

Sistema de Protección Social en Salud

Estrategia de Evaluación



Dirección General de Evaluación del Desempeño
Subsecretaría de Innovación y Calidad
Secretaría de Salud
México

• 2005 •

Sistema de Protección Social en Salud

Estrategia de Evaluación



Contenido

Introducción	7
I. Antecedentes	11
II. Objetivos del Sistema de Protección Social en Salud	17
III. Monitoreo y Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud	19
IV. Componentes de la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud	21






Introducción

México está ofreciendo seguro de salud a sus 100 millones de habitantes. La cobertura universal constituye un aspecto clave de un ambicioso paquete de reformas diseñado para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, el cual debe garantizarse con base en las necesidades de los ciudadanos e independientemente de su nivel de ingreso, lugar de residencia, origen étnico o condición laboral. Además de contar con un sólido fundamento ético, la reforma constituye un estímulo importante para el progreso económico de México, la novena economía más grande del mundo.


Antes de la actual reforma, cerca de la mitad de la población de México carecía de seguro de salud y más de la mitad del costo de la atención médica en el país se financiaba con gastos de bolsillo. Como resultado de lo anterior, cada año alrededor de cuatro millones de familias incurrían en gastos excesivos asociados a la atención de su salud.

La reforma mexicana se diseñó para corregir tanto la carencia de protección financiera, como la creciente disparidad entre las necesidades de salud de los ciudadanos y la evolución del sistema de salud. A lo largo de las décadas pasadas México experimentó un dramático cambio epidemiológico. Del predominio de las enfermedades infecciosas, la desnutrición y otras condiciones asociadas con la pobreza en áreas rurales, se pasó al predominio de las enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardíacas y otros problemas típicos de poblaciones urbanas y en proceso de envejecimiento.

El financiamiento de la salud no ha reflejado esta cambiante realidad. Antes de la reforma, México invertía únicamente 5.8% del PIB en salud, equivalente a \$357 dólares per cápita. Este nivel de gasto en salud es notablemente más bajo que el 14% del PIB que se invierte en los Estados Unidos de América, equivalente a 4,500 dólares per cápita en el 2000, y aún menor que el 6.1% del PIB que se invierte en promedio en América Latina.



Sistema de Protección Social en Salud



La meta principal de la reforma mexicana es asegurar que cada individuo se cubra y atienda de forma equitativa. La reforma garantiza que toda familia, incluyendo las más pobres, cuente con protección contra el riesgo de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud. También garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud que comprende todas las intervenciones costo-efectivas y socialmente aceptables. Este paquete incluye atención ambulatoria y hospitalaria para medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, servicios pediátricos y geriátricos, así como exámenes anuales preventivos y medicamentos para cubrir los tratamientos, incluyendo los medicamentos para los padecimientos crónicos.

El plan de seguro universal, denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se convirtió en ley en la primavera de 2003 y entró en operación en enero de 2004. A finales del primer año de operación, su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS), contaba ya con más de 1.5 millones de familias mexicanas afiliadas –cerca de 5 millones de personas–. A través del incremento del gasto público en salud de 1% del PIB, el proceso de afiliación continuará en los próximos seis años con la afiliación de 1.5 millones de familias por año hasta alcanzar la cobertura universal en 2010.

En este documento se presentan los contenidos y los actores del proceso de evaluación de esta reforma. El objetivo de este ejercicio es analizar en qué medida se está avanzando hacia el cumplimiento de los objetivos del SPSS. Se busca identificar los procedimientos exitosos para insistir en ellos y detectar los problemas para ajustar la implantación de la reforma. La evaluación constituye asimismo un instrumento que facilitará la rendición de cuentas: ante el poder legislativo, los medios de comunicación y la ciudadanía.

El diseño de esta evaluación estuvo a cargo del Instituto Ellison de la Universidad Harvard. Esta propuesta de evaluación se desarrolló en estrecha colaboración con el Dr. Héctor Hernández Llamas y la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (DGED). La recopilación de la información primaria estará a cargo fundamentalmente del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) o una empresa que se contratará para ese fin. El análisis de la información lo compartirán el Instituto Ellison, el INSP y la DGED. Colaboran como áreas de apoyo en esta tarea la Dirección General de Información en

Estrategia de Evaluación

Salud (DGIS), la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), y la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP) de la Secretaría de Salud, y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Estos grupos contarán con la colaboración de un comité de asesores externos especialistas en desarrollo social. La coordinación general de este ejercicio quedó en manos de la DGED.





I. Antecedentes

A pesar de los avances de la seguridad social, la mitad de los hogares mexicanos carecen de seguro de salud. Por esta razón, cuando estas familias presentan problemas de salud, se ven obligadas a pagar de su bolsillo por la consulta, los estudios diagnósticos, los medicamentos, las intervenciones terapéuticas y la hospitalización. Esto las expone al riesgo de sufrir gastos excesivos. En casos extremos, algunos hogares, por falta de recursos, se ven obligados a postergar su atención. Según los cálculos más recientes, entre 3 y 4 millones de hogares mexicanos incurren en gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud (Figura 1).

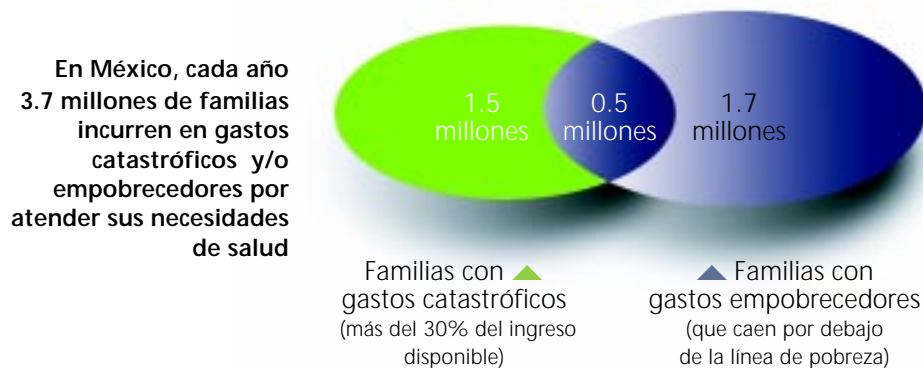


Figura 1. Familias mexicanas con gastos catastróficos y empobrecedores

El SPSS, cuyo brazo operativo es el SPS, busca extender el aseguramiento en materia de salud a todos los mexicanos a través de la creación de un sistema integrado por tres seguros públicos: el seguro de enfermedades y maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para los asalariados del sector privado de la economía; el seguro médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para los trabajadores del sector público, y el SPS, para los trabajadores no asalariados y los desempleados, así como para sus familias.



Sistema de Protección Social en Salud

<i>Seguros Públicos</i>	<i>Aportadores</i>		
Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS	Obrero	Patrón	Estado Nacional (cuota social)
Seguro Médico del ISSSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)
Seguro Popular de Salud	Familia	Gobierno Estatal / Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)

Cuadro I. Nueva arquitectura financiera del sector salud mexicano

Como puede observarse en el cuadro I, la propuesta es que los tres seguros cuenten con una estructura financiera tripartita similar a la del IMSS. En el caso del ISSSTE, el cambio principal consisten en distinguir entre las obligaciones del gobierno federal como empleador y lo que debe ser una aportación uniforme del Estado nacional al aseguramiento de cada ciudadano (cuota social). El SPS también se financia de manera parecida: primero, una aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, es cubierta por los gobiernos estatales y federal; tercero, una aportación familiar análoga a la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.

Es importante resaltar el papel que juega la aportación del Estado nacional, establecida inicialmente en la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997. Por cada persona afiliada al IMSS, el Estado aporta el valor actualizado de 13.9% de un salario mínimo general anual del Distrito Federal que se ajusta periódicamente según la inflación. En el momento actual esta cuota equivale aproximadamente a 2,400 pesos por cotizante por año. Esta aportación había estado limitada a los trabajadores del sector privado formal de la economía, lo que había producido que los asegurados del IMSS recibieran casi dos veces más recursos públicos que la población no asegurada, hecho incompatible con un sistema en donde todos los ciudadanos gozan de los mismos derechos. Con la reforma a la Ley General de Salud, esta cuota social beneficiará también a los afiliados al SPS.

A la cuota social se suman las aportaciones solidarias estatal y federal, y la aportación familiar. La aportación solidaria estatal mínima equivale a la mitad de la cuota social (alrededor de 1200 pesos). La aportación solidaria federal equivale a 1.5 veces la cuota social (alrededor de 3600 pesos). Estos últimos recursos proceden del actual Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33), que ya financia la mayor parte de las actividades de salud

Estrategia de Evaluación

de las entidades federativas. Finalmente, la aportación familiar es proporcional a la condición económica de los hogares afiliados, siendo de cero para las familias de los deciles I y II.

A partir de enero de 2004 comenzó a integrarse a este esquema de protección social en salud 14.3 % de la población no asegurada (aunque en 2002 y 2003 se habían incorporado alrededor de 750 mil familias al programa piloto). En los próximos años se espera integrar anualmente el mismo porcentaje, de tal manera que en 2010 todos los mexicanos tendrán la oportunidad de contar con un seguro de salud.

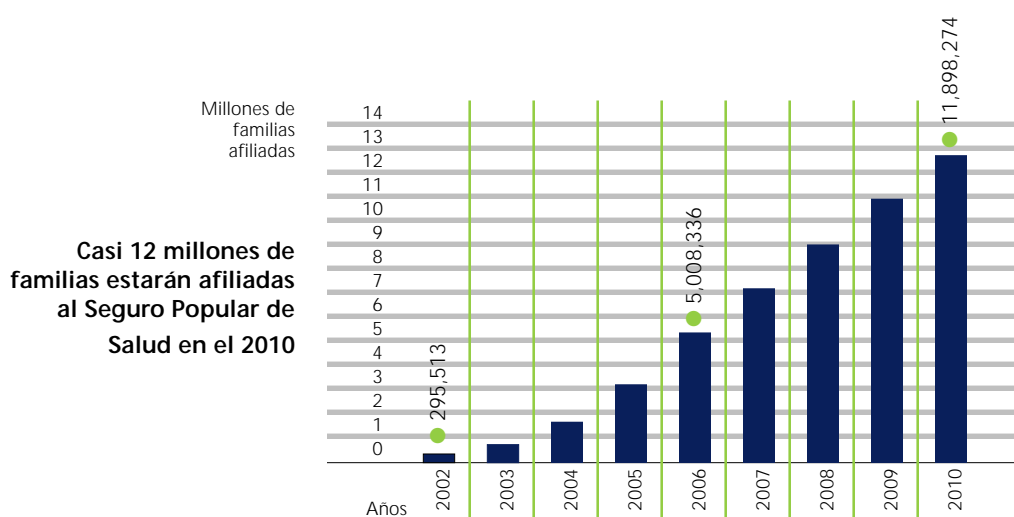


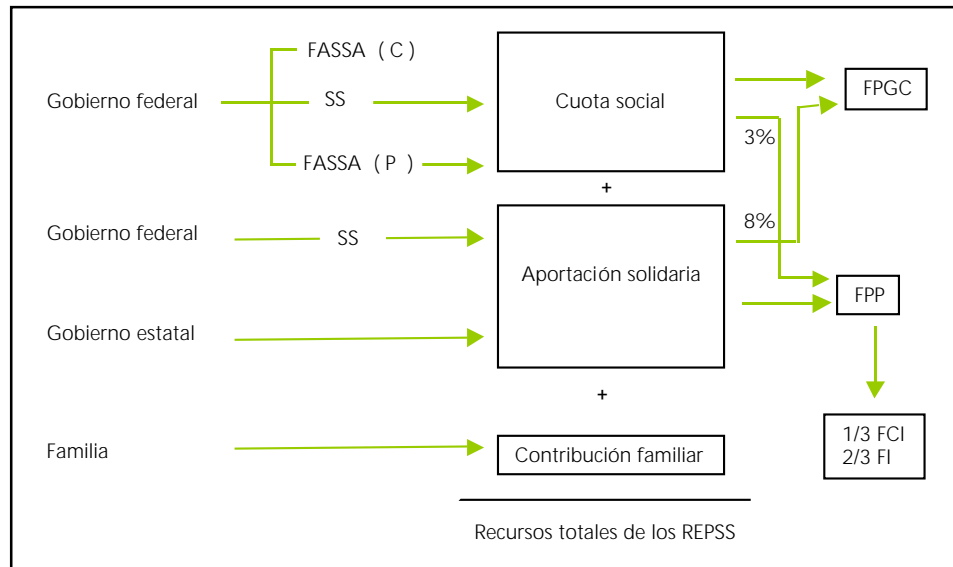
Figura 2. Número de familias afiliadas al SPS 2002-2010

Para fines de financiamiento, los servicios ofrecidos por el SPS se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los servicios esenciales son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) (véase Anexo), se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, y se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) (véase Cuadro). Este catálogo incluye atención ambulatoria y hospitalaria, y medicamentos para medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y geriatría, así como exámenes anuales preventivos. Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad y se financian a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).*

* El FPGC cubre un paquete de servicios definidos por medio de un análisis de costo-efectividad que será puesto el día cada año con base en los cambios del perfil epidemiológico, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.

Sistema de Protección Social en Salud

El FPCG se constituye con el 8% de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, así como otras fuentes de recursos (intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales) (Figura 3).



FASSA (C): Fondo de Aportación para los Servicios de Salud a la Comunidad
 FASSA (P): Fondo de Aportación para los Servicios de Salud a la Persona
 SS: Secretaría de Salud
 REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
 FPGC: Fondo contra Gastos Catastróficos
 FPP: Fondo de Previsión Social
 FCI: Fondo de Compensación Interestatal
 FI: Fondo para Infraestructura

Figura 3. Flujos financieros del SPSS

Además del FPGC, el SPSS cuenta con un fondo, equivalente al 2 % de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal, que se dedicará a la promoción de infraestructura en las comunidades pobres, y otro fondo de reserva, igual al 1 % de esa misma suma, que cubrirá las fluctuaciones en la demanda y los pagos temporalmente retrasados dentro de los estados.

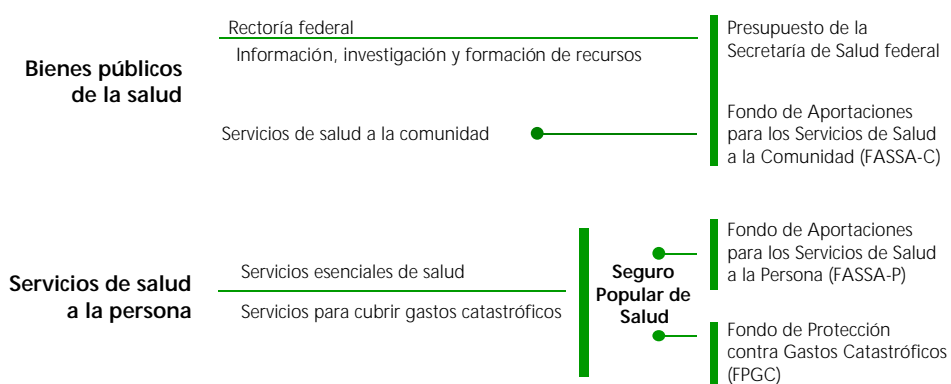
Lo que resta de la cuota social y de las contribuciones solidarias federal y estatal (más del 90% de los recursos del SPS) se asignan a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales del SPS. A estos recursos se suman

Estrategia de Evaluación

las contribuciones familiares, que, al igual que la contribución solidaria estatal, se recabarán a nivel estatal.

Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores. El financiamiento para los estados estará determinado en gran medida por el número de familias afiliadas al SPS y por lo tanto será orientado por la demanda. La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que además de democratizar el presupuesto constituye un incentivo para fortalecer el sistema de atención a la salud y proveer servicios de la mejor calidad posible, ya que sólo se reafiliarán las familias satisfechas con los servicios recibidos.

Una innovación adicional del SPSS es que explícitamente separa el financiamiento de los servicios de salud a la persona de los servicios a la comunidad o servicios de salud pública (Cuadro II). Al crear un fondo separado para estos últimos (Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad), la reforma asegurará un adecuado financiamiento de los bienes públicos de la salud (rectoría, información, investigación, formación de recursos humanos y servicios de salud a la comunidad). Esta es una innovación importante, ya que varias reformas en otros países han descuidado las actividades de salud pública.



Cuadro II. Correspondencia entre tipos de bienes de la salud y los fondos

El Decreto del 13 de mayo de 2003 por el que se reforma la Ley General de Salud, señala, en el Artículo 77 Bis 5 Fracción XVII, que es obligación del Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, "evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y coadyuvar en la

Sistema de Protección Social en Salud

fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipo” .

Asimismo, en las Reglas de Operación del SPSS, publicadas en el *Diario Oficial* el 4 de julio de 2003, se señalan las obligaciones que en materia de evaluación tiene la Secretaría de Salud. En este documento se indica que el seguimiento y la evaluación del SPSS incluye:

1. la observación continua de las principales actividades del SPS a través de un grupo de indicadores específicos que pretenden ayudar a ajustar, en el momento, dichas actividades para garantizar la consecución de las metas operativas del programa, y
2. la evaluación periódica de su eficiencia, resultados e impacto con el fin de determinar en qué medida se están alcanzando los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre lo obtenido y lo esperado.



II. Objetivos del Sistema de Protección Social en Salud

Los principales objetivos del SPSS cuyo cumplimiento habrá de evaluarse son los siguientes:

1. *eliminar* las barreras financieras al acceso a las intervenciones incluidas dentro del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES);
2. *mejorar* el acceso a servicios de calidad técnica, y a los medicamentos y otros insumos requeridos para satisfacer las necesidades de salud de la población afiliada al SPS;
3. *garantizar* un trato adecuado a los usuarios de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS;
4. *reducir* los gastos de bolsillo por motivos de salud en los hogares afiliados al SPS;
5. *reducir* los gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud en los hogares afiliados al SPS, y
6. *impulsar* la cultura del aseguramiento contra riesgos para la salud (la disposición a prepagar) entre la población actualmente no asegurada.



III. Monitoreo y Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud

La evaluación del SPSS se diseñó para medir y explicar en qué medida y con que eficiencia se están alcanzando las metas y objetivos de este sistema. Este tipo de estudios permite adecuar las estrategias de operación y las políticas relacionadas con el SPSS, y contribuye a los procesos de transparencia y rendición de cuentas.

La evaluación del SPSS será responsabilidad de la DGED de la Secretaría de Salud y se caracterizará por ser:

- *normativa*, ya que establecerá métodos, criterios y procesos de evaluación homogéneos a nivel nacional;
- *dinámica*, ya que se adecuará a los cambios que la misma operación del sistema requiera, y
- *participativa*, ya que involucrará a las autoridades de salud de los distintos órdenes de gobierno, a los prestadores de servicios y a la población en su conjunto.


Las actividades de evaluación deben distinguirse del monitoreo regular de los indicadores de seguimiento, que es indispensable para la gerencia cotidiana de las actividades del SPSS. Estas actividades de monitoreo son responsabilidad de las áreas encargadas de la operación del SPS.

Las actividades de evaluación pueden, por su parte, dividirse en dos grandes áreas:

1. la evaluación indirecta del Seguro Popular de Salud y
2. la evaluación *ad hoc* externa del SPSS.



Sistema de Protección Social en Salud



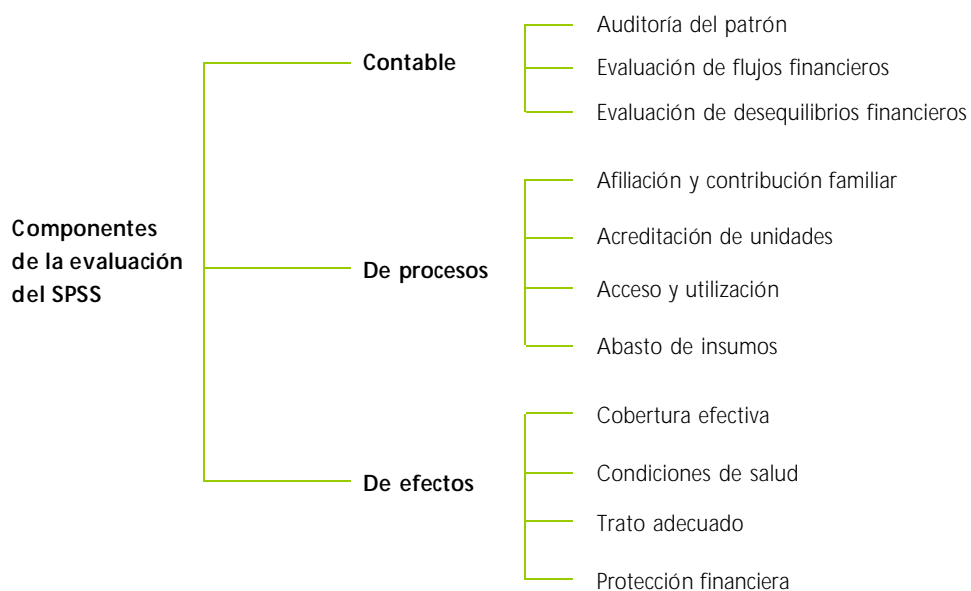
La evaluación indirecta es la que se lleva a cabo mediante el seguimiento de los indicadores básicos de desempeño de los Sistemas Nacional y Estatales de Salud, que incluyen indicadores de condiciones de salud, trato y protección financiera. Esta evaluación se llevó a cabo en 2003 a través de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2003-2004, cuyos resultados se presentaron en el informe *Salud: México 2002*.

La evaluación *ad hoc* externa, que será coordinada por la DGED, será diseñada en sus detalles e implementada por una o varias agencias externas contratadas *ex profeso* de acuerdo con lo que señala la normatividad de la administración pública federal. Esta evaluación externa incluye varios componentes (contable, de procesos y de efectos) y en algunos de ellos se contempla una medición basal en 2005 y una medición final en el año 2006.



IV. Componentes de la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud

La creación y puesta en operación del SPSS implica el desarrollo de acciones financieras y gerenciales que tienen impacto sobre el acceso y la utilización de servicios, las condiciones de salud de la población y la situación financiera de los hogares. Por esta razón, el modelo de evaluación del SPSS contará con tres componentes: contable, de procesos y de efectos.



Cuadro III. Componentes de la evaluación del SPSS



Evaluación Contable

Esta evaluación medirá la magnitud, la distribución por entidad federativa, los flujos y el ejercicio por componentes (gasto administrativo y gasto en atención directa a la salud) de los recursos financieros asignados al SPS, y el impacto de la implantación del SPS en los desequilibrios financieros que dieron origen a las reformas a la Ley General de Salud de 2003.

Los principales objetivos de esta evaluación son los siguientes:

- i) contribuir a garantizar un manejo correcto y transparente del padrón de afiliados al SPS;
- ii) ayudar a agilizar los flujos financieros del SPSS de tal manera que los recursos de las distintas fuentes lleguen a los diversos fondos en la cantidad y con la oportunidad acordada;
- iii) contribuir a un ejercicio estatal de los recursos que se apegue a lo señalado en la Ley General de Salud y al Reglamento del SPSS, y
- iv) identificar el impacto del SPSS en los desequilibrios financieros que motivaron la reforma de 2003 a la Ley General de Salud.

La evaluación del componente financiero contemplará, entre otras acciones, la revisión de las auditorías a los padrones estatales que está llevando a cabo la CNPSS; el monitoreo de los subsidios federales a los estados; la evaluación de los esfuerzos estatales para cumplir con sus obligaciones financieras con el SPSS; la evaluación de la utilización de los recursos asignados a la operación estatal del SPS, y el análisis de la evolución de las cuentas nacionales y estatales de salud.

Es importante señalar que los resultados de esta evaluación financiera deberán distinguirse de los informes que la Secretaría de Salud debe presentar al Congreso de la Unión sobre el uso de los recursos del SPSS, en general, y de los recursos de los diversos fondos en particular. Esto de acuerdo con lo señalado, entre otros, en los Artículos 77 Bis 18, 77 Bis 20 y 77 Bis 31 del Decreto del 13 de mayo de 2003 por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Estos últimos informes son responsabilidad de la CNPSS.

Estrategia de Evaluación

Indicadores

Dentro de los indicadores que se utilizarán en esta evaluación se incluyen los siguientes:

- Distribución absoluta y porcentual de las aportaciones financieras al SPS por aportante
- Distribución absoluta y porcentual de las aportaciones financieras al SPS por entidad federativa
- Distribución de los recursos financieros del SPS por rubros de gasto
- Nivel de cumplimiento de las transferencias de la cuota social trimestral a los estados
- Razón entre los recursos autorizados y ejercidos por las Secretarías de Finanzas Estatales para el SPS
- Distribución absoluta y porcentual de los recursos del Fondo de Gastos Catastróficos por entidad federativa e intervención
- Incremento en el quinquenio 2000-2005 del gasto en salud como porcentaje del PIB
- Cambio en la distribución porcentual del gasto en salud entre el gasto público y privado
- Disminución del gasto de bolsillo en salud

Evaluación Contable

Nivel del Estudio, Responsable y Producto

Nivel del estudio: Estatal y nacional

Fuente de información: Visitas de verificación a hogares afiliados, registros financieros del SPSS y Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud

Responsable: Consultora externa especialista en asuntos contables y financieros

Producto: Informe sobre padrón, informe del análisis de los flujos financieros del SPSS e informe de impacto del SPSS en los desequilibrios financieros que dieron origen a la reforma de 2003



Evaluación de Procesos

Este componente medirá el desempeño operativo del SPS, incluyendo los procesos de afiliación y contribución familiar (revisión de los instrumentos de clasificación de las familias por decil de ingreso; revisión de los criterios para fijar contribuciones familiares por decil de ingreso; porcentaje de re-afiliación; causas de no re-afiliación); acreditación de unidades que prestan servicios a los afiliados al SPS; acceso y utilización de servicios; trato recibido en las unidades que proporcionan servicios a los afiliados al SPS, y abasto de medicamentos y otros insumos en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS.

Los principales objetivos de este componente son los siguientes:

- i) contribuir a garantizar una clasificación objetiva de las familias afiliadas al SPS por decil de ingreso;
- ii) contribuir a fijar las contribuciones familiares al SPS de manera equitativa;
- iii) facilitar la acreditación de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS;
- iv) ayudar a eliminar las barreras financieras, organizacionales y culturales que los afiliados al SPS pudieran enfrentar en el acceso a los servicios;
- v) contribuir a garantizar un trato adecuado a los usuarios de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS;
- vi) contribuir a garantizar un abasto y una prescripción adecuados de los medicamentos y otros insumos incluidos en el CASES en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS.

La evaluación de los principales procesos que lleva a cabo el SPS contemplará, entre otras acciones, la revisión de los instrumentos que actualmente se utilizan para la clasificación de las familias afiliadas por decil de ingreso; la revisión de los mecanismos para fijar las contribuciones familiares de acuerdo con el decil de ingreso; la revisión de los registros regulares del SPS para evaluar en qué medida se está afiliando a la " población blanco " ; el estudio de los procesos de acreditación de las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS; la revisión de los registros regulares del SPS y del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) para medir los cambios que pudieron haberse dado en el acceso y los patrones de utilización de los servicios de las Secretarías Estatales de Salud a raíz de la implantación del SPS; la realización de encuestas de trato en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS, y la realización de

Estrategia de Evaluación

visitas de verificación de abasto y prescripción de algunos de los medicamentos e insumos incluidos en el CASES en unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS.

En general se compararán los niveles de acceso y utilización de la población afiliada al SPS con los de la población sin protección social en salud y, en algunos casos, con los de la población con seguridad social. Lo mismo sucederá con el trato recibido. La calidad de la atención y los niveles de abasto de medicamentos y otros insumos en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS se compararán con el de las unidades de las secretarías estatales de salud que no ofrecen servicios a los afiliados al SPS y con las unidades de la seguridad social.

Indicadores

Afiliación y pago


- Número de afiliados al SPS por entidad federativa
- Porcentaje de cumplimiento de las metas de afiliación por entidad federativa
- Afiliados al SPS como porcentaje de la población estatal sin seguridad social
- Distribución porcentual de la población afiliada SPS por grupos de ingreso por entidad federativa
- Tasa de re-afiliación por entidad federativa
- Principales motivos de no re-afiliación por entidad federativa

Acceso y utilización de servicios

- Tiempo de traslado a la unidad de salud
- Porcentaje de pacientes afiliados con expediente clínico, cartilla y examen anual
- Porcentaje de población afiliada que utilizó los servicios de medicina ambulatoria
- Principales causas de consulta en servicios ambulatorios
- Promedio diario de consultas por médico en atención ambulatoria
- Porcentaje de partos en la población afiliada atendidos institucionalmente
- Porcentaje de partos atendidos por cesárea
- Porcentaje de niños <5 años sujetos a vigilancia de nutrición, crecimiento y desarrollo
- Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad
- Cobertura de vacunación en mujeres embarazadas
- Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con prueba de detección de cáncer cérvico-uterino
- Porcentaje de pacientes diabéticos con seguimiento clínico activo
- Porcentaje de pacientes hipertensos con seguimiento clínico activo



Sistema de Protección Social en Salud

- 
- Porcentaje de pacientes tuberculosos que completan el tratamiento
 - Porcentaje de población afiliada que utilizó los servicios de atención hospitalaria
 - Principales causas de hospitalización
 - Tiempo promedio de espera para recibir una intervención quirúrgica incluida en el paquete de beneficios del SPS


Calidad de la atención y acreditación

- Porcentaje de unidades y hospitales que ofrecen servicios a los afiliados al SPS que están acreditadas
- Porcentaje de especialistas certificados en hospitales que ofrecen servicios a los afiliados al SPS
- Existencia de protocolos clínicos para las principales causas de atención ambulatoria
- Existencia de protocolos clínicos para las principales causas de egreso hospitalario
- Promedio de días estancias por diagnóstico de egreso específico
- Porcentaje de complicaciones por causas específicas

Abasto de medicamentos y surtimiento de recetas

- % promedio de abasto de medicamentos y otros insumos incluidos en el CASES en unidades de atención ambulatoria
- % promedio de abasto de medicamentos y otros insumos incluidos en el CASES en unidades hospitalarias
- Número promedio de medicamentos por receta en atención ambulatoria
- Número promedio de medicamentos de administración parenteral por receta en atención ambulatoria
- % recetas prescritas en atención ambulatoria que incluyen antibióticos

Satisfacción y trato

- 
- % usuarios satisfechos con los servicios recibidos
 - % usuarios que recomendarían la afiliación al SPS
 - % usuarios satisfechos con los tiempos de espera en urgencias y atención ambulatoria
 - % usuarios satisfechos con las condiciones de las comodidades básicas
 - % usuarios satisfechos con la información recibida
 - % usuarios satisfechos con su participación en la toma de decisiones relacionadas con su salud
 - % usuarios satisfechos con el acceso a redes sociales de apoyo en hospitalización

Estrategia de Evaluación

Evaluación de Procesos

Nivel del Estudio, Responsable y Producto

Nivel del estudio: Estatal en ciertos subcomponentes y nacional en otros

Fuente de información: Registros SPSS, registros del SNIS, encuestas de trato y satisfacción, y visitas de verificación

Responsable: HIGH, INSP, DGED

Producto: Informe sobre instrumentos de clasificación y contribución familiar; informe sobre el proceso de acreditación de unidades; informe sobre utilización de servicios; informe sobre trato y calidad de la atención; informe sobre abasto y prescripción de medicamentos


Evaluación de Efectos

La evaluación de efectos tendrá como objetivo medir el grado en que el SPSS está contribuyendo a alcanzar los objetivos básicos de todo sistema de salud: mejorar las condiciones de salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y garantizar protección financiera en materia de salud. Esta evaluación incluirá también la medición del grado en que se está alcanzando un objetivo instrumental, pero extraordinariamente importante para alcanzar los objetivos últimos de un sistema de salud: la cobertura efectiva.

Cobertura efectiva

La cobertura efectiva es un objetivo intermedio de los sistemas de salud que se ubica entre los insumos y los resultados últimos. Se define como aquella fracción de ganancia potencial en salud de una población que puede atribuirse al sistema de salud.

La cobertura efectiva puede medirse para intervenciones individuales o para el sistema en su conjunto. En el caso de esta evaluación se propone medir la cobertura efectiva de 15 intervenciones incluidas en el CASES. Para ellos se utilizarán diversas fuentes de información, incluyendo la Encuesta Nacional de Salud 2000, la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003,



el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios y otros registros regulares del Sistema Nacional de Información en Salud. Asimismo se llevarán a cabo encuestas en 38,000 hogares que recogerán información sobre diversas condiciones de salud, que además incluirán mediciones sobre hipertensión arterial, glucosa y colesterol en sangre, y hemoglobina glicosilada. Esta información también se utilizará como insumo para las mediciones de cobertura efectiva.


Indicadores

- Cobertura efectiva de la atención prenatal
- Cobertura efectiva del parto
- Cobertura efectiva de la diarrea
- Cobertura efectiva de las infecciones respiratorias agudas
- Cobertura efectiva de la hipertensión arterial
- Cobertura efectiva de la diabetes

Condiciones de salud

Los efectos de cualquier programa en las condiciones de salud de una población no son fáciles de medir por dos razones: i) porque con frecuencia el tiempo de implantación del programa no es suficiente para generar cambios medibles en las condiciones de salud y ii) porque si estos cambios se llegan a producir y son susceptibles de medición, es difícil determinar qué fracción de las mejoras en salud pueden atribuirse directamente a la implementación del programa.

No obstante esto, se propone medir diversas condiciones de salud con dos propósitos: i) la comparación de los niveles basales de salud entre población asegurada y no asegurada, y ii) el uso de la medición 2005 como referencia basal para mediciones que pudieran llevarse a cabo en dos o tres años, cuando hubiese transcurrido tiempo suficiente de intervención para esperar cambios en estos indicadores.



Dentro de los indicadores que se utilizarán para medir el efecto del SPS sobre las condiciones de salud destaca la esperanza de vida saludable, que se medirá haciendo uso de la información que se recogerá en las encuestas de hogares que se ubica en la sección de auto-percepción de ocho dominios de salud: movilidad, visión, cognición, auto-cuidado, actividades personales, afecto, sueño y dolor.

Estrategia de Evaluación

También se harán comparaciones de las tasas de mortalidad general por sexo y edad entre la población no asegurada, la población con seguridad social y la población afiliada al SPS. La información para llevar a cabo este ejercicio se recogerá de los certificados de defunción.

Finalmente, con el fin de identificar perfiles epidemiológicos particulares, se harán comparaciones en mortalidad por causas específicas entre la población afiliada al SPS, la población con seguridad social y la población no asegurada.

Indicadores

- Esperanza de vida saludable
- Mortalidad general por sexo y edad
- Número de muertes maternas
- Mortalidad por cáncer cérvico-uterino
- Mortalidad por cáncer de mama
- Edad media de muerte de los pacientes diabéticos
- Edad media de muerte de los pacientes hipertensos
- Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

Trato adecuado

Además de mejorar las condiciones de salud de su población de responsabilidad, los sistemas de salud deben ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, tanto curativos como preventivos y de promoción de la salud. Esto significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. También supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer nivel en la que se desear recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos de espera razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes sociales de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Para su operacionalización, el trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud se desagrega, siguiendo la propuesta de la OMS, en ocho dominios, cuatro de ellos directamente relacionados con derechos humanos fundamentales y otros cuatro relacionados con la orientación al cliente de estos servicios. Los ocho ámbitos son los siguientes:

Sistema de Protección Social en Salud

- *Autonomía.* Se refiere a la capacidad de los usuarios para intervenir en la toma de decisiones con respecto a su salud.
- *Trato digno.* Se refiere al trato con respeto a su dignidad que deben recibir los usuarios, visualizándolos en todo momento como personas en plenitud de derechos y no simplemente como pacientes.
- *Comunicación.* Se refiere al tiempo y las condiciones para que el paciente pueda hacer todas las preguntas que considere necesarias y el derecho a recibir las respuestas que les aclaren todas las dudas con respecto a su salud y las opciones de tratamiento.
- *Confidencialidad.* Se refiere al cuidado y confidencialidad con la que se debe manejar la información de carácter médico y la obligación de no divulgarse sin el consentimiento expreso del usuario.
- *Atención pronta.* Se trata del tiempo transcurrido desde que se inicia el proceso de búsqueda de atención hasta que ésta se recibe.
- *Capacidad de elección.* Se refiere a la posibilidad de elegir en dónde atenderse y con qué médico hacerlo.
- *Condiciones de los servicios y las comodidades básicas.* Se refiere a las condiciones de amplitud, iluminación y limpieza de las salas de espera, consultorios y habitaciones, así como de la calidad de los alimentos servidos en condiciones de hospitalización, y a la limpieza y mantenimiento de camas y blancos.
- *Acceso a redes de apoyo social.* Tiene que ver con el derecho de los individuos hospitalizados a gozar de facilidades para recibir la visita de familiares y amigos.

Indicadores

- % usuarios que califican la limpieza de las instituciones como buena
- % usuarios que reciben información adecuada sobre su padecimiento
- % usuarios que reciben información adecuada sobre su tratamiento
- % usuarios que opinan que reciben un trato digno
- % usuarios que perciben como adecuada la confidencialidad en el manejo de la información
- % usuarios con acceso a redes sociales de apoyo durante su hospitalización

Estrategia de Evaluación

Protección financiera

Protección financiera significa, en términos prácticos, garantizar que todos los individuos cuenten con acceso regular a servicios básicos de salud de calidad independientemente de su capacidad de pago; no tener que postergar la atención médica por falta de recursos económicos, y minimizar el riesgo de incurrir en gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud.

Para esta evaluación se sugiere analizar la protección financiera siguiendo los siguientes pasos: i) la medición del gasto en salud; ii) la medición de los componentes del gasto; iii) la medición del porcentaje de hogares con gastos catastróficos, y iv) la medición del índice de justicia financiera.

La medición del gasto en salud permite cuantificar el gasto de bolsillo y el gasto en seguros de salud, así como la posible postposición de la atención por motivos financieros. También permite determinar si el gasto en salud se financia a través del ingreso corriente, el ahorro monetario, el endeudamiento, la venta de bienes del hogar o sacrificando algún otro gasto familiar básico, como la alimentación, la vivienda, la educación o la diversión.

En seguida se sugiere medir la distribución del gasto en salud en tres componentes: medicamentos, atención ambulatoria y atención hospitalaria.

En tercer lugar es necesario medir el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud. Los gastos catastróficos se definen como aquellos gastos en salud que representan más del 30 por ciento del ingreso disponible de los hogares, que a su vez se define como el remanente del gasto total del hogar una vez descontados los gastos en alimentación, vivienda y educación.

Finalmente, el índice de justicia en la contribución financiera permite medir el grado de equidad en el financiamiento de los servicios de salud. Según la OMS, un sistema de salud es equitativo cuando todos los hogares contribuyen con un porcentaje similar de sus ingresos al financiamiento de la atención a la salud.

Se sugiere que estos componentes de la evaluación de la protección financiera se estimen con base en la propuesta metodológica de la OMS y haciendo uso, como fuente de información, de una encuesta *ad hoc*. Al igual que con otros



Sistema de Protección Social en Salud

componentes de esta evaluación, el uso de la metodología de casos y controles puede ser útil. En este caso se podrían comparar los resultados en términos de protección financiera entre hogares afiliados y no afiliados al SPS.

Indicadores

- % familias que renunciaron o postergaron la atención de su salud por falta de recursos financieros
- Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud
- Gasto de bolsillo por grandes rubros de gasto (atención ambulatoria, hospitalaria y medicamentos) como porcentaje del gasto total de bolsillo
- Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del ingreso disponible
- % hogares con gastos catastróficos por motivos de salud
- % familias que vendieron activos familiares para pagar la atención de su salud
- % familias que se endeudaron para poder pagar la atención de su salud

Evaluación de Efectos

Nivel del Estudio, Responsable y Producto

Nivel del estudio: Conglomerados, estatal y nacional

Fuente de información: Registros SPSS, registros del SNIS, certificados de defunción, encuestas en hogares

Responsable: HIGH, INSP, DGED

Producto: Informe sobre evaluación de efectos (cobertura efectiva, condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera)

