

Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009

RESUMEN EJECUTIVO



Instituto Nacional
de Salud Pública



La evaluación externa del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se lleva a cabo anualmente de acuerdo con la normatividad del propio programa, para dar cuenta de los avances y retos en su operación. En la evaluación de 2009 se buscó identificar los avances en nueve estados en relación con cinco grandes rubros: 1) compra de medicamentos, 2) avances en la afiliación, 3) contratación de recursos humanos, 4) avances en la separación de funciones de asignación financiera y de prestación de servicios y 5) comportamiento del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). La evaluación diseñó una estrategia metodológica que incorporó diversas técnicas de recolección y fuentes de información. A partir de esta diversidad se buscó generar análisis basados en triangulación y contrastación de información cualitativa y cuantitativa para garantizar la validez interna del estudio.

Los resultados muestran que el SPSS en los estados incluidos avanza en el cumplimiento de sus metas, pero también continúa enfrentando grandes retos relacionados con las formas y los estilos de asignar recursos. Si bien existen parámetros básicos para la acción gerencial, la autonomía estatal imprime importantes diferencias en aspectos como la compra de medicamentos o la contratación de personal, tanto en términos del gasto ejercido como de los mecanismos puestos en práctica para acceder al recurso. Estas diferencias también se reflejan en las estrategias utilizadas para inducir la afiliación de las poblaciones que no han sido incorporadas aún al sistema. La capacidad de rectoría de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud también influye en los resultados de la gestión estatal, en tanto que el FPGC busca reorientar su gasto y reducir los tiempos de pago a las unidades ejecutoras.

La tarea del sistema y en particular del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en los estados en los próximos años será consolidar su capacidad gerencial y hacer que el flujo de recursos genere resultados concretos, tanto en el acceso a la atención como en la mejora de la salud de las poblaciones afiliadas.



Instituto Nacional
de Salud Pública



Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Gustavo Nigenda • Luz María González-Robledo
Belkis Aracena • Clara Juárez
Veronika Wirtz • Álvaro Javier Idrovo
Marta Caballero • José Arturo Ruiz
Elizabeth Aguilar • María Cecilia González-Robledo
Sandra Sosa • Rosa María Bejarano Arias



Instituto Nacional
de Salud Pública



**Evaluación de procesos administrativos
del Sistema de Protección Social en Salud 2009.
Resumen ejecutivo**

Primera edición, 2010

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-7530-82-4

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Este trabajo se realizó con recursos financieros de la Secretaría de Salud de México

Comité editorial: Miguel Ángel González Block, Hortensia Reyes, René Leyva, Gustavo Nigenda, Juan Francisco Molina, Víctor Becerril

Equipo de investigación

Investigadores principales: Gustavo Nigenda, Luz María González Robledo, Clara Juárez, Sandra Sosa, Álvaro Javier Idrovo, Veronika Wirtz, Belkis Aracena, José Arturo Ruiz, Elizabeth Aguilar
Responsable técnica: María Cecilia González Robledo
Responsable logística: Rosa María Bejarano Arias

Contenido

Agradecimientos	5
Principales recomendaciones	7
<hr/>	
1. Introducción	9
1.1 Objetivo general	10
1.2 Objetivos específicos	10
<hr/>	
2. Términos de referencia y metodología	11
<hr/>	
3. Principales resultados por componente	15
3.1 Gestión del Régimen Estatal de Protección Social en Salud	15
3.2 Procesos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud	20
3.3 Proceso de compra de medicamentos	24
3.4 Procesos financieros y operativos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	30
3.5 Contratación de recursos humanos con fondos del Sistema de Protección Social en Salud	36
<hr/>	
4. Siglas	43
<hr/>	
5. Referencias	47

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por facilitar todos los medios para realizar la evaluación de procesos gerenciales en 2009, tanto en las oficinas de la propia Comisión como en las entidades que participaron en el proceso. Queremos resaltar especialmente el apoyo del maestro Francisco Caballero. En las entidades también se recibió apoyo de funcionarios de diversos niveles, del Secretario de Salud y el encargado del Régimen de Protección Social en Salud, así como del personal operativo en las unidades de atención. También se agradece el respaldo recibido por personal de la Dirección General de Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud, particularmente de los doctores Francisco Garrido y Esteban Puentes y de la licenciada Haydeé Martínez. Las autoridades del Instituto Nacional de Salud Pública respaldaron la ejecución de la evaluación y por ello nuestro agradecimiento para el doctor Mario Henry Rodríguez. Finalmente, y no por ello menos importante, cabe mencionar que la participación de Michael Reich, Jason Lakin, Emanuel Orozco y Miguel Ángel González Block en la asesoría externa del proyecto fue de enorme provecho. No obstante, la responsabilidad de los contenidos incluidos en el presente documento es exclusivamente de sus autores.

Principales recomendaciones

Gestión de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS)

- Los REPSS deben centrar su gestión en las funciones establecidas en el marco normativo. Para ello se requiere instrumentar estrategias, líneas de acción y mecanismos que les permitan mayores niveles de independencia y autonomía de los Servicios Estatales de Salud (SESA), particularmente para la administración y manejo de los recursos financieros y para la conformación y gestión de la red de prestadores de servicios.
- Mejorar la rendición de cuentas en todos los niveles del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Para ello se requiere que, tanto el nivel operativo (unidades de salud) como los REPSS reporten información oportuna y confiable sobre el volumen y el tipo de servicios prestados a la población beneficiaria del SPSS, para integrar la información sobre el ejercicio de los recursos del SPSS en cada entidad federativa.

Componente de afiliación y reafluación

- Mejorar la infraestructura de las unidades médicas promoverá un incremento en la cobertura de afiliación, tanto en poblaciones vulnerables (rural, indígena, en extrema pobreza) como en entidades con baja acreditación de unidades, ya que se tendrá una mayor y mejor capacidad de respuesta en la atención médica de la población.
- Mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud, lo cual motivará a las familias a reafluarse al SPSS.

Componente de proceso de compra de medicamentos

- La creación de incentivos para mejorar la calidad de datos y la rendición de cuentas de los estados vinculada con una retroalimentación por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) tienen que ser prerrequisitos esenciales para mejorar el suministro de medicamentos.
- Es relevante profundizar los análisis sobre el proceso de compra de medicamentos y la variabilidad de precios, además de evaluar la eficiencia de la contratación de agentes privados en comparación con el sistema público y la estructura de los mercados farmacéuticos estatales.

Componente de proceso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)

- Promover que la ejecución de los recursos del FPGC sea consistente con los objetivos que le dieron origen. Esto tiene un doble propósito. Por un lado se relaciona con la demanda social de transparencia de las acciones y procesos gubernamentales, que exige que el destino final de los recursos sea el autorizado por las leyes, normas y/o reglamentos. Por otro lado contribuye a proteger financieramente a la población y unidades hospitalarias ante la realización de intervenciones de alto costo.
- Reducir significativamente los tiempos requeridos, alcanzando los mínimos posibles, para completar el ciclo de notificación, validación y pago de casos. Esto implica garantizar que las unidades pertenecientes a la red de provisión de servicios cuenten con la tecnología apropiada, el equipo requerido, el acceso a una plataforma adecuada que disminuya la frecuencia de saturación de la red y la capacitación y actualización permanente del personal encargado de llevar a cabo dichos procesos.

Componente de recursos humanos para la salud

- Introducir mecanismos de gestión basados en indicadores de desempeño para el personal de salud, a fin de que las nuevas condiciones de contratación reditúen en un uso eficiente de los recursos. El costo de la regularización del personal y la futura actualización de tabuladores puede generar presiones sobre la factibilidad financiera del SPSS. Por ello, la Secretaría de Salud y los SESA deben buscar nuevas fuentes de financiamiento que contribuyan a soportar la carga que implica el pago del nuevo personal.
- Promover una política de capacitación permanente a todos los niveles y categorías ocupacionales involucrados con el funcionamiento del SPSS y sus distintos componentes, para reforzar los principios de equidad, calidad y garantía de derechos a los afiliados del Sistema. Asimismo, recurrir al uso de tecnologías a distancia, lo cual puede implicar ahorro en tiempos y recursos financieros.

I.

Introducción

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es una política pública inédita en la historia de la salud en México. Su estructura se basa en un sistema de aseguramiento dirigido a la población no cubierta por las instituciones de seguridad social tradicionales, que tiene como fin garantizar el acceso a los servicios de salud y la protección financiera de los hogares al reducir su gasto de bolsillo.¹ La importancia del SPSS para la población radica en la certeza que provee a las familias de saber, desde una lógica de subsidios a la demanda, que ante la enfermedad de uno de sus miembros no tendrían que desembolsar su dinero para cubrir los servicios obtenidos y los medicamentos prescritos, pues estarían cubiertos por el SPSS. Para el sistema de salud, la importancia reside en que se abre la alternativa de una reasignación de fondos federales frescos a los estados a través del pago de una prima fija por familia de acuerdo con su nivel de ingreso.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), atendiendo una serie de recomendaciones realizadas en diversos escenarios, implementó un conjunto de modificaciones en los procesos gerenciales, entre ellos, uno de los más importantes fue la recomendación para los estados sobre la definición de topes para el gasto de diferentes rubros a través del Anexo 4 (acuerdo de gestión denominado Concepto de Gastos). Otro de los procesos realizados fue la propuesta de “regularización” de los 70 000 trabajadores contratados en todos los estados con fondos del SPSS, lo que implicó el otorgamiento a los trabajadores de una serie de beneficios, establecidos por la ley. En la actualidad es importante evaluar estos procesos a la luz de los efectos que pudieron haber tenido sobre la operación del sistema y el logro de sus metas.

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

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

transfiere con la capacidad de proteger a la población ante gastos hospitalarios de alta especialidad; la compra de medicamentos porque es una de las demandas más importantes que plantea la población para la recuperación de la salud y los recursos humanos por ser un componente que aglutina aspectos financieros y políticos que repercuten en el sistema.

1.1 Objetivo general

Evaluar los procesos administrativos seleccionados del SPSS a fin de obtener información que ayude a su redefinición y contribuya a que el sistema actúe de manera más eficiente y efectiva.

1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la estructura del SPSS, identificando sus fortalezas y debilidades.
- Evaluar el proceso de afiliación y reafiliación al SPSS
- Evaluar el proceso de compra de medicamentos
- Evaluar los procesos financieros y operativos del FPGC
- Evaluar el proceso de contratación de recursos humanos con financiamiento del SPSS.

2.

Términos de referencia y metodología

Para la evaluación se incorporaron múltiples perspectivas y métodos, que guiaron las acciones emprendidas. La evaluación se desarrolló en nueve entidades federativas (Morelos, Ciudad de México, Hidalgo, Querétaro, Guerrero, Baja California, Jalisco, Campeche y Zacatecas) y en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Los criterios usados para seleccionar los estados participantes en la evaluación fueron los siguientes:

Cuadro 1

Criterios de selección de estados. Evaluación del SPSS, México, 2009

Entidad federativa	Criterio de selección				
	Forma jurídica del REPS	Desempeño previo	Ubicación geográfica	Tiempo de incorporación	Mezcla público - privada
Baja California	X		X		
Campeche	X		X	X	
Ciudad de México	X		X	X	
Guerrero	X	X	X		
Hidalgo	X	X	X		
Jalisco	X		X	X	X
Morelos	X		X		
Querétaro	X		X		
Zacatecas	X	X	X		

La evaluación combinó enfoques cualitativos y cuantitativos. Se utilizaron así tres tipos de diseños mixtos: a) triangulación metodológica: cuyo objetivo fue buscar la convergencia, corroboración o correspondencia de resultados obtenidos; b) complementariedad: el cual buscó la clarificación de resultados obtenidos con los resultados de ambos métodos; y c) expansión: buscó ampliar la extensión y rango de los resultados.

Dada la cantidad de componentes evaluados y los diversos diseños, la metodología se resume en el siguiente esquema:

Figura 1
Diseño general de la evaluación



El análisis cuantitativo se fundamentó en registros del REPSS, los SESA o la CNPSS (datos recolectados de manera sistemática como parte de los procesos operativos del SPSS). El análisis se basó en la aplicación de estadística descriptiva, figuras y correlaciones. Además, se usó el Análisis de Redes Sociales (ARS) para los componentes de caracterización del REPSS y FPGC, a fin de rastrear el flujo de gestiones del FPGC. El ARS se fundamentó en la técnica de muestreo de “bola de nieve”, donde cada informante indicó informantes siguientes. En términos técnicos, el muestreo se realizó siguiendo los preceptos de Doreian & Woodard² y Burt & Ronchi.³

El análisis cualitativo se centró en obtener información de primera mano sobre la percepción de los informantes de los procesos administrativos y de gestión, la manera en la que los funcionarios de la Secretaría de Salud (SS), del REPSS y de las unidades de salud han participado en la implementación del SPSS, así como visualizar las debilidades y fortalezas detectadas para su adecuado desempeño. Ha sido ampliamente mostrado que la forma más adecuada para la consecución de este tipo de objetivos es a través del uso riguroso de métodos cualitativos.⁴

Para definir a los informantes clave en primer lugar se realizó una categorización de los niveles en que opera el Seguro Popular y los roles que cada uno desempeña. Se consideraron tres niveles: en primer lugar el nivel federal que ejerce la función de rectoría y que define los lineamientos nacionales para la implementación del SPSS. En segundo, el estatal, encargado de gestionar y operar el Seguro Popular en cada

entidad; y tercero, el local, que cumple las funciones de prestación y/o entrega de servicios de salud según el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el FPGC. En cada uno de estos niveles se seleccionaron los informantes clave. El criterio principal para definir al informante clave fue la posibilidad de encontrar respuestas en estos individuos —basadas en experiencia, posición en la estructura del sistema y conocimiento sustantivo— a las preguntas en uno o más componentes o temas. Los criterios específicos para la selección de dichos informantes fueron:

- Ser funcionario del REPSA encargado de la gestión y operación del sistema en la entidad federativa
- Ser funcionario federal o estatal de los servicios de salud pública
- Conocer en profundidad los procesos de gestión y administración del financiamiento, compra de servicios de salud, manejo del FPGC y rendición de cuentas
- Estar dispuesto a participar en la evaluación

Los informantes clave se muestran en el siguiente cuadro:

■ Cuadro 2 Informantes clave por nivel federal y estatal

Nivel federal	Nivel estatal
1. Comisionado Nacional	6. Director del REPSA
2. Director General de Administración y Finanzas (CNPSS)	7. Subdirector de Gestión del SESA
3. Subdirector de Gestión y Transferencia de Recursos de la Dirección General de Administración y Finanzas (CNPSS)	8. Subdirector de Administración y Financiamiento
4. Subdirector de Seguimiento y Aplicación de los Recursos de la Dirección General de Administración y Finanzas (CNPSS)	9. Subdirector de Afiliación y Operación
5. Director General de Gestión de Servicios de Salud (CNPSS)	10. Director y/o subdirector de Administración y Finanzas de los Hospitales de tercer nivel
	11. Gestor médico
	12. Responsable del proceso de compra de medicamentos por parte de Seguro Popular en cada una de las entidades federativas seleccionadas
	13. Director de Recursos Humanos del SESA
	14. Responsable de la Subcomisión Estatal de Regularización de Recursos Humanos del SESA

Diversas técnicas de recolección de información fueron empleadas para la evaluación: entrevistas estructuradas aplicadas a informantes estatales y a funcionarios federales de alto nivel directivo; análisis documental que comprendió el procesamiento analítico-sintético de manuscritos, convenios, contratos, oficios, registros, expedientes, etcétera; entrevistas grupales en las que se indagó sobre los problemas que enfrenta la población en los procesos de afiliación y reafluencia al Seguro Popular, realizado en una zona rural y otra urbana por estado.

El análisis cuantitativo de los datos de la información generada en las encuestas estructuradas y el análisis documental fue capturado y procesado en bases de datos para su análisis en Excel. Una vez estructuradas y limpias dichas bases, fueron procesadas en el paquete computacional Stata versión 10 o UCINET versión 6.02. La información obtenida se analizó a través de estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión).

Para el análisis de la información cualitativa se pidió a los investigadores que al finalizar una entrevista individual o grupal anotaran en una matriz, sistematizada y clasificada según componente y por informante, los aspectos más relevantes que el informante había reportado a lo largo de la entrevista. A partir de estas matrices de resumen se generaron nuevas matrices de vaciado de la información, según etapa de recolección de los datos en los nueve estados, por componente y por informante. Así los analistas pudieron tener una información general, pero estructurada, recabada en cada estado en relación con el SPSS y los cinco componentes de la evaluación.

3.

Principales resultados por componente

3.1 Gestión del Régimen Estatal de Protección Social en Salud

Los objetivos específicos de este componente fueron: 1) describir el diseño y organización de los REPSS; 2) realizar un análisis de la situación jurídico-administrativa de los REPSS; 3) caracterizar los procesos de transferencia de fondos de la CNPSS a los REPSS y realizar un análisis comparativo de las entidades seleccionadas. Para el análisis se tomó como punto de partida el marco normativo que sustenta el funcionamiento del REPSS.⁵

Durante los últimos años se han presentado ajustes importantes tanto en el ámbito regulatorio como instrumental. En el primero de los casos se reformaron algunas de las leyes estatales de salud (adicionando un capitulado específico sobre Protección Social en Salud) y otros estados modificaron la condición jurídica del REPSS. En el ámbito instrumental también se experimentaron cambios importantes, los principales dirigidos a mejorar la suscripción de acuerdos, convenios y contratos.

Pese a los avances encontrados, existe una idea generalizada, en la mayoría de los informantes entrevistados, de la persistencia de dificultades en la adecuación del marco jurídico-normativo federal y estatal; existe falta de claridad, concordancia y precisión de la reglamentación e instrumentación de este marco para el cumplimiento de los objetivos, así como escasa reglamentación para la suscripción de contratos con prestadores privados.

La forma como se estructuran y organizan los REPSS en las entidades federativas estudiadas es múltiple, variada y heterogénea como se observa en el cuadro 3.

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

La condición jurídica del REPSS algunas veces representa ventajas y otras desventajas para el cumplimiento de sus objetivos, según lo manifestado por informantes estatales. En el primer caso, presentar estatus de organismo público descentralizado (OPD) u organismo desconcentrado les permite una mayor independencia de las autoridades de los SESA para manejar los recursos y conformar la red de prestadores de servicios

Cuadro 3
Estructura y organización de los REPSS, 2009

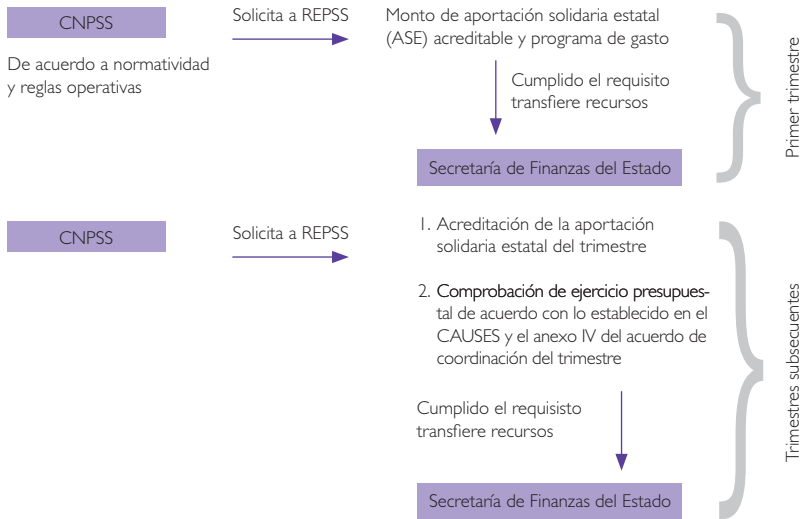
Variables	Entidades federativas								
	BC	CAM	DF	GRO	HGO	JAL	MOR	QRO	ZAC
Condición Jurídica									
Organismo público descentralizado (OPD)	■								
Órgano desconcentrado de la SS					■	■	■		
Organismo dependiente de la SESA		■	■	■				■	■
Niveles de funcionamiento (organigrama)									
Menor o igual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

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

Leyenda del cuadro 1: BC Baja California; CAM, Campeche; DF, Distrito Federal; GRO, Guerrero; HGO, Hidalgo; JAL, Jalisco; MOR, Morelos; QRO, Querétaro; y ZAC, Zacatecas

de salud (incluso abrirla a la participación de privados). Por otra parte, pertenecer a la estructura de la SS representa, muchas veces, escasa autonomía administrativa, operativa y financiera, lo que le resta capacidad de decisión y de actuación al REPSS para cumplir con sus funciones. Pese a las ventajas señaladas para las formas jurídicas de OPD y organismos desconcentrados, la principal desventaja señalada fue el potencial conflicto de autoridad y capacidad de decisión entre el director del REPSS y el director del SESA, lo que puede alterar el adecuado funcionamiento del REPSS. Al respecto, los funcionarios federales entrevistados consideran adecuado que los REPSS logren madurez orgánico-funcional, a tal grado de que puedan ser definidos como OPD, dado que ello les brindaría mayores herramientas (independencia de los SESA y autonomía administrativa) para cumplir con los objetivos que les marca la ley. El proceso de transferencia de fondos de la CNPSS a los REPSS se presenta en la figura 2:

Figura 2
Proceso de transferencia de los recursos del ámbito federal al estatal para cubrir las intervenciones contenidas en el CAUSES, 2009



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

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

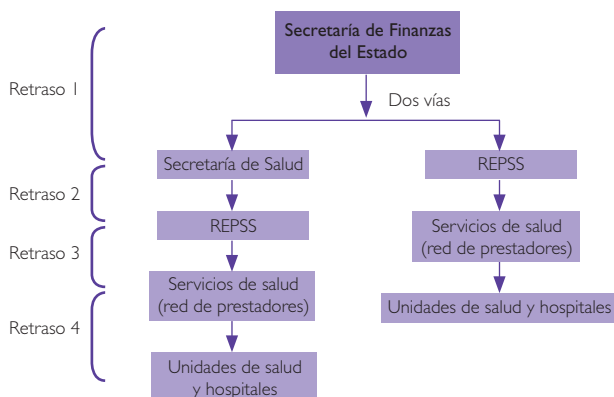
Este problema es visto de manera divergente por los actores federales y estatales. Desde el punto de vista de los funcionarios federales, se debe primordialmente al incumplimiento (en tiempo y forma) de uno o algunos de los requisitos que debe acatar la entidad federativa: acreditación de la aportación solidaria estatal o comprobación de la ejecución del gasto conforme a lo establecido en el CAUSES y en el Anexo IV del acuerdo de coordinación, donde se plantea que en caso de incurrir en gastos no contenidos en el CAUSES, se deben realizar las aclaraciones pertinentes o devolver los fondos asignados.

La evaluación pudo identificar cuatro tramos en el proceso donde es factible que se produzcan retrasos (figura 3):

1. De la Secretaría de Finanzas de cada estado a su Secretaría de Salud o al REPSS. En este tramo, algunos informantes refirieron que el dinero está disponible de forma inmediata, otros que se tarda días o semanas y otros más plantearon que se demora hasta cuatro meses para ser entregado.
2. De la Secretaría de Salud estatal al REPSS.
3. De los REPSS a los SESA
4. De los SESA a las unidades médicas de primer nivel y hospitales de segundo nivel.

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

■ Figura 3
Transferencia de recursos en las entidades estatales



Fuente: Información primaria recolectada durante el trabajo de campo en nueve entidades federativas para la evaluación del SPSS, 2009

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

- Factores políticos. Lucha de poder entre partidos, fracciones y grupos políticos.
- Falta de transparencia: tanto en la Secretaría de Finanzas como en la Secretaría de Salud estatales. Cubren otros gastos con los recursos del SPSS y dejan descubierta el área donde realmente se generó el recurso.
- Burocratización de trámites para el traslado de los recursos. Uso de tiempos excesivos para el traslado de los recursos a las áreas de demanda, es decir, los recursos se “jinetea” en los diferentes tramos.

- Falta de capacitación del personal de la Secretaría de Finanzas estatal. Desconocen los lineamientos y/o la dependencia a la que deben ir los recursos.
- Alta rotación de personal en la Secretaría de Finanzas estatal por lo cual desconocen los procedimientos.

El análisis comparativo entre las entidades federativas se realizó con base en indicadores de efectos intermedios (como medida proxy dado que la evaluación de resultados no fue objeto del presente estudio) para identificar el avance en la capacidad de gestión del REPSS a partir de su condición jurídica.* Los resultados se presentan en el cuadro 4.

Cuadro 4
Indicadores de gestión REPSS, 2009

Indicadores	Descentralizado									
	Desconcentrado					Incorporado SESA				
	BC	HGO	JAL	MOR	CAM	DF	GRO	QRO	ZAC	
Cobertura de afiliación por entidad federativa, 2009* (de acuerdo con metas establecidas para ese año)	85.9%	99%	100%	98.2%	100%	99.2%	78.7%	100%	92.1%	
Tasa de personal contratado por el SPS en contacto con paciente por 1 000 afiliados [†]	1.95	0.96	1.08	1.63	1.29	2.13	0.98	0.62	0.98	
Surtimiento de recetas a los usuarios del SPSS 2008 [‡] (usuarios que recibieron el 100% del medicamento recetado)	87%	84%	83%	69%	89%	72%	67%	90%	90%	

* Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2009

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

‡ Fuente: Estimación propia con base en los datos de afiliación publicados por la CNPSS en el Padrón Seguro Popular. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com.content&id=76&itemid=106>

Los datos indican gran variabilidad de la capacidad de gestión de los REPSS, independientemente de su condición jurídica. Entre las entidades federativas cuyos REPSS están incorporados a la estructura de los SESA se observan resultados en dos extremos. Por una parte, Campeche Querétaro y Zacatecas logran importantes resultados en

* Si bien la información obtenida es consistente con los resultados reportados, de ninguna manera pueden tomarse como concluyentes, dadas las restricciones en la disponibilidad y calidad de la información utilizada y la necesidad de contar con información más amplia para lograr un panorama más detallado del desempeño y de los resultados de la gestión de los REPSS.

metas de afiliación en 2009 (llegando dos de ellos a 100% de la meta), mientras que a 9 de cada 10 usuarios le surten la totalidad de los medicamentos recetados. En el otro extremo se encuentra Guerrero, con poco más de tres cuartas partes de la meta de afiliación y con un porcentaje de surtimiento de medicamentos apenas superior a 60%. El Distrito Federal se sitúa en una posición intermedia tanto en afiliación como en porcentaje de surtimiento de medicamentos.

Los resultados observados entre los REPSS con condición jurídica desconcentrada son más próximos. Los tres REPSS que hacen parte de esta categoría, presentan porcentajes muy similares de metas de afiliación, mientras Hidalgo y Jalisco tienen porcentajes de surtimiento de medicamentos arriba de 80% y Morelos que está por debajo de 70%. Cabe resaltar el caso del REPSS de Baja California. Pese a que es el único que ostenta estatus jurídico descentralizado, presenta los niveles más bajos, tanto en cobertura de metas de afiliación como de surtimiento de medicamentos.

3.2 Procesos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud

Este proceso representa la vía de entrada de la población beneficiaria al sistema. Su importancia radica en que es el medio por el cual se garantiza el acceso integral a los servicios públicos de salud y al financiamiento. En la actualidad, estudiarlo es relevante por varios motivos, entre los que destacan: a) que está por cumplirse el tiempo definido por la Ley que señala la universalización del aseguramiento en el año 2010; b) la existencia de modificaciones en relación a las prioridades definidas de las poblaciones a afiliar que se han llevado a cabo en esta administración; y c) el proceso de reafiliación voluntaria.

Los objetivos de evaluación de este componente fueron: 1) analizar los avances en el proceso de afiliación al SPSS; 2) caracterizar las familias afiliadas al SPSS; 3) identificar las principales barreras para la afiliación al SPSS; y 4) conocer la percepción de los usuarios frente al proceso de afiliación y reafiliación.

Avances en el proceso de afiliación

La evolución de la afiliación total al SPSS entre 2002 y 2007 se presenta en el cuadro 5.

Se registraron avances en la afiliación de la población en todos los estados de la muestra: Morelos 70%, Hidalgo 73%, Querétaro 86%, Guerrero 80%. En el caso de Campeche se manifiesta tener afiliada a 98% de la población rural y a 90% de la urbana. En Jalisco se estiman avances de 90% a 95% en general (zonas rurales y urbanas). En Baja California es de 92 a 98%.

La mayoría de las familias que restan por afiliar se ubican en zonas metropolitanas, excepto en Guerrero e Hidalgo, estados con una proporción importante de población rural en zonas alejadas. También existen problemas de cobertura en las zonas con alta movilidad de población, con trabajadores temporales o migrantes. Otras pobla-

■ Cuadro 5

Evolución de la cobertura de familias afiliadas al SPSS, 2002-2007

Año	Número de familias afiliadas al SPSS
2002	295 511
2003	622 819
2004	1 563 572
2005	3 555 977
2006	4 636 362
2007	5 432 196

Fuente: Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados

ciones que aún no han sido cubiertas en su totalidad son comunidades de IMSS-Oportunidades y comunidades localizadas en zonas de alta dispersión. En el Distrito Federal han quedado fuera del proceso de afiliación colonias de menor índice de marginación que se encuentran en las delegaciones de Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Azcapotzalco, Venustiano Carranza y una parte de Tlalpan y Coyoacán.

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

Al inicio, el SPSS se enfocó en la afiliación masiva de familias en condición de vulnerabilidad, promoviendo para ello campañas de difusión masivas y la asistencia a lugares de encuentro de las comunidades (mercados, plazas, centros de salud). A raíz de que recientemente los esfuerzos han sido enfocados a la afiliación de recién nacidos y embarazadas, los lugares de ubicación de potenciales beneficiados se han ido modificando. De la búsqueda activa en localidades se pasó a la afiliación en centros de salud, registros civiles y hospitales.

El siguiente cuadro presenta una serie de prácticas que han buscado mejorar los procesos de afiliación en los estados.

■ Cuadro 6 **Prácticas específicas que han apoyado el proceso de afiliación de familias**

Tipo de prácticas

Coordinación de las actividades de afiliación con otros programas dirigidos a poblaciones pobres

Promoción de la afiliación en lugares de encuentro comunitario y unidades de salud

Comunicación estrecha con gobiernos locales y estatales para la identificación y alcance de las poblaciones prioritarias

Capacitación del personal de afiliación para el seguimiento de trámites de registro civil y CURP

Colaboración de gobiernos locales para la agilización de trámites de documentación oficial

Seguimiento, por parte de las oficinas de afiliación, de la calidad de los servicios a través del llenado de formatos de quejas de los afiliados sobre la calidad de los servicios de salud

Invitaciones personales a través del sistema de correos y el uso de medios masivos para motivar la reafiliación al Seguro Popular

Conformación de brigadas específicas para realizar campañas y/o jornadas de afiliación en localidades con bajo nivel de afiliación o reafiliación al Seguro Popular

Barreras para la afiliación al SPSS

Un obstáculo mencionado en varias entidades es la falta de documentación de las familias para la afiliación. Por ello, varias unidades en donde se da el proceso, inician la afiliación con documentación incompleta, esperando completarla en semanas posteriores. Sin embargo, en varias ocasiones, debido a expedientes incompletos, la CNPSS no valida las afiliaciones y se trunca el proceso. En muchos casos se trata de las familias más vulnerables.

En relación con la reafiliación un aspecto que ha influido negativamente para el éxito de este proceso es la ausencia de incentivos para ello, por ejemplo, los usuarios manifestaron que la calidad de la atención no es adecuada, existe maltrato en los servicios y no reciben surtimiento completo de los medicamentos. Otras razones que se señalaron están relacionadas con el problema de la actualización del padrón. De hecho, existen personas afiliadas que ya fallecieron o afiliados que no han actualizado su domicilio; familias que han migrado a otros estados y expedientes que no se completaron por la falta de algún documento.

Algunas entidades han generado estrategias específicas para motivar la reafiliación de las familias. Un ejemplo específico es Querétaro, donde se hicieron llegar invitaciones a las familias ya afiliadas para su reafiliación a través del correo postal. En otras entidades como Morelos se realizan visitas a las localidades con una proporción importante de familias afiliadas para invitarlas a reafiliarse. Jalisco tiene brigadas especiales para identificar las localidades con bajos niveles de afiliación o reafiliación,

además se elaboraron *slogans* publicitarios para motivar la afiliación particularmente de zonas urbanas; se realizan brigadas y jornadas de reafiliación y se aprovechó la organización anual de las semanas nacionales y estatales de salud para promover estos procesos. En el caso de Zacatecas se mantiene una estrecha coordinación con el personal de cada jurisdicción para analizar el logro de las metas.

Perspectiva de los usuarios del SPSS frente al proceso de afiliación y reafiliación

Tanto en las zonas rurales como en las urbanas, la mayoría de los afiliados al SPSS concordaron en el tipo de documentos que les fueron solicitados para hacer el trámite (acta de nacimiento, CURP, credencial para votar, comprobante de domicilio, certificado de embarazo y/o acta de nacimiento), lo que es indicativo de una recepción adecuada de información sobre los requisitos de afiliación. Las principales razones para afiliarse expresadas por población afiliada fueron: los medicamentos gratuitos, la atención médica gratuita, el acceso a centros de salud u hospitales más equipados, la afiliación de otros integrantes de la familia, la cercanía del centro de salud con su domicilio, la protección económica en caso de enfrentar enfermedades graves y la creencia de que el SPSS es “para los más pobres”. En el caso de la afiliación de embarazadas, las mujeres buscan atención médica gratuita para el parto.

Algunos aspectos que se señalaron como experiencias negativas entre los afiliados fueron: la falta de información sobre el pago de cuotas anuales en función del nivel de ingresos de la familia; la poca información sobre la vigencia de su afiliación (y por ende la vigencia del seguro) y las fechas de reafiliación, así como información inadecuada sobre la utilización del FPGC. Otros desconocían los detalles sobre la existencia del Seguro Médico para una Nueva Generación y algunos expresaron que la afiliación por esta modalidad ocurre de manera automática.

Con respecto a los conocimientos que tienen los afiliados en relación con el SPSS, se observó que confunden sus derechos como beneficiarios del SPSS con el documento del CAUSES o FPGC. A los beneficiados por el SPSS no les queda claro cuáles son sus derechos y obligaciones como afiliados.

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

Por otra parte, aunque en la mayoría de los estados se repartió la Carta de Derechos y Obligaciones, lo común fue que no se conocieran detalles sobre cómo utilizar el servicio, ni sobre qué enfermedades son cubiertas con la afiliación al SPSS. La excepción fue Guerrero, donde las participantes de la entrevista grupal manejan un amplio conocimiento de cómo utilizarla y a qué beneficios tienen derecho al estar afiliadas al SPSS. En parte, esto se explica porque la mayoría acude al servicio por enfermedades frecuentes que se atienden en el área de medicina preventiva, pocas llegan a un segundo nivel de atención, ya que en general se desconoce el beneficio del FPGC y en consecuencia desconocen con detalle el tipo de enfermedades sobre las cuales

pueden ser atendidas. Llama la atención el caso específico de usuarios beneficiados por el programa de Oportunidades ya que se encontró que no pueden identificar las diferencias entre los beneficios específicos de Oportunidades y del SPSS.

3.3 Proceso de compra de medicamentos

La compra de medicamentos es uno de los factores responsables del gasto de bolsillo de la población y sin duda uno de los componentes más relevantes del gasto en salud que más afecta a la economía de los hogares, particularmente de los deciles más bajos. Es por ello que el SPSS ofrece acceso no solamente a intervenciones en salud, sino también a medicamentos asociados que están incluidos en el CAUSES. Desde las primeras evaluaciones realizadas a los procesos del SPSS se han identificado deficiencias en la cadena compra-almacenamiento-distribución-suministro de medicamentos. No obstante, se han realizado diversas acciones para mejorar este proceso y por ello es imperiosa una nueva evaluación de ellos.

Los objetivos de este componente fueron: 1) analizar los mecanismos y procesos de compra y distribución de medicamentos en los REPSS; 2) caracterizar los costos de transacción en los REPSS generadores de ineficiencias en el uso de recursos; 3) cuantificar y comparar los precios de compra entre entidades; y 4) explorar las razones por las cuales los afiliados están satisfechos o no con los servicios relacionados con medicamentos.

Mecanismos y procesos de selección, compra y distribución

De acuerdo con las respuestas obtenidas de los informantes, todos los estados tienen autonomía para seleccionar las claves de medicamentos del CAUSES que requieren, con base en un referente de demanda histórica y/o epidemiológica. Se mencionó que existen claves de medicamentos del CAUSES obsoletas y que no correspondieron al perfil de morbilidad y mortalidad de la región, por lo que consideraron innecesaria su adquisición.

Un hallazgo importante fue que los mecanismos de adquisición y distribución de medicamentos en las nueve entidades estudiadas fueron muy heterogéneos (cuadro 7). Una razón mencionada en las entrevistas fue que cada entidad federativa tenía su propia ley de adquisiciones y por ello no existe uniformidad en los procesos.

Los procesos licitatorios tuvieron temporalidades diferentes: mientras en unos fueron anuales en otros se hicieron de manera bianual. Es importante destacar el caso excepcional de Hidalgo, donde se realizaron 30 licitaciones en el último año. La razón principal aducida por los entrevistados como causas de la ineficiencia en la compra de medicamentos fue la complejidad de la normativa estatal para la adquisición de medicamentos. Algunos señalaron que desde 2007 se ha demandado la necesidad de reformas en las leyes estatales para garantizar la eficiencia de dicha compra.

Cuadro 7

Proceso de licitación y compra directa de medicamentos para el SPSS en 2009

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

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

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

i Al menos dos veces al año hasta siete.

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

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

iv Sólo medicamentos de patente

+ En proceso de incorporar un esquema de tercerización para 2010

En relación con la adquisición de los medicamentos, Querétaro y Zacatecas se destacaron por concentrar las compras de todos los programas, por ejemplo *Oportunidades*, Paludismo, Infancia y Adolescencia incluyendo SPSS, para licitar anualmente. Se aduce que la utilización de este modelo ha resultado ser la opción más conveniente y eficiente para garantizar el abasto de medicamentos para toda la población por parte de la Secretaría de Salud Estatal sin tener necesidad de contratar al sector privado. Querétaro, Zacatecas, Baja California, Campeche, Guerrero y Distrito Federal no utilizaron para el proceso de suministro de medicamentos un modelo de terciariza-

ción. En contraste, los REPSS de Hidalgo y Morelos contrataron servicios privados para la distribución de medicamentos. En opinión de los entrevistados los cambios implementados han mejorado sus indicadores de abasto de medicamentos. Una excepción fue el estado de Jalisco, porque incluyó al sector privado en cada etapa de la cadena del suministro de medicamentos, incluso la subrogación de farmacias en centros de salud y hospitales públicos, además de la terciarización de la adquisición y distribución de medicamentos. Las ventajas reportadas por este estado fueron: mejoramiento del abasto y surtimiento de medicamentos y contar con un mejor control de la información sobre los padecimientos y las recetas prescritas.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, la participación del sector privado como una medida para incrementar la eficiencia del abasto de medicamentos, no ha resultado ser viable en algunas entidades federativas. Esto, sin embargo, puede deberse a la capacidad de gestión de cada entidad en realizar contratos con el sector privado.

Con respecto a la posibilidad de realizar compras consolidadas de medicamentos a través de la Federación en los próximos años, los informantes en general refirieron estar en desacuerdo con excepción de Baja California, por no tener claras algunas cuestiones técnicas como: los mecanismos para la distribución de los medicamentos a las regiones más alejadas del país; cómo negociar las diferencias en las necesidades regionales de ciertos medicamentos; los mecanismos de transparencia en los procesos de licitación; la capacidad de los proveedores para garantizar la distribución a todas las áreas en tiempo y forma; los tiempos de entrega de acuerdo con las necesidades estatales; y cómo mantener la capacidad estatal para negociar con los proveedores sobre los tiempos de entrega, entre otros. No obstante, también se destacaron algunas de las ventajas que traería este proceso como la obtención de precios más bajos debido a los grandes volúmenes de compra.

Cambios en los precios de compra

En un periodo de cinco años (2004-2008), el gasto total reportado en medicamentos ha aumentado casi ocho veces en relación con el monto inicial asignado a las nueve entidades federativas, y, en el ámbito estatal, la cifra asignada a este rubro se ha triplicado en el mismo periodo. En 2008, Jalisco fue la entidad con el gasto más alto en medicamentos, seguido por Distrito Federal y Zacatecas. Hidalgo fue la entidad con el gasto más bajo reportado en el mismo año, alrededor de 35 veces menos que Jalisco. El gasto promedio nacional por afiliado en medicamentos fue de \$75.79, sin embargo, se observa en las entidades evaluadas que Hidalgo registró el gasto más bajo por afiliado (\$4.24) y Jalisco, el gasto más alto por afiliado (\$93.59). Asimismo, la mayoría de las entidades evaluadas obtuvieron un gasto por afiliado menor a la media nacional. Sólo dos entidades, Jalisco y Distrito Federal obtuvieron un gasto mayor a la media nacional. En 2009, en promedio, menos de 1% del gasto total en medicamentos de las nueve entidades se destinó a medicamentos fuera del CAUSES. Este resultado significa un mejoramiento en el proceso de selección de medicamentos en comparación a los resultados de 2007, enfocándose solamente en los medicamentos definidos como esenciales para el SPSS que son aquellos incluidos en el catálogo.

Cuadro 8

Gasto total en medicamentos de 2004 a 2008 (en miles de pesos)

Entidades federativas	Gasto 2004	Gasto 2005	Gasto 2006	Gasto 2008	Gasto por afiliado en medicamentos en 2008 (en pesos)
Baja California	ND	ND	ND	24 790	42.63
Campeche	7 051	11 342	5 258	14 061	42.87
Distrito Federal	ND	6 200	78	59 001	76.30
Guerrero	793	8 095	4 253	19 424	18.09
Hidalgo	17 859	30 535	50 829	3 913	4.24
Jalisco	605	ND	42 474	136 263	93.59
Morelos	ND	10 782	28 580	5 494	10.15
Querétaro	ND	ND	ND	5 546	11.80
Zacatecas	13 489	32 654	7 582	40 637	72.80
Subtotal de los nueve estados	39 797	99 608	139 054	309 129	
Total del gasto en medicamentos de todos los estados*	702 256	902 474	1 271 762	2 059 933	75.79**

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

ND: No disponible

* Este gasto fue reportado por las entidades federativas a la CNPSS, que no necesariamente corresponde al gasto total en medicamentos dado que no incluye gastos en medicamentos para enfermedades incluidos en el fondo de gasto catastrófico

** Gasto promedio por afiliado en el ámbito nacional

En relación con las claves de medicamentos del CAUSES declarados como desiertos en las licitaciones, por tanto no adquiridos, se considera que fue relativamente alto en las nueve entidades federativas estudiadas durante 2008. Una de cada tres claves no fue comprada por las entidades y la variación del porcentaje entre entidades federativas fue de 14% en Guerrero hasta 55% en Querétaro. Este resultado puede tener un impacto relevante para el programa, causando una oferta de medicamentos muy dispar entre diferentes estados y contra el planteamiento del SPSS de ofrecer un paquete básico uniforme para todos los beneficiarios en todos los estados.

Los tres grupos terapéuticos con el gasto total más alto en las entidades analizadas fueron los de enfermedades infecciosas y parasitarias, cardiología y endocrinología. Estos grupos representaron casi la mitad del gasto total en medicamentos (46.5%). Es notorio que la categoría de “enfermedades infecciosas y parasitarias” siga siendo el grupo con mayor gasto (21.9%), al igual que en la evaluación de 2006 (26.7%). A diferencia de otros grupos que se han modificado significativamente como la categoría de “soluciones electrolíticas y sustitutos de plasma” que fue la segunda

categoría terapéutica con mayor gasto en 2006, con 8.8%, y que en 2008 se ubicó en el lugar 14, con 2.5%. Se observa que los montos gastados en los grupos de cardiología y endocrinología han aumentado porcentualmente de manera significativa, ambos 12% en 2008 versus 7 y 5% en 2006.

Comparación de precios de compra entre entidades federativas

Al analizar el comportamiento de los precios de compra por entidad, se encontró que estados como Zacatecas, Querétaro y Morelos compraron frecuentemente a precios del cuartil más bajo (<25%) de la distribución por clave de precios de compra (figura 8). Por otro lado, entidades como Guerrero e Hidalgo adquirieron alrededor de una tercera parte de sus compras en el cuartil más alto de la distribución de los precios. Jalisco y Distrito Federal se distinguieron debido a su alto porcentaje, mayor de 75%, de las compras de medicamentos con precios más altos del primer cuartil de la distribución de precios (>25%). Las cuatro entidades federativas con los precios de compras más elevados coincidieron con aquellos utilizados para su distribución y/o surtimiento por el sector privado.

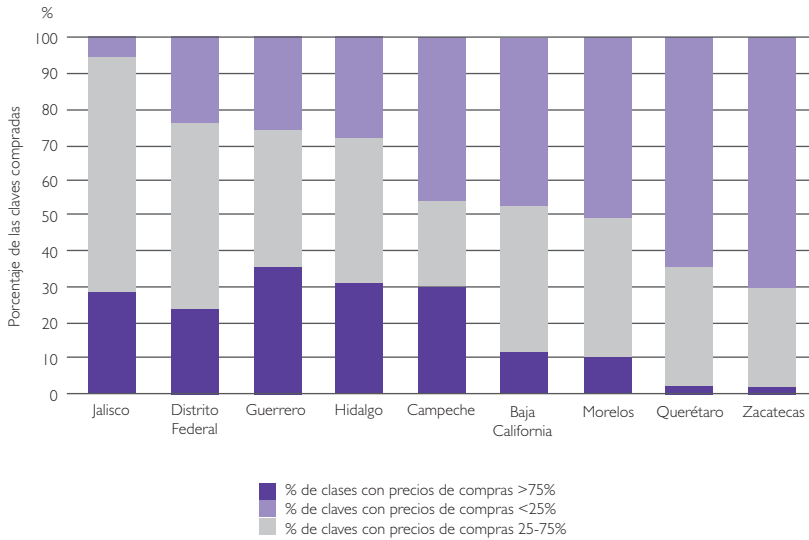
Los altos precios pueden ser asociados con las estructuras de los mercados farmacéuticos estatales. Algunos de los entrevistados mencionaron que existe falta de competencia y oferta de distribuidores que cumplan con los criterios de la ley de adquisición estatal para participar en las licitaciones. Esta falla de los mercados locales se señaló desde la evaluación de 2007.⁶

Además de las grandes diferencias en los precios de compra que indican áreas de ahorros potenciales, existen otros indicadores que permiten detectar ineficiencias de compra: se encontró que de 13 precios de compra de los medicamentos con la mediana de precios más altos, nueve fueron más altos que la mediana de precios internacionales. Los precios internacionales pueden ser un punto de referencia (“benchmark”) útil en el futuro para administradores estatales y federales del SPSS, para determinar el nivel de los precios nacionales y orientar a los estados en sus procesos de negociación. Los *benchmarks* regionales (precios de países con un ingreso semejante al del país en su conjunto) o precios globales pueden servir como puntos de referencia, pues México tiene la posibilidad de importar medicamentos genéricos de otras partes del mundo de acuerdo con el cambio en el requisito de planta de 2008.⁷

Prescripción de medicamentos y satisfacción del usuario con el surtimiento de recetas médicas

Con respecto a la selección de los medicamentos prescritos por el médico, en general los afiliados los percibieron adecuados por ser efectivos en el tratamiento de sus enfermedades. Su percepción en general fue que son buenos y manifiestan estar satisfechos con los mismos.

Figura 4
Nivel de precios de compra por entidad federativa (en cuartiles) en 2008



Fuente: Elaboración propia de los autores de acuerdo con los datos proporcionados por la CNPSS

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

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

De acuerdo con el testimonio de los usuarios, las fuentes para obtener información sobre la utilización de los medicamentos fueron las instrucciones generales en el momento de la afiliación, otros mencionaron que el médico les brinda la información adecuada y otros más señalaron que en la receta se especificaban las indicaciones. Algunos entrevistados aclararon que los médicos no les señalaron de manera adecuada cómo usarlos.

3.4 Procesos financieros y operativos del FPGC

El peso financiero del FPGC es relevante debido a que está dirigido a cubrir padecimientos de alta especialidad y alto costo,⁸ sumado a la importancia epidemiológica de los padecimientos que cubre. Esto ha hecho que desde la evaluación de 2007 el FPGC haya sido cuidadosamente estudiado. En la evaluación 2009 se analizó no sólo el flujo financiero de los recursos sino también los procesos administrativos relacionados.

Los objetivos planteados para este componente en esta evaluación fueron: 1) describir los procesos de operación y gestión del FPGC, con énfasis en la oportunidad, transparencia y sencillez de dichos procesos; 2) analizar la cobertura y la potencial relación con el perfil epidemiológico; y 3) contabilizar los montos de recursos transferidos a las entidades federativas por tipo de intervención.

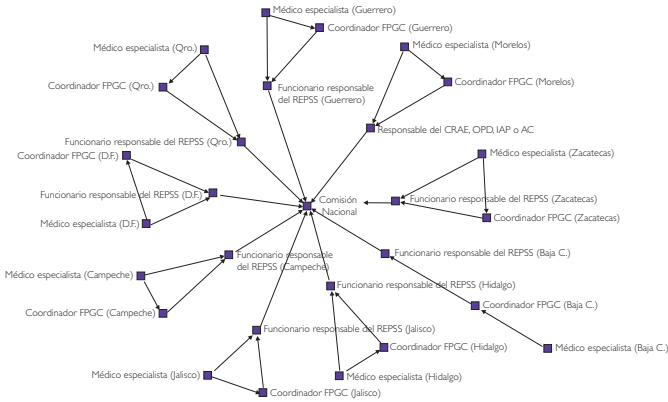
Procesos de operación y gestión del FPGC

Estos procesos fueron evaluados mediante la comparación entre lo que ocurre en los estados, con lo estipulado en el manual de operaciones de notificación de casos de la CNPSS.

Se encontró que los organismos públicos descentralizados (OPD) son las unidades que más se acercan a lo establecido por la normatividad. La operación de las unidades pertenecientes a los SESA presenta variantes importantes que dependen en buena medida del grado de separación de funciones y las relaciones —formales e informales— entre el REPSS y los SESA. Un elemento a destacar es que en estas unidades generalmente participa un número de actores superior al establecido, lo que de acuerdo con los hallazgos de la evaluación, está relacionado con la falta de tiempo de los responsables de los procesos relacionados con la operación y gestión del FPGC o la escasa capacitación de los especialistas en los procedimientos administrativos del mismo. Con respecto a la oportunidad de los procesos, 52% de las entidades federativas refirieron el doble de tiempo que el estipulado en el manual para la notificación de los casos. Referente al reembolso de los fondos que debía realizarse dentro de los tres meses posteriores a la notificación, 82% de las entidades reconocieron una demora promedio de un año. Se observó que, aunque todos los actores entrevistados coincidieron en que los tiempos se habían reducido notoriamente, la falta de oportunidad de los reembolsos continuaba reconociéndose como un problema. Al respecto, también se hizo mención de que en ciertos casos el recurso llegaba al estado pero no a las unidades de salud, por problemas de coordinación o incluso de voluntad política.

Para la operación y gestión del FPGC se evaluaron los flujos de información entre actores mediante la técnica de ARS. Para ello se tomó como parámetro lo dispuesto en el Manual de operación del FPGC (figura 5).

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



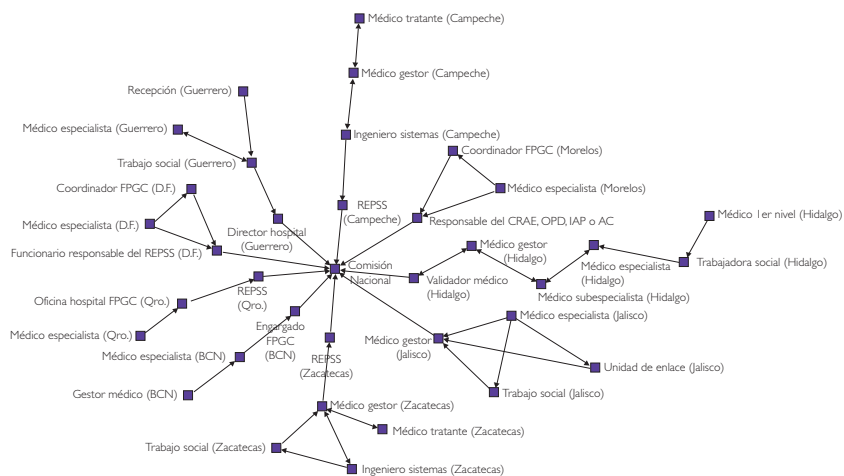
Fuente: Elaboración propia a partir del Manual de operación del FPGC

Existe una gran variabilidad en las estructuras, lo cual indica la existencia de diversos actores involucrados en la gestión. Los datos sugieren que las únicas entidades que cumplen los procedimientos descritos en el Manual de operación son Baja California, Distrito Federal, Morelos y Querétaro. El resto de los estados presentan un incremento en el número de actores participantes en la gestión de notificación de casos del FPGC (figura 6).

A partir de la información presentada se puede concluir que existen más personas involucradas en el proceso de las recomendadas en el manual. Lo más notorio, cuando se compara el proceso esperado con el observado, es que se establecen más relaciones de las sugeridas. Las explicaciones de este hallazgo pueden derivar en las siguientes implicaciones: a) se han creado procesos alternos o complementarios que responden a la estructura o requerimientos administrativos propios de cada estado; b) se ha realizado una división del trabajo entre más actores debido, por ejemplo, a que los directamente encargados de los procesos no sólo realizan este tipo de actividades, sino que participan en otras operaciones que hacen o no parte del SPSS; o c) simplemente no se conoce y/o aplica el Manual de operaciones relacionado con la notificación de casos que generan gastos catastróficos.

Los resultados obtenidos mediante entrevistas a informantes clave de las entidades federativas incluidas en la evaluación, muestran concordancia con la normatividad, lo cual significa que el acceso a los recursos del fondo sólo es posible si se atendió alguna de las afecciones cubiertas por el FPGC. Todos los informantes señalaron

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



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

que no es posible notificar un caso para reembolso al FPGC cuyo diagnóstico no esté incluido en el catálogo de intervenciones. Respecto de los requisitos para acceder a estos recursos, los entrevistados manifestaron conocimiento pleno sobre la necesidad de dar cumplimiento a dos requerimientos esenciales: 1) que la enfermedad sea cubierta por el fondo, es decir, que esté contenida en el catálogo; y 2) que la unidad hospitalaria esté acreditada para atender la patología reportada.

Se reconocen avances y mejoras en los procesos relacionados con el FPGC, entre los cuales se destacan:

- Mayor conocimiento y experiencia del personal encargado de los procesos de notificación y validación de casos.
- Reconocimiento por parte de las autoridades administrativas de los hospitales y médicos especialistas de la importancia de notificar correctamente en tiempo y forma los casos al FPGC.
- Actualización del Manual de operación de notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos, precisando niveles de responsabilidad y periodos de cumplimiento de los procedimientos.
- Actualización del Sistema Integral de Gestión Financiera de Gastos Catastróficos (SIGFGC), que ha incluido la incorporación gradual de módulos.

- Disminución de trámites burocráticos. A partir de 2008 se inició la firma de convenios multianuales, consistente en un convenio marco, donde cada año se actualizan las tarifas de las intervenciones, lo que ha contribuido a disminuir los tiempos de pago, aproximadamente, en 50%.
- Disminución del retraso de transferencia de fondos al ámbito estatal, al pasar de un año o más en el reembolso de casos atendidos, a un lapso de seis meses o menos después de validado el caso.

No obstante, también se detectaron algunas dificultades que se presentan en el cuadro 9.

La transferencia de fondos del ámbito federal al estatal (y en algunos casos entre entidades estatales) se realiza en la CNPSS, que ordena la transferencia de los fondos a la Tesorería del estado en cuestión, a la Secretaría de Salud estatal o bien a los OPD (hospital II o III nivel), según sea la modalidad.

Cobertura del FPGC y potencial relación con el perfil epidemiológico

La figura 7 muestra las afecciones que fueron cubiertas por el FPGC y la proporción de recursos asignados por tipo de padecimiento. Al igual que lo reportado en 2007, se observa una importante participación en la compra de medicamentos antirretrovirales para el VIH/SIDA; más de 41% del total se destinó a este rubro. Destaca la importancia dada en el periodo de estudio al cáncer de mama, de los recursos erogados a través del fondo al cual se destinó 20.5% de los fondos. El tercer lugar lo ocuparon las afecciones propias del recién nacido con 17.6% del total.

Recursos transferidos a las entidades federativas por tipo de intervención

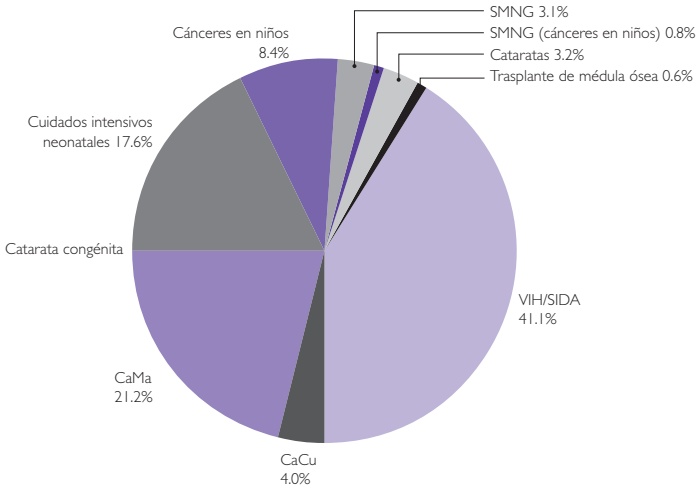
La figura 8 permite identificar la variabilidad en la asignación de recursos del FPGC por entidad federativa. Se observa que ciertas intervenciones, como la atención de cánceres en niños, los cuidados intensivos neonatales, el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama son ofrecidas en la mayoría de los estados, sin embargo, existe una importante diferencia en los montos asignados a las entidades federativas para su atención. El Distrito Federal concentra una proporción importante de los recursos asignados. Vale aclarar que se excluyeron los desembolsos para compra de antirretrovirales y vacunas, pues no existe desglose por entidad federativa y todo se carga al Distrito Federal.

■ Cuadro 9
Dificultades que presenta el ámbito estatal para la notificación y validación de los casos del FPGC, 2009

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

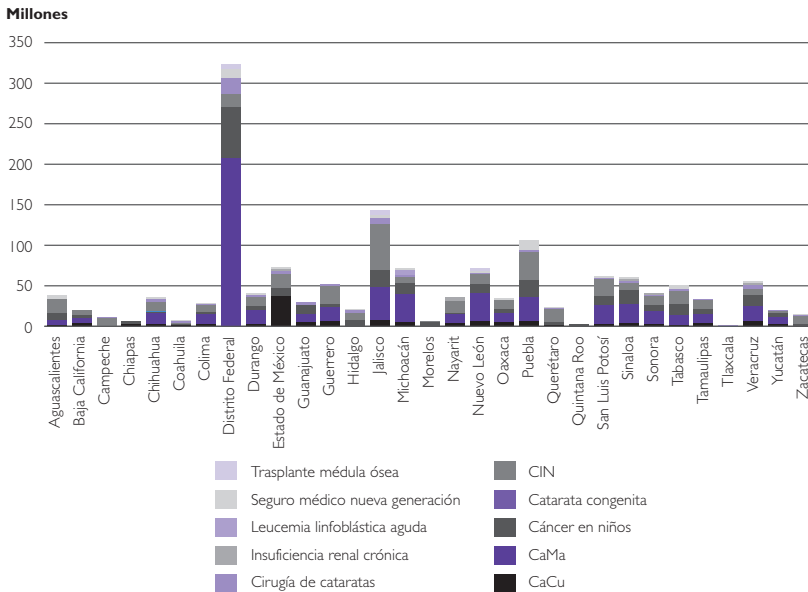
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de las entrevistas a actores clave

Figura 7
Distribución de los recursos del FPGC por padecimiento



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS

Figura 8
Recursos transferidos por entidad federativa y tipo de intervención, 2008



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la CNPSS

3.5 Contratación de recursos humanos con fondos del Sistema de Protección Social en Salud

En 2007 uno de los resultados de la evaluación en este componente destacó la gran diferencia entre los estados en cuanto a la cantidad y perfil del personal contratado con recursos del SPSS. En algunos casos, los volúmenes de trabajadores sanitarios fueron muy elevados y, en otros, se privilegió la contratación de personal administrativo.

Para la evaluación de 2009, el objetivo general en el tema de recursos humanos fue la revisión del proceso de contratación de personal con financiamiento del SPSS enfatizando cuatro aspectos: 1) regularización del personal de salud y su relación con el SPSS; 2) los efectos de la condición laboral sobre el desempeño de los recursos humanos contratados por el SPSS; 3) el volumen y tipo de personal contratado con recursos del SPSS en 2008-2009, y su relación con el paquete de prestaciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); y 4) el conocimiento e identificación que el personal tiene sobre el SPSS.

Regularización del personal contratado

En marzo de 2007, en el marco de la Primera Reunión Nacional de Recursos Humanos, la Dirección General de Recursos Humanos de la SS anunció el inicio del proceso de extensión del contrato bajo el régimen de honorarios, el cual consistiría básicamente en el incremento de su temporalidad, el aumento de sus percepciones de acuerdo con el Catálogo de Puestos y Tabulador de Sueldos de las Ramas Médica, Paramédica y Grupos Afines de 2007 y el otorgamiento de las prestaciones de ley. Para la ejecución de este proceso denominado regularización en las 32 entidades federativas, se formaron subcomisiones de la Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas, con una estructura similar a la Comisión Nacional, integradas por los SESA, el subdirector de Recursos Humanos, el director del OPD (servicios o institutos de salud estatales), el titular del REPSS, el director de Administración y Finanzas, y tres representantes estatales del SNTSA.

Los beneficios y prestaciones otorgadas se encuentran establecidas en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y no en las Condiciones Generales de Trabajo, negociadas entre el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Salud Federal (que son mayores en comparación a las primeras). Sin embargo, se observan diferencias entre entidades, así como variaciones entre el tipo y montos de algunas prestaciones. Por ejemplo, en Zacatecas el personal regularizado recibe 40 días de aguinaldo, mientras que en Jalisco señalaron que se otorgan 15 días por el mismo concepto. De acuerdo con los informantes, estas asimetrías se deben a que cada estado ha tenido la facultad de negociar internamente con su sección sindical las prestaciones que serían otorgadas al personal regularizado.

Con el propósito de conocer los efectos de la regularización en los ingresos de los trabajadores contratados con recursos del SPSS en los dos años revisados, se presenta

información sobre el salario bruto mensual promedio para cada una de las categorías ocupacionales contratadas con recursos del SPSS, distinguiendo las disparidades entre el personal por honorarios y el regularizado. Los resultados muestran que existen diferencias importantes en los salarios definidos para la misma categoría. Por ejemplo, para 2008, el salario bruto mensual de un médico general en Zacatecas era de \$ 8 950 y en Querétaro ascendía a \$ 21 673. En el caso de los médicos especialistas, en Hidalgo el ingreso mensual de 2008 fue de \$ 11 500, mientras que en Querétaro este mismo grupo percibía al mes \$ 25 769. Se observó que el estado que reportó los salarios más bajos para todas las categorías contratadas por honorarios fue Hidalgo. Querétaro se ubicó en el extremo contrario con los ingresos más altos de los nueve estados, pero también fue el que contrató menos trabajadores en los dos años considerados en la evaluación.

Al comparar los salarios promedio de los nueve estados por categoría ocupacional, entre personal contratado por honorarios y trabajadores regularizados, se advierte una importante diferencia a favor de los últimos (cuadro 10). Por lo tanto, es posible plantear que el proceso de regularización tuvo efectos en el volumen de recursos del SPSS que los estados destinaban al pago de personal, ya que al aumento observado en los sueldos, se debe sumar el incremento por concepto de las prestaciones otorgadas a este personal. Se comparó el gasto que realizó el SPSS en recursos humanos antes y después de la

Cuadro 10

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

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

* Incluye sólo sueldos

+ No hay personal contratado en esas categorías

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

‡ Incluye inhaloterapia, biólogo, laboratorista, técnico laboratorista, químico y técnico radiólogo

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

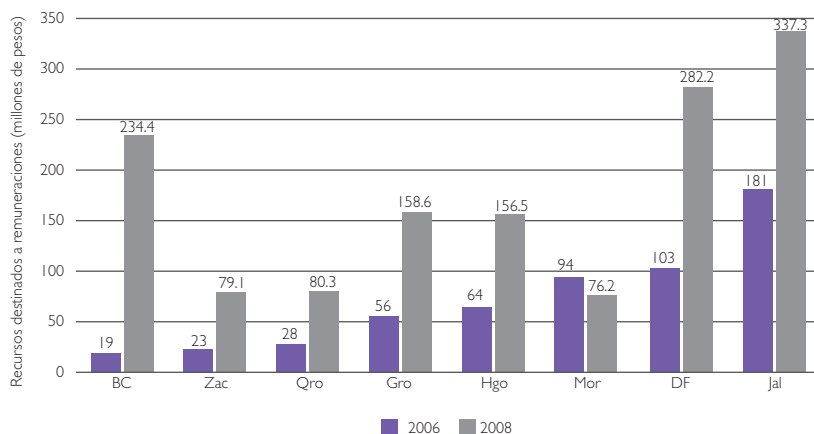
Fuente: Información proporcionada por los SESA y REPSS, 2008-2009

regularización (figura 9). Para ello se obtuvo información sobre los montos que en 2006 (previo al proceso) se habían aplicado a este rubro en ocho de los nueve estados incluidos en la evaluación,* y se comparó con los datos correspondientes de 2008, año en que se habría regularizado a la mayor parte de los trabajadores incluidos en la primera etapa.

Pese al incremento observado en el gasto, en 2008 ninguno de los ocho estados rebasó el tope presupuestal de 40% que establece el Acuerdo de Coordinación en su Anexo IV, destinado al pago de personal. En promedio, las entidades ejercieron 25% de los recursos del SPSS para este rubro, siendo Morelos y Querétaro los estados que invirtieron los porcentajes más bajo y alto, respectivamente (figura 10).

Es importante mencionar que el establecimiento de un límite en el gasto de recursos del SPSS en remuneraciones fue determinado a partir de 2007, debido al porcentaje tan alto que destinaban algunos estados a este rubro —Aguascalientes y Chiapas llegaron a aplicar 70% de sus recursos en 2006—. Sin embargo, el comportamiento histórico de los estados seleccionados respecto del gasto para este rubro se ha mantenido por

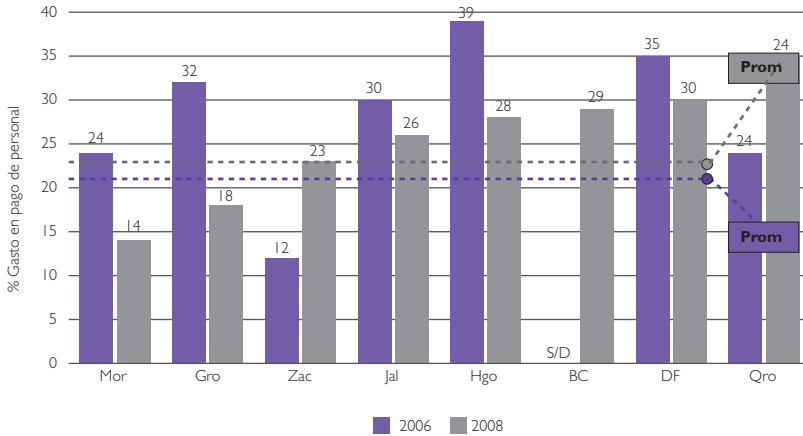
■ Figura 9
Recursos destinados a remuneración del personal contratado con fondos del SPSS en ocho estados, 2006-2008



Fuente: Información proporcionada por la CNPSS, 2010

* No se presenta información del estado de Campeche, ya que, de acuerdo con la CNPSS, el estado no había presentado los reportes correspondientes al año 2008 cuando se recolectó la información.

Figura 10
Porcentaje de recursos del SPSS destinados a la remuneración del personal en ocho estados, 2008



Fuente: Información proporcionada por la CNPSS, 2010.

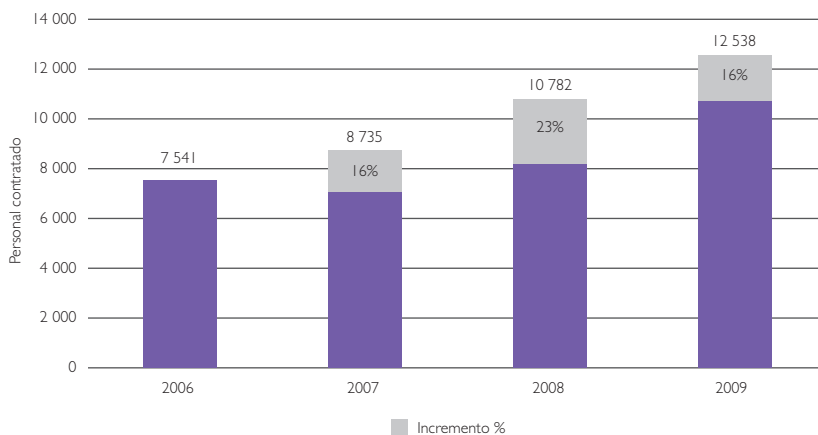
debajo de 40%. En 2006, el gasto promedio de los ocho estados fue de 24.4%. Guerrero, Hidalgo y Morelos disminuyeron en 2008 su gasto en por lo menos 10% con respecto al porcentaje que pagaban en 2006. En relación con este mismo año, Querétaro y Zacatecas fueron los únicos estados que en 2008 incrementaron su porcentaje de gasto en 8 y 11 puntos porcentuales, respectivamente (figura 10).

Un total de 4 238 trabajadores fueron regularizados en las nueve entidades en 2008 y en 2009 ese total aumentó a 5 086 trabajadores, lo que representó un incremento de 20% respecto del año anterior. En el primer año, los estados que regularizaron más trabajadores fueron Morelos y Baja California y en 2009 Morelos se mantuvo junto con Hidalgo.

Contratación de personal en los SESA con recursos del SPSS

De acuerdo con la información proporcionada por la CNPSS, en 2008, para los nueve estados de la muestra se contrató un total de 10 782 trabajadores con recursos del SPSS. Para el siguiente año, esta cifra aumentó en 1 756 individuos para llegar a las 12 538 personas. Si se comparan los totales de contratación de 2006 al 2009, se puede observar en todos un incremento, sin embargo, estas cifras no representan una tendencia sostenida (figura 11).

Figura 11
Porcentaje de incremento en la contratación de personal con recursos del SPSS en los SESA de nueve estados, 2006-2009



Fuentes: Información proporcionada por la CNPSS, 2006-2009. INSP. SPSS. Evaluación de procesos administrativos, 2008

Percepciones acerca del conocimiento del personal operativo sobre el SPSS

La premisa de la cual parte esta sección es que la operación adecuada del SPSS depende, en gran medida, del conocimiento técnico que el personal tenga del sistema. Por ello, se indagó en el personal operativo sobre el conocimiento del SPSS y algunos de sus componentes. Se seleccionaron tres tópicos: a) población objetivo del SPSS; b) CAUSES; y c) FPGC.

Cuadro 11
Demanda de capacitación del personal operativo y gestores médicos

Personal operativo	Gestores médicos
CAUSES (actualización, tipo de cobertura)	CAUSES
FPGC	SPSS en general
Derechos y obligaciones de los afiliados	Calidad (trato)
Marco legal del SPSS	Sistema de referencia y contrarreferencia
Medicamentos	Casos interestatales
APS por grupos etarios	Casos clínicos
Procesos de afiliación al Seguro Popular	

Fuente: Informantes clave en los estados

Los resultados mostraron que la mayoría del personal operativo tiene claridad sobre quiénes son los beneficiarios. Sólo en tres casos (dos en Querétaro) se consideró que el SPSS está dirigido a toda la población mexicana, incluyendo la afiliada a las instituciones de seguridad social.

Todos los gestores médicos conocen el CAUSES, mientras que la mayoría del personal operativo no lo identificó, particularmente en los centros de salud rural. El desconocimiento se da tanto respecto al CAUSES como de las intervenciones que contiene. La falta de conocimiento en centros rurales puede explicarse debido a que en este tipo de unidades predominan los médicos pasantes, que antes de ser adscritos reciben una capacitación intensiva de todos los programas de la SS sin posibilidades de profundizar en cada uno de ellos. Una situación similar se identificó en relación con el conocimiento del FPGC.

Respecto de los temas sobre los cuales debería recibir capacitación el personal operativo, se encontraron diferencias entre los gestores médicos y el personal que labora en las unidades de primer nivel (cuadro 11), lo cual se puede explicar por el distinto tipo de funciones que cada grupo desempeña. Lo mencionado por ambos grupos resulta ilustrativo, en el sentido que proponen se aborden aspectos clave en la operación del SPSS.

4. Siglas

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CNRCRHEF	Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas
DGED	Dirección General de Evaluación de Desempeño
FPGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IT	Industria tabacalera
OPD	Organismo público descentralizado
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIGFGC	Sistema Integral de Gestión Financiera de Gastos Catastróficos
SNTSA	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud

5. Referencias

1. Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud. Evaluación del Seguro Popular de Salud. Informe 2002. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/seguropopular.htm>.
2. Doreian P, Woodard KL. Defining and locating cores and boundaries of social networks. *Social Networks* 1994;16:267-293.
3. Burt RS, Ronchi D. Measuring a large network quickly. *Social Networks* 1994;16:91-136.
4. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2a ed. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1990.
5. Secretaría de Salud. *Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2a ed. México, DF: SSA/FUNSAUD/INSP/FCE, 2006.
6. Universidad Nacional Autónoma de México /Secretaría de Salud. *Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud*. México: UAM/Secretaría de Salud, 2008:15.
7. Secretaría de Salud. *Decreto que reforma los artículos 168 y 170 del Reglamento de Insumos para la Salud*. Diario Federal de la Federación, agosto 5 2008.
8. Borgatti S, Everett M, Freeman L. *Ucinet for Windows: software for social network analysis*. Harvard, MA: Analytic Technologies, 2002.

**Evaluación de procesos
administrativos del Sistema
de Protección Social
en Salud 2009**

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Se terminó de imprimir en septiembre de 2010.
La edición consta de 500 ejemplares

