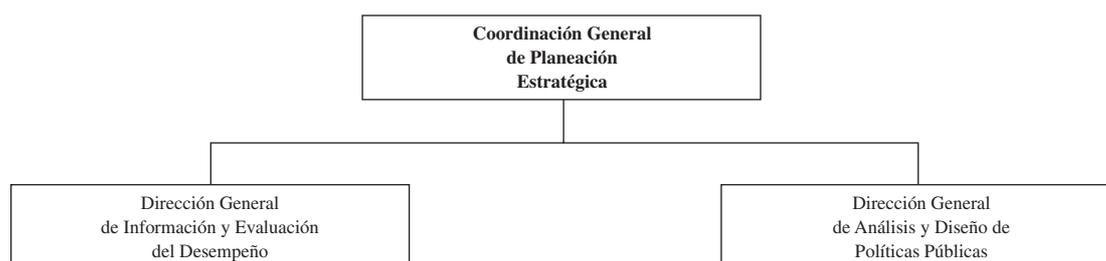


# Capítulo 7

Coordinación General de Planeación Estratégica

## 7. COORDINACIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA



Hasta julio de 2003, la Coordinación General de Planeación Estratégica (CGPE) ha cumplido con funciones de análisis y planeación que buscan mejorar la calidad y las condiciones de equidad en la prestación de servicios. Las actividades esenciales de la CGPE se concretan en propuestas para reformar y modernizar la Secretaría, en la propuesta de políticas, programas y estrategias que optimicen la asignación de recursos financieros, y en la conducción de los sistemas de información y de evaluación de la Secretaría.

Para el ejercicio de sus funciones, hasta julio de 2003 la CGPE contó con dos direcciones generales, la de Análisis y Diseño de Políticas de Salud y la de Información y Evaluación del Desempeño.

Las actividades más destacadas en el período de referencia fueron la participación en el diseño y consolidación del Programa Seguro Popular de Salud, la cual se constituye en la principal estrategia para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población que carece de seguridad social, además de analizar las diferentes alternativas para una nueva arquitectura financiera del sistema de salud y la estimación del impacto presupuestal de la reforma a nivel nacional y por entidad federativa.

A través de la Dirección de Información y Evaluación del Desempeño se llevó a cabo una encuesta nacional en la cual se recolectó información en más de 37 000 hogares. Dicha encuesta, denominada Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED), proporcionará información sobre aspectos relacionados con los gastos de los hogares por motivos de salud, sobre el trato recibido por los usuarios del sistema de salud y sobre diversos aspectos relacionados con el desempeño del sistema. Con la información de esta encuesta se elaboró el capítulo III del documento *Salud: México 2002*, segunda edición del informe para la rendición de cuentas que resume la situación de la salud en nuestro país.

### 7.1. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño

A la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED) le corresponde coordinar el Sistema de Información Estadística de la Secretaría de Salud y del Sistema Nacional de Salud, así como emitir las normas para la elaboración y actualización de la información estadística en salud y vigilar su cumplimiento. Asimismo, la DGIED es responsable de la evaluación del desempeño de los sistemas estatales y nacional de salud con relación a las condiciones y distribución de salud y trato adecuado y en cuanto a la justicia en el financiamiento.

Para el cumplimiento de sus funciones. La DGIED cuenta con un director general, una dirección general adjunta, cuatro direcciones de área, nueve subdirecciones, diez jefaturas de departamento y un secretario particular.

Las actividades más relevante en el período a que se refiere este informe se describen a continuación:

#### ***Norma Oficial Mexicana en materia de información en salud***

Se llevaron a cabo dos talleres y tres reuniones con representantes del área de información de las instituciones del sector salud. Actualmente se cuenta con el anteproyecto y el registro ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se espera sea avalada durante el año 2003, para su publicación.

#### ***Reuniones del grupo interinstitucional de información en salud***

Se llevaron a cabo seis reuniones ordinarias y dos extraordinarias. Labor adicional fue la conformación de un Grupo de Trabajo para Elección de Indicadores relevantes, que realizó cinco reuniones adicionales a las anteriores. Un resultado a destacar es la integración del Boletín de Información Estadística 2001, adicionando para este ejercicio un cuarto volumen, referente a recursos financieros.

#### ***Actualización del manual de fuentes y métodos***

Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Información en Salud se encuentran revisando el documento con el fin de actualizarlo, sin perder de vista la homogenización de todos los conceptos vertidos en él. La labor de actualización se ha visto influida por los cambios recientes en el sistema de información, especialmente por el énfasis en actividades determinadas por el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

#### ***Estadísticas de la medicina privada***

Durante el período de reporte, se trabajó en el levantamiento, procesamiento y difusión de la información del año 2001, y se llevó a cabo consultas con los diferentes usuarios y cámaras de hospitales privados tendientes a la actualización de los formatos para el levantamiento 2002.

#### ***Implantación del Certificado de Nacido Vivo en las entidades federativas***

Durante el año 2002, tres entidades federativas avanzaron en este proyecto: el Distrito Federal, donde se implantó su uso en conjunto con el Registro Civil, Baja California Sur donde se encuentra terminado el anteproyecto y el estado de Veracruz donde se tiene lista la Constancia de Nacimiento para iniciar su aplicación próximamente.

#### ***Diseño y puesta en operación del sistema de gestión por producto hospitalario***

Se conformaron tres subgrupos de trabajo que en total celebraron ocho reuniones a partir de las cuales se consideró necesario realizar un ejercicio de costos por producto hospitalario, el cual actualmente está en preparación.

#### ***Implementación del sistema automatizado para la selección de causas básicas de muerte***

Este proyecto se trabaja conjuntamente con el Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE), con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y con la Dirección General de Epidemiología; se trabajó en revisar los avances, aportar ideas sobre la aplicación de algoritmos y se iniciaron los trabajos de recolección de sinonimias y localismos de enfermedades.

### ***Implementación del sistema automatizado para el procesamiento de formatos primarios del SISPA***

Durante el año 2002, se visitó el Hospital General de San Juan del Río, Querétaro y la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de Baja California Sur con el objeto de conocer los avances en la automatización del expediente clínico y la captura directa de la Hoja Diaria de Consulta Externa; se evaluó la propuesta con que cuenta el estado de Nayarit y se trabajó con SESA Tlaxcala en la funcionalidad del archivo clínico en papel, lo anterior con la finalidad de que en un futuro próximo se este en condiciones de obviar formatos intermedios en las unidades médicas con posibilidades de adquirir equipo de cómputo, optimizar tiempos y obtener información de tipo nominal. Se colaboró en la revisión de la NOM 168 SSA1-1998 sobre Expediente Clínico a efecto de proponer modificaciones para que el contenido en medios magnéticos, tenga validez.

### ***Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS)***

Los objetivos del SICUENTAS son: generar información sobre flujos financieros a nivel estatal y nacional, complementar las estadísticas del sistema de cuentas nacionales, y crear la información necesaria para el análisis del gasto en salud. Del mismo modo, se pretende que contribuya a evaluar el desempeño del sistema coadyuvando a la rendición de cuentas en lo que se refiere al uso de los recursos financieros.

Durante el período a que hace referencia este reporte, por primera vez se publicó el Volúmen IV del Boletín de Información Estadística, el cual contiene información sobre el ejercicio del presupuesto público del sector salud en 2001 por entidad federativa. Por otro lado, se llevó a cabo la compilación de datos sobre el ejercicio del presupuesto para 2002 en donde existe información más desagregada que el año anterior, como por ejemplo cuotas de recuperación, gasto en salud por nivel de atención y gasto en medicamentos por entidad federativa.

Entre otras actividades relacionadas con el SICUENTAS, se llevaron a cabo presentaciones en los estados de Veracruz y Chihuahua logrando como resultado que estas entidades iniciaran sus respectivos ejercicios de Cuentas Estatales de Salud, sumándose a Oaxaca, Morelos, Estado de México y Jalisco, los cuales continúan desarrollando este sistema. También se impartió un curso en el Instituto Nacional de Salud Pública en agosto de 2002 con la participación de entidades como Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

El Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud ha puesto a disposición del todo el público interesado las bases de datos sobre gasto en salud en la página web de la Secretaría, donde además se pueden encontrar los indicadores financieros y la información que anualmente se reporta para la publicación OCDE HEALTH DATA.

### ***Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño***

Desde noviembre de 2002 y hasta marzo de 2003 se llevó a cabo el levantamiento de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002, la cual fue coordinada por la DGIED con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública en el trabajo de campo para la recopilación de información y la Organización Mundial de la salud en el diseño de la encuesta. El trabajo de análisis se efectuó íntegramente en la DGIED. El total de hogares encuestados fue de 38 740 y tiene representatividad para diversas variables a nivel estatal.

Los resultados de esta encuesta permitirán evaluar diversos aspectos del desempeño del sistema de salud para los cuales no se cuenta con información de manera regular. Entre las áreas para las cuales se obtendrá información mediante los datos contenidos en la ENED 2002 destacan los siguientes:

- ▮ Gasto privado en salud
- ▮ Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud
- ▮ Condiciones de aseguramiento de los hogares
- ▮ Percepción de diferentes áreas de la salud personal
- ▮ Autovaloración del estado de salud general
- ▮ Utilización de servicios de salud
- ▮ Prevalencia de diversos padecimientos
- ▮ Cobertura en la atención médica
- ▮ Atención prenatal
- ▮ Trato recibido durante la utilización de servicios de salud

La ENED 2002 está disponible a partir del mes de agosto en la página web de la Secretaría, donde todas las personas interesadas pueden tener acceso a las bases de datos correspondientes. En el mismo sitio se encuentran vínculos con diversos documentos conceptuales y metodológicos relacionados con el diseño y el análisis de la citada encuesta. Este hecho también representa un avance en los mecanismos para poner al alcance de toda la población la información de interés público.

### ***Salud: México 2002***

Por segundo año consecutivo, la DGIED publicó en el mes de agosto el informe *Salud: México 2002*, Información para la Rendición de Cuentas, el cual se ha constituido como un medio importante para describir la situación actual de la salud en México a la población en general. El documento se divide en tres capítulos; en el primero se describen 39 indicadores que abarcan aspectos relacionados con las condiciones de salud, con la disponibilidad de recursos y servicios y sobre diversos aspectos del financiamiento a la salud en nuestro país; en el segundo se hace un balance de los mejores desempeños en diversos programas de salud pública y de atención médica resaltando a aquellas instituciones y unidades que han logrado mayores éxitos en el cumplimiento de sus objetivos y, por último, en el capítulo 3, por primera vez se presentan los resultados de una encuesta nacional en la cual se logra medir el desempeño agregado de los sistemas estatales y nacional de salud con relación a los tres objetivos considerados fundamentales de los sistemas de salud: condiciones de salud, trato adecuado y equidad financiera.

*Salud: México 2002* tiene características que lo hacen un instrumento novedoso. Reduce los tiempos para el reporte de cifras relacionadas con la salud a sólo 6 meses a diferencia de lo que sucedía hasta hace algunos años; la información, siempre que es posible, se desagrega por sexo y por entidad federativa, y en el caso de los recursos y servicios por institución proveedora; también se incorporan diversos indicadores que reflejan el nivel de esfuerzo estatal en el financiamiento a la salud, así como la magnitud del gasto privado en salud. La presentación de los resultados de la ENED 2002 con relación al desempeño de los

sistemas estatales y nacional de salud también representa un avance digno de comentarse ya que, por primera vez, se presentan este tipo de resultados en un informe de carácter nacional.

Como un valor agregado a la elaboración y publicación de *Salud: México 2002*, el mismo documento se encuentra disponible en la página web de la Secretaría, donde todas las personas interesadas pueden obtenerlo, además de tener acceso a las diversas notas metodológicas y a las bases de datos utilizadas para la obtención de algunos de los indicadores presentados en el documento.

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

Hasta julio de 2003, esta dirección tenía la responsabilidad de estudiar y diseñar las políticas y estrategias organizativas y financieras en el área de los sistemas de salud para contribuir al desarrollo del sector. Esta dirección general se apoyó en 1 dirección general adjunta, en 4 direcciones de área, 5 subdirecciones y 1 secretario particular.

Las actividades más destacadas para el período de este informe se describen a continuación, relacionándolas con algunas de las líneas estratégicas del Programa Nacional de Salud:

Articular el marco de aseguramiento en salud.

Con el objetivo de consolidar el programa Seguro Popular de Salud como la principal estrategia para promover la incorporación de la población sin acceso a la seguridad social a un esquema público de aseguramiento en salud, la Coordinación General de Planeación Estratégica participó en el diseño de un marco más amplio de aseguramiento público en salud.

Como parte de lo anterior, se realizó un análisis de la situación financiera del sector salud, documentando 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 promoviera 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.

Derivado de este análisis, se trabajó en la propuesta de lo que sería posteriormente concebido como el Sistema de Protección Social en Salud, la cual se pretende que se convierta en la estrategia que permitirá alcanzar la cobertura universal en el acceso a los servicios mediante la incorporación de la población sin acceso a la seguridad social a un esquema público de aseguramiento.

De esta manera las principales actividades de la Coordinación se concentraron en el diseño de una nueva arquitectura financiera del sistema, así como en la estimación preliminar del impacto presupuestal de la reforma a nivel nacional y por entidad federativa. Es decir, se calcularon cifras bajo distintos escenarios que permitieran explorar las opciones de financiamiento que cumplieran con el objetivo de reducir los desequilibrios financieros observados.

Asimismo, la Coordinación General de Planeación Estratégica apoyó a la Dirección General de Asuntos Jurídicos en la elaboración de la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud mediante la cual se propuso crear el Sistema de Protección Social en Salud y se trabajó en dar respuesta a los comentarios sobre la iniciativa, integrando las aportaciones que surgieron en la discusión con diferentes sectores y entidades federativas.

Mediante la reforma a la Ley General de Salud, se busca incrementar el nivel de inversión en salud, reducir el gasto de bolsillo, promover mayor equidad en la asignación de recursos y establecer reglas explícitas para el financiamiento de la salud de la población no asegurada. Esto a través de un esquema de financiamiento tripartita en el que se establece una mayor corresponsabilidad entre la Federación y las entidades federativas y permite sentar las bases para lograr un sistema universal de aseguramiento en salud.

La Coordinación coadyuvó a la definición de las estrategias básicas para la implantación de esta reforma financiera y apoyo a articular la participación de las áreas relevantes de la Secretaría de Salud, así como de otros sectores de la Administración Pública Federal. Particularmente, colaboró en el proceso de establecer consenso sobre la propuesta con la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (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 congruencia en la política de salud.

Igualmente, se apoyo el trabajo cuantitativo sobre la reestructuración de los recursos destinados a la atención médica de la población no asegurada, así como aquéllos destinados a la población en general a través de actividades de salud pública, investigación y rectoría del sistema de salud. Como resultado de lo anterior, se propuso 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.

A partir de noviembre de 2002, fecha en que el Poder Ejecutivo envió la iniciativa de reforma al Congreso de la Unión, la Coordinación apoyó la difusión de la misma. Como parte de este proceso se proporcionó información más detallada que permitió una mayor comprensión de los alcances de esta iniciativa y enriqueció el proceso de discusión legislativa.

Posterior a la aprobación de esta reforma por el Congreso de la Unión en mayo de 2003, la Coordinación ha apoyado los trabajos para la elaboración de los contenidos de las disposiciones reglamentarias correspondientes, así como la definición e instrumentación de las estrategias de reingeniería presupuestal que se derivan de la Ley, incluyendo los esquemas de gradualidad mediante los cuales la Federación y las entidades aportarán recursos adicionales conforme las familias se incorporen al Sistema. Asimismo, destacan los trabajos técnicos en apoyo a la constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, la previsión presupuestal y la garantía de pago para la prestación de servicios entre entidades; así como el trabajo analítico y conceptual para definir los mecanismos mediante los cuales se deberán asignar los recursos federales a las entidades federativas para financiar los servicios de salud dirigidos a la persona y aquellos dirigidos a la comunidad.

### ***Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos***

Ante la necesidad de reformular un mecanismo de asignación de recursos federales para las entidades federativas que promueva una mayor equidad en el financiamiento para la población no asegurada, a partir de 2001 la Coordinación General de Planeación Estratégica apoyó 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. Lo anterior, mediante la coordinación del Grupo de Trabajo sobre Distribución Equitativa del Presupuesto e Indicadores de Desempeño y Resultado en el que han participado ocho entidades federativas (Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Jalisco, Nuevo León y Tamaulipas), así como otras áreas de la Secretaría de Salud a nivel federal.

Como resultado de los trabajos presentados en este grupo de trabajo, se obtuvo la propuesta de un nuevo mecanismo de asignación de recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del ramo 33, cuya principal meta es converger hacia una distribución más equitativa de los recursos. Además de considerar las necesidades de salud de la población, la propuesta reconoce la necesidad de promover una mayor participación por parte de las entidades federativas en el gasto estatal en salud y de tomar en cuenta el desempeño de 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 otorguen la prioridad debida a la inversión en salud, y al mismo tiempo, que haya un compromiso más homogéneo por parte de todas las entidades en el financiamiento de los servicios. Es decir, se busca promover que tanto la Federación y las entidades federativas 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.

En 2002, y como parte de la propuesta de reforma financiera en salud, los objetivos y componentes de dicho mecanismo fueron incorporados en dicha propuesta, la cual se hizo realidad en abril de 2003, mediante la aprobación de la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud por la cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud.

Bajo el nuevo título Tercero Bis contenido en la Ley General de Salud, se establece que el Gobierno Federal contribuirá con una aportación para las familias beneficiarias del Sistema de Protección Social en Salud mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, la cual deberá considerar las necesidades de salud, el esfuerzo estatal y el desempeño de las entidades.

### ***Culminar la descentralización de la Secretaría de Salud***

El proceso de descentralización de los servicios de salud para población no asegurada ha constituido uno de los pasos más importantes en la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, las necesidades de salud y los retos a los cuales se enfrenta actualmente nuestro sistema de salud, requieren de la adecuación del marco bajo el cual operan los servicios en las entidades federativa a fin de garantizar su capacidad de respuesta ante las expectativas de la población. Por ello, como parte del decreto de reforma a la Ley General de Salud, se prevé adecuar las reglas bajo las cuales se articula la relación entre el Gobierno Federal y las entidades federativas en términos de atribuciones y responsabilidades.

De esta manera, la Coordinación General de Planeación Estratégica ha colaborado en el marco de la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud, en la definición de las reglas para el financiamiento de los servicios en correspondencia con el nuevo esquema de aseguramiento en salud. Asimismo, ha participado en el intercambio y difusión de la iniciativa con el personal de las entidades a fin de garantizar que esta iniciativa llegue a todos los niveles de la operación de los servicios.

La Coordinación ha trabajado de manera cercana no sólo con los Servicios Estatales de Salud, sino también con los responsables de finanzas de las entidades a fin de precisar los objetivos de la reforma, difundir sus beneficios, recoger aportaciones por parte de las entidades y establecer un marco de financiamiento en el que tanto estados como federación sean coparticipes del financiamiento de la salud.

Una de las implicaciones inmediatas de la reforma es la adhesión de las entidades federativas al Sistema de Protección Social en Salud mediante la firma del acuerdo de coordinación correspondiente. Se ha trabajado en la elaboración del documento marco que servirá como insumo para el diálogo e intercambio con las entidades federativas y que permitirá definir el acuerdo de coordinación que será sujeto a firma de las entidades.

Como parte de este trabajo se busca también incorporar al acuerdo de coordinación los elementos necesarios para promover una mayor certidumbre y transparencia en la asignación de recursos, así como una mayor flexibilidad en el uso de los mismos a nivel local mediante la vinculación de la asignación con la consecución de objetivos claros en materia de salud. Lo anterior, en un marco que establezca lineamientos claros para la acreditación de unidades de salud y que promueva la evaluación del desempeño de los servicios, conforme a los objetivos planteados en el nuevo título Tercero Bis de la Ley General de Salud y el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

#### ***Municipalizar los servicios de salud***

Con motivo de los trabajos realizados por el Consejo Nacional de Salud y la relevancia del tema de la municipalización de los servicios de salud, se apoyó activamente a dicho Consejo en la elaboración de propuestas y conclusiones para un mejor desarrollo de dicho proyecto, para lo cual se aplicó un cuestionario en las entidades federativas para conocer los contenidos del proyecto de municipalización y su grado de avance. Los resultados y propuestas se publicaron en el "Informe del diseño de la encuesta: municipios y salud" y el "Informe de resultados de la encuesta: municipios y salud".

#### ***Fortalecer la coordinación intra e intersectorial***

Considerando que el fortalecimiento de la coordinación intra e intersectorial resulta de relevancia para asegurar el acceso a los servicios públicos de salud, se participó en la elaboración del Convenio Marco de Colaboración Interinstitucional, que fue aprobado el 14 de marzo de 2003 por los titulares del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud en el seno del Consejo de Salubridad General. Para esto se identificaron y presentaron las áreas de oportunidad que permitirían dar un impulso a la colaboración sectorial como son los servicios de tratamiento de radio-neurocirugía y de trasplantes. Asimismo, se apoyó la formalización del convenio de subrogación de servicios de atención médica en psiquiatría entre los Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud y el ISSSTE.

#### ***Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato***

Para dar cumplimiento a las premisas de esta línea de acción se inició y desarrolló la propuesta de suscribir convenios y bases de desempeño para los organismos descentralizados y órganos desconcentrados de la SSA con la SHCP, por medio de los cuales se diera congruencia a la modernización presupuestal al implantar la administración por resultados en instituciones públicas de salud. En 2003 se suscribirán un total de 12 convenios y 2 bases de desempeño con la SHCP. Para favorecer los trabajos de integración y suscripción se elaboró y distribuyó el "Informe: Guía para la elaboración del plan estratégico en hospitales"

y el "Informe: Guía para la elaboración del programa anual de trabajo". Adicionalmente a estos trabajos se participó en la instrumentación de una estrategia de gestión por contrato en el ISSSTE.

### *Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas*

Ante los beneficios de contar con información por producto hospitalario en el Sistema Nacional de Salud, se ha impulsado desde 2001 la 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 y que promueva el intercambio de servicios entre instituciones bajo reglas claras y homogéneas.

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 organización 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 garantizar las bases para generar información por producto hospitalario comparable entre instituciones, y aprovechar las sinergias que resultan de realizar acciones o tomar decisiones de manera conjunta. Asimismo, propuso considerar la implementación de sistemas de información por producto hospitalario como un proceso compuesto por diferentes fases: i) compartir información y experiencias entre instituciones; ii) elaborar 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 este último punto elaborar un programa de trabajo con acciones concretas para actuar conjuntamente.

Con fundamento en lo anterior, se elaboró un diagnóstico inicial de las tres instituciones y se analizó la factibilidad de obtener información sobre el producto hospitalario (específicamente sobre egresos hospitalarios) comparable entre ellas.

Con base en el diagnóstico, el Grupo de Trabajo decidió fortalecer las bases, enfocándose en las actividades primordiales para garantizar información confiable y de calidad, tales como el registro del egreso y la codificación de diagnósticos y procedimientos. De la misma manera, se consideró necesario iniciar la discusión en el tema de estimación de costos hospitalarios que permita en un futuro diseñar mecanismos para la compensación entre instituciones y de este manera informar la asignación presupuestal. Por este motivo se establecieron subgrupos de trabajo a partir de los siguientes temas:

- ▮ Registro de la actividad hospitalaria incluyendo la identificación de las características principales del egreso hospitalario a fin de agruparlos posteriormente con base en la complejidad de los casos atendidos y el uso de recursos asociados al evento;
- ▮ Codificación de diagnósticos y procedimientos brindados a los pacientes admitidos en las unidades hospitalarias; y
- ▮ Estimación de costos por egreso hospitalario.

Bajo el mismo enfoque de este esfuerzo de colaboración sectorial, se promovió la realización de estas mismas tareas en el Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Compensación en el cual participan nueve entidades (Coahuila, Distrito Federal, 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.

En materia de costos, se conformó un subgrupo de trabajo en el que participan diferentes expertos de la Secretaría de Salud y del IMSS, y cuyo principal resultado ha sido la definición de un conjunto o lista de servicios que pueda ser utilizado como punto de partida para la estimación de costos comparables entre instituciones. En el seno de este subgrupo de trabajo se han identificado los problemas asociados a la estimación de costos en los diversos contextos que operan las unidades de atención médica de las diferentes instituciones públicas de salud. Asimismo, se han identificado los elementos y criterios metodológicos de costeo que requieren de definiciones consensuadas a fin de garantizar la comparabilidad en la información.

Como resultado, se ha elaborado un marco general para la estimación de costos asociados a la lista de productos facturables, se han obtenido estimaciones de costos que podrán ser utilizadas como marco de referencia, y se han identificado aquellas áreas en las que se deberá trabajar en un futuro inmediato con las unidades a fin de desarrollar sistemas de costeo institucionalizados.

#### ***Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas***

Para apoyar la cooperación y la colaboración interestatal y entre el gobierno federal y las entidades federativas se realizó una recopilación y análisis de los convenios de colaboración intersectorial (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud) existentes en el país resultando en la elaboración del "Informe: Panorama de la colaboración sectorial en el Sistema Nacional de Salud", a partir del cual se desarrolló una propuesta de convenio para la subrogación de servicios de salud entre instituciones públicas de salud. En este mismo sentido, se brindó el apoyo a la consultoría técnica de FUNSALUD para la Reestructuración y Coordinación entre Instituciones Públicas de Salud y en la elaboración de una propuesta de convenio para la colaboración en materia de servicios de tratamiento de radio-neurocirugía entre el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía como prestador de servicios y el IMSS.

#### ***Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible la información pública a los ciudadanos***

En el marco de los esfuerzos realizados por la Secretaría de Salud a fin de propiciar la rendición de cuentas y hacer accesible a los ciudadanos y a otros organismos de gobierno información sobre del sector, la Coordinación de Planeación Estratégica comisionó al Centro de Investigación y Docencia Económicas A. C., la elaboración de un trabajo de investigación sobre el sistema de rendición de cuentas del sector salud en México.

El objetivo de este estudio fue elaborar un diagnóstico sobre la situación actual de la rendición de cuentas en el sector a fin de detectar sus fortalezas y debilidades, y sobre esta base realizar recomendaciones tendientes a mejorar el sistema, ya sea perfeccionando procesos y mecanismos en vigor o creando nuevos que llenen vacíos que dan lugar a cierta opacidad.

Dicho estudio se efectuó en dos fases, en la primera se realizó un análisis del marco legal de la rendición de cuentas, en la cual se revisaron las leyes, reglamentos, manuales y lineamientos que regulan la rendición de cuentas en el ámbito estatal y federal. La segunda etapa se concentró en el análisis de la

gestión administrativa a través de fuentes documentales: documentos disponibles de entidades fiscalizadoras como la Secretaría de la Función Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Presidencia de la República y la Auditoría Superior de la Federación, y de entrevistas con informantes clave vinculados a la aplicación de los procedimientos administrativos de rendición de cuentas.

Dentro de las conclusiones arrojadas por este trabajo se destaca que el sistema de rendición de cuentas del sector salud en México (ámbitos federal y estatal) limita la incidencia y eficacia del gasto público porque carece de un diseño homogéneo, integrado y eficiente para vigilar el desempeño del sector, garantizar el uso adecuado de los recursos presupuestales y de cuotas de recuperación, fiscalizar los procesos de compras de medicamentos y contratación de obra pública, y contar con un sistema verificable de indicadores de salud.

Lo anterior se debe en parte a que la rendición de cuentas gubernamental privilegia la formalidad sobre la sustancia -llenado de formatos, entrega oportuna de informes, etc.- en demérito de la revisión global de la lógica y operación del sistema, de la eficacia del gasto y de los resultados de la acción gubernamental. Por otro lado, la rendición de cuentas a los usuarios es muy limitada ya que los pacientes cuentan con poca información sobre la calidad y productividad de sus médicos y cuentan con libertad limitada para elegir a su médico y centro de atención y para promover denuncias en caso de mala atención médica.