basado en las diferencias en el tiempo esperado de sobrevivencia en menores de 2 años a nivel estatal en la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID 1997) y el Censo Nacional de Población 2000. Este análisis fue realizado en dos períodos de tiempo e incluye un análisis de la descomposición de los determinantes que originan la desigualdad en salud a nivel estatal en ambas encuestas a través del tiempo.

En paralelo con la OMS se está desarrollando la medición de la cobertura efectiva de las 18 intervenciones más importantes en salud (5 preventivas y 13 curativas) para medir la cobertura efectiva del sistema de salud a nivel nacional.

Bajo este mismo proyecto se apoyó al Seguro Popular en Salud mediante el desarrollo del Paquete de Beneficios Médicos del Seguro Popular y el costeo de las intervenciones seleccionadas. El producto

obtenido de este ejercicio son dos documentos que contienen el desarrollo de las guías clínico-terapéuticas de las intervenciones en salud y el costeo de cada una de las intervenciones que configuran el paquete de beneficios. Este listado aparece publicado en las reglas de operación del Seguro Popular en Salud y representa los servicios de salud a los que tienen derecho los asegurados. Este estudio se complementará con el análisis de la efectividad de cada una de las intervenciones, lo que permitirá realizar una evaluación económica de las intervenciones seleccionadas mediante la razón costo-efectividad.

El programa de trabajo estableció dos componentes de evaluación: la evaluación de los programas y servicios, y la evaluación del desempeño del sistema de salud.

El primer componente tomó como base la revisión y actualización la lista de Indicadores de Resultado definido por el Consejo Nacional de Salud (CNS) en 1998. Al respecto, el CNS nombró a varios de sus miembros para formar un grupo de trabajo que coordinara la definición de la nueva lista de indicadores. Este grupo trabajó en coordinación con la DGIED y representantes de las áreas centrales de la SSA, y generó una nueva lista de 58 indicadores que fue aprobada por el CNS en junio de 2002. Los indicadores de esta lista que lo permitan serán desagregados por sexo.

Un primer producto relacionado con estos indicadores es el informe Salud: México 2001. Información para la Rendición de Cuentas, que se presentó en el Foro Ciudadano de la Salud en julio de 2002.

Para el segundo de los componentes se definieron cinco indicadores que miden el desempeño del sistema respecto del nivel de logro y eficiencia en los objetivos intrínsecos o finales del sistema de salud, a saber: mejorar las condiciones de salud de la población (nivel y distribución), responder a las expectativas no médicas de las personas (nivel y distribución) y asegurar la justicia en el financiamiento. En el primer semestre de 2002 se generaron cifras nacionales del año 2001 para los siguientes indicadores: esperanza de vida saludable, índice de trato adecuado y porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (2000). El trabajo alrededor de estos dos últimos indicadores dio lugar a dos Síntesis Ejecutivas que están en proceso de distribución. En el segundo semestre de 2002 se realizará una Encuesta Nacional de Evaluación que permitirá generar información para generar los valores de estos indicadores para los 32 sistemas estatales de salud.

La DGAED también participó en la Reunión Nacional de Responsables de Información. Durante dicha reunión se presentó el marco conceptual y las metodologías que habrán de utilizarse en las tareas de evaluación. Asimismo, esta dirección organizó, en los meses de abril y mayo de 2002, cuatro reuniones regionales de evaluación para discutir de nueva cuenta el marco conceptual y las estrategias de evaluación de la presente administración con los encargados estatales de estas tareas.

En la Reunión Internacional de Evaluación del Desempeño a Nivel Sub-nacional, organizada por la Organización Mundial de la Salud en colaboración con la SSA, que se llevó a cabo en Oaxaca en el mes de abril de 2002, se presentaron los avances del trabajo de evaluación desarrollado por la DGAED, en particular lo referente a trato digno y protección financiera.

En este rubro se asistió a un curso de capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud en Barbados, organizado por la Red Interamericana en Políticas de Salud "José Luis Bobadilla", con el objetivo de afianzar todos los elementos conceptuales necesarios para implementar las cuentas en salud a nivel nacional y estatal. Durante el curso se logró establecer contactos con OPS y OMS. En el primer trimestre de 2001 se produjeron los primeros informes sobre gasto público en salud para los años 1999, 2000 y 2001. Las cifras de los dos primeros años dieron lugar a una Síntesis Ejecutiva disponible en la página de la SSA en Internet.

Se llevaron a cabo presentaciones sobre la importancia de las Cuentas Estatales de Salud en tres estados de la República Mexicana: Estado de México, Jalisco y Morelos. Como resultado se logró acordar la participación de estas entidades en un proyecto piloto sobre cuentas nacionales y estatales de salud. Posteriormente, se consideró a Oaxaca dentro de este grupo. Se obtuvieron recursos a través de la Red José Luis Bobadilla para que los representantes de los estados asistieran a un curso de Cuentas Nacionales de Salud en Panamá. Esta medida permitió hacer más ágil y eficiente el ejercicio de Cuentas Estatales de Salud. Se han realizado tres reuniones de trabajo con los estados piloto: dos en el D. F. y una en Oaxaca. Se lograron importantes acuerdos en torno a la metodología que se utilizará. Los estados mostraron avances importantes en los resultados, tanto en la creación de comités estatales de información financiera como en el llenado de las matrices de gasto. Inclusive, han incorporado dentro de su presupuesto el proceso de creación de un Sistema Estatal de Cuentas de Salud.

Con el propósito de compartir la experiencia de los estados piloto a las demás entidades federativas, se realizará un curso de Cuentas Nacionales de Salud en el marco del Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Pública con la participación de 28 alumnos.

Al 31 de agosto, se cumplió con la publicación, como parte del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud, de las cifras nacionales de gasto en salud para los años 1999-2001, y del Índice de Protección Financiera. Con ello se da cumplimiento también a los compromisos establecidos con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económica, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. La información puede consultarse dentro del Informe Salud: México 2001 y en la página de internet de la Secretaría. En el marco de la Declaración Conjunta entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento de Salud de Canadá se acuerda establecer mecanismos de cooperación relacionados con la evaluación del desempeño y los Sistemas de Cuentas Nacionales de Salud. Asimismo, se ha obtenido el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud para la capacitación de personal de manera que la experiencia mexicana pueda transmitirse al resto de la región.

Se espera contar con los manuales de procedimientos de Protección Financiera y de Cuentas Nacionales de Salud a mediados del mes de septiembre, así como presentar un informe del resultado del ejercicio de Cuentas Estatales de Salud en el mes de noviembre.

Otras actividades

Subcomisión Técnica de la Comisión Intersecretarial de la Clave Única de Registro de Población

Con el objeto de dar cumplimiento al Acuerdo de Gabinete GP 131101-XX del 13 de noviembre del 2001, que dispone que las dependencias y entidades de la administración pública federal deberán dar carácter definitivo y obligatorio a la adopción y uso de la Clave Única de Registro de Población, la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, en representación de la SSA, cumpliendo con los compromisos del primer semestre de 2002, entregó el Programa de Trabajo correspondiente, informando que el 88 por ciento del personal bajo la coordinación de la SSA cuenta con la CURP, dándose continuidad al proceso de dar de alta al personal de nuevo ingreso e identificando al personal que carece de este. A la fecha se tiene incorporada la Clave Única de Registro de Población en 7 formatos oficiales de la dependencia.

Tablero de Control

La SSA como parte del Gabinete de Desarrollo Humano y Social, a través de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, participa en el Comité Técnico que integra y elabora los indicadores de salud para el Tablero de Control. El Tablero de Control constituye un instrumento que da seguimiento a los principales asuntos de desarrollo humano y social, entre ellos la salud. Se reportan mensualmente 16 indicadores.

7.2. Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en su artículo 33 señala que a la Dirección General de Análisis y Diseño de Políticas de Salud (DGADPS), corresponde entre otras atribuciones y responsabilidades: estudiar y diseñar las políticas y estrategias organizativas y financieras, en el área de sistemas de salud, que contribuyan a la reforma y desarrollo del sector, asimismo, proponer y promover las políticas, procedimientos, contenidos y normas para el desarrollo de acuerdos de gestión entre los organismos descentralizados y las unidades médicas y otros prestadores; en coordinación con la DGPO, desarrollar nuevos modelos de organización.

La Dirección General se apoyó en 1 dirección general adjunta; 4 direcciones de área; 5 subdirecciones y 1 secretario particular. Para el período que nos ocupa la DGADPS señaló tres procesos/proyectos, como prioritarios:

- Diseñar la fórmula para la asignación equitativa de recursos con las entidades federativas.
- Planeación estratégica y vinculación con la programación.
- Diseñar políticas y coadyuvar en la implementación de diversos proyectos: Seguro Popular de Salud, Municipalización de Servicios de Salud, Gestión por Contrato, Convenios de Colaboración y Alianzas de Salud.

El desarrollo de las acciones para cumplir con esos compromisos, rindieron los siguientes resultados:

Proyecto: Sistema de Planeación Estratégica (SPE)

En coordinación con la Oficina de Planeación y Desarrollo Regional de la Presidencia de la República, en la Dirección General de Epidemiología, se desarrolló la prueba piloto, en el ámbito de la APF, del Sistema de Planeación Estratégica (SPE) obteniéndose excelentes resultados, que derivaron en la retroalimentación del Sistema para una mejor aplicación en las dependencias y entidades de la APF.

Asimismo, se elaboró el reporte Integral a la Presidencia de la República de los procesos y proyectos a desarrollar durante el período 2002-2006, que fue considerado como base para definir la Nueva Estructura Programática de la SSA. Cabe hacer mención que los objetivos estratégicos de la SSA, en razón de este reporte, quedaron vinculados con el presupuesto de la Secretaría, guardando una correcta alineación con las estrategias del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Proyecto: Seguro Popular de Salud

Se participó dentro del grupo responsable de la estrategia de la afiliación al Seguro Popular, aportando la conceptualización y esquema de la afiliación, así como los contenidos de la tarjeta de identificación de los asegurados y derechohabientes, para los efectos de la prueba piloto.

Proyecto: Municipalización de los Servicios de Salud

La Dirección General, forma parte del grupo de trabajo *ad-hoc* que se creó en el seno del Consejo Nacional de Salud, y en particular desarrolló y aplicó una encuesta-cuestionario en las entidades federativas, con el fin de conocer el clima que prevalece en el país respecto a la municipalización de los servicios de salud.

En coordinación con el Secretariado Permanente del Consejo Nacional de Salud, se realizó el encuentro técnico “Municipalización de los Servicios de Salud”, en el que participaron ponentes de la OPS, asociaciones de municipios, catedráticos universitarios, congresistas de ambas cámaras, entidades federativas y funcionarios de la SSA. Los resultados obtenidos han permitido desarrollar el proyecto de la municipalización con pasos más firmes, bajo un esquema conceptual que establece criterios para concretar este proyecto, de manera asimétrica, bajo principios de subsidiaridad y corresponsabilidad.

Proyecto : Gestión por Contrato

Se realizó la conceptualización del proyecto, donde se sentaron sus bases y características. Se realizó el encuentro técnico “Papel de la gestión por contrato en la reforma del Sector Salud”, con la participación de la OPS, consultores internacionales, funcionarios públicos de la SHCP y de la SSA.

En este sentido se firmó el primer convenio de desempeño en la SSA con el INER, logrando de esta manera un compromiso de ese Instituto para conseguir y mantener la excelencia, obteniendo a su vez prerrogativas que le eximen de turbulencias presupuestales, siempre y cuando cumpla con los compromisos establecidos en el convenio.

Proyecto: Acuerdos de Coordinación

Se diseñaron los acuerdos tipo, que fueron revisados por la Dirección General de Asuntos Jurídicos, asimismo en particular se elaboró el Acuerdo de Coordinación para el Federalismo Cooperativo, habiéndose enviado a cinco entidades federativas para sus comentarios y retroalimentación. Esto ha brindado la oportunidad de establecer negociaciones para fijar las nuevas “reglas del juego” del nuevo federalismo, lejos de tuteladas y paternalismos, invocando la democracia reinante en el país y respetando cabalmente el Pacto Federal.

Proyecto: Convenios de Colaboración. Alianzas de Salud

Se ha impulsado el proceso de colaboración del Sector Salud, a través de diversos mecanismos e instrumentos:

- Desarrollo del Memorando de Entendimiento entre la SSA, IMSS e ISSSTE.
- Impulso a la realización de convenios de colaboración para la prestación de servicios de salud entre dichas instituciones.
- Recopilación y análisis de convenios de colaboración existentes en el país.
- Diseño de esquemas de compensación entre instituciones.

Otras actividades

También se realizaron otras acciones que han contribuido al cumplimiento de los objetivos de la DGADPS y por ende de los de la coordinación general de Planeación Estratégica, titular y responsable del impulso de la estrategia a nivel sectorial. Dentro de estas otras acciones se destacan:

Programas de Acción derivados del Programa Nacional de Salud

Revisión de contenidos de los 44 programas de acción, retroalimentando a las áreas autoras de los mismos, bajo la visión de un esquema homogéneo de presentación y un análisis de congruencia en sus contenidos. Como resultado se logró la publicación de 39 programas de acción y diez programas específicos de Salud Mental.

PLANESALUD

Se ha detectado la necesidad de homogeneizar los avances en los procesos de planeación estratégica en el ámbito de los servicios estatales de salud. Esto se ha realizado a través de la divulgación de experiencias en la materia entre las propias entidades federativas; la integración de un grupo de trabajo de directores de planeación de los servicios estatales de salud y la celebración del encuentro técnico “PLANESALUD”.

Federalismo

La DGADPS ha participado en las mesas de federalismo convocadas por la SEGOB con las entidades federativas. Así también se participó en el proyecto de autodiagnóstico de los municipios en materia de salud con el CEDEMUN.

Se ha satisfecho la necesidad de información del, CEDEMUN, respecto al proceso de descentralización de la SSA, que ha servido como ejemplo y en algunos casos como modelo para el proceso de otras entidades de la AP.

Apoyo al ISSSTE en reformas al sistema de salud

La DGADPS se encuentra actualmente brindando asesoría y ayuda al área financiera del ISSSTE para el diseño e implantación de los contratos de gestión con sus unidades hospitalarias regionales.

Frontera Norte

Se colaboró con la Presidencia de la República y los servicios estatales de salud de los estados que colindan con los Estados Unidos de Norteamérica en la elaboración del Programa Sectorial de la Frontera Norte: Frontera Saludable.