

Evaluación, retos e innovaciones de la gestión de los regímenes estatales de protección social en salud para la cobertura universal



Evaluación, retos e innovaciones de la gestión de los regímenes estatales de protección social en salud para la cobertura universal

Emanuel Orozco¹ • Miguel Ángel González Block¹
Mariel Rouvier¹ • Armando Arredondo¹
Thomas Bossert²

¹ Instituto Nacional de Salud Pública

² Harvard School of Public Health



Instituto Nacional
de Salud Pública

Evaluación, retos e innovaciones de la gestión de los regímenes estatales de protección social en salud para la cobertura universal

Primera edición, 2011

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

ISBN: 978-607-7530-90-9

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Conclusiones y recomendaciones	5
1. Afiliación	5
2. Paquetes de servicios	5
3. Medicamentos	5
4. Infraestructura	6
5. Aplicación transparente de recursos	6
6. Financiamiento	7
7. Redes de servicios	7
8. Modernización administrativa	7
9. Recursos humanos	8
<hr/>	
Resultados	9
1. Marco conceptual	9
2. Objetivos de investigación	12
3. Metodología	12
4. Resultados	14
<hr/>	
Bibliografía selecta	39

Conclusiones y recomendaciones

1. Afiliación

- Las bases de información se limitan al padrón de afiliados, lo que limita la diversificación de fuentes y la planeación estratégica.
- Se encontraron grados diferenciales en los espacios de decisión relacionados con fórmulas de asignación financiera basados en el padrón de afiliados.
- La anticipación de problemas para crear las bases de datos de afiliación permitió corregir fallas derivadas del retraso en la recepción del software informático.

Recomendaciones

- Fortalecer los espacios de decisión relacionados con fuentes de información para desarrollar mayores capacidades de gestión del padrón de afiliación.
- Fortalecer la búsqueda de incentivos por desempeño para ampliar las capacidades de afiliación y gestión de recursos financieros.
- Flexibilizar y ampliar la afiliación para el logro de la cobertura universal.

2. Paquetes de servicios

- No se identificaron capacidades ni oportunidades para ampliar la oferta de servicios del CAUSES en el nivel estatal.
- Las limitaciones en el paquete de servicios ocasionan que la población afiliada carezca de acceso oportuno a intervenciones médicas que generan gasto empobrecedor en salud.

Recomendaciones

- Ampliar las intervenciones del CAUSES, particularmente las relacionadas con la prevención y atención de padecimientos crónicos y sus complicaciones.
- Diversificar las opciones de atención y financiamiento en los niveles federal y estatal para población en riesgo de incurrir en gasto catastrófico.

3. Medicamentos

- Los estados han desarrollado capacidades para ampliar sus espacios de decisión relacionados con la adquisición y distribución de medicamentos.

- La normatividad federal tiende a limitar las opciones de compra de medicamentos por parte de los SESA.

Recomendaciones

- Ampliar los grados de elección en materia de contratación, seleccionando de manera transparente a proveedores que garanticen las mejores opciones de compra y abasto oportuno.
- Mejorar la coordinación y vigilancia de la inversión pública en medicamentos por parte de la CNPSS, los SESA y los REPSS.

4. Infraestructura

- Se encontraron espacios de decisión limitados para ampliar la infraestructura de los SESA, lo cual genera presiones sobre los recursos financieros del SPS.
- La contratación de proveedores privados mejoró las demoras en la construcción y finalización de unidades médicas de los SESA.
- La acreditación mejoró el cumplimiento de requerimientos de calidad de los servicios médicos para población sin seguridad social en los estados.

Recomendaciones

- Compensar la falta de infraestructura en entidades con mayor población por afiliar y menor infraestructura.
- Incentivar el desarrollo de mecanismos de contrato que favorezcan mayor prontitud en la construcción y entrega de obra en los SESA.
- Fortalecer la acreditación mediante el apoyo a las entidades con mayor reto de afiliación de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.

5. Aplicación transparente de recursos

- Se encontraron espacios de decisión acotados en materia de transparencia en el ejercicio de recursos, la celebración de contratos y la selección de proveedores de medicamentos para el SPS.

Recomendación

- Favorecer iniciativas de ciudadanización de la rendición de cuentas para avanzar hacia esquemas de mayor transparencia.

6. Financiamiento

- Existen presiones de gasto por parte de los SESA en torno a los recursos financieros del SPS para reforzar la provisión de servicios médicos.
- Se documentaron espacios de decisión amplios en las capacidades de los SESA en cuanto al manejo del marco normativo para la gestión de los fondos financieros, con lo cual se ha favorecido ampliamente la operación del SPS en los estados.
- La asignación tardía de recursos por parte de la CNPSS a los REPSS compromete la operación de los programas generadores de créditos internos para la operación del SPS.

Recomendaciones

- Fortalecer los espacios de decisión que favorezcan la alineación de recursos financieros para mejorar la provisión de servicios médicos y de salud pública.
- Vigilar el manejo contable para mantener un balance entre servicios médicos para el SPS y servicios de salud pública por parte de los SESA.
- Identificar oportunidades para mejorar la asignación oportuna de recursos financieros por parte de la CNPSS a los REPSS.

7. Redes de servicios

- Los espacios de decisión para diversificar y ampliar las opciones de proveedores para la implementación de redes de servicios estuvieron acotados, lo cual limitó las funciones de representación de los REPSS.

Recomendaciones

- Analizar la demanda insatisfecha de servicios del SPS para hacer una selección eficiente de proveedores en la conformación de redes integrales de servicios.
- Ajustar el marco normativo para favorecer la provisión oportuna de servicios médicos del SPS, particularmente en las zonas de mayor rezago en cuanto a afiliación y desarrollo de infraestructura.

8. Modernización administrativa

- La instrumentación de los REPSS como instancia articuladora en la estructura de los SESA fue exitosa.
- Si bien se refirió falta de claridad sobre plantillas tipo, no se documentaron innovaciones en materia de ajustes estructurales de los SESA más allá de los lineamientos vigentes.

Recomendación

- Fortalecer la rectoría de los SESA para favorecer una mayor integración de la estructura operativa.

9. Recursos humanos

- La implementación del SPS amplió los espacios de decisión para la contratación de personal de rama médica en los SESA.
- La alta demanda de personal médico ha tendido a crear condiciones desventajosas en los contratos que compromete las condiciones de trabajo y los recursos para la operación del SPS.

Recomendaciones

- Fortalecer las capacidades del personal contratado con recursos del SPS para garantizar la atención médica de los beneficiarios.
- Dar una solución legal de fondo a la precarización de los recursos humanos contratados con recursos del SPS, incluyendo incentivos para la movilización de personal a zonas con el mayor reto de cobertura.
- Vigilar la contratación oportuna de personal de rama médica y de enfermería para mantener en niveles óptimos la provisión de servicios médicos a los beneficiarios del SPS.

Resultados

1. Marco conceptual

1.1 Las agencias articuladoras en el pluralismo estructurado

El concepto de articulación se refiere al “continuo de actividades por las que los recursos financieros se movilizan y se asignan para posibilitar la producción y el consumo de servicios de salud” (Londoño y Frenk, 1997). La asignación de los recursos se realiza por parte de agencias financiadoras, a instancias que articulan a proveedores y usuarios dentro de un esquema de contratos. Se definen dos tipos de articulación:

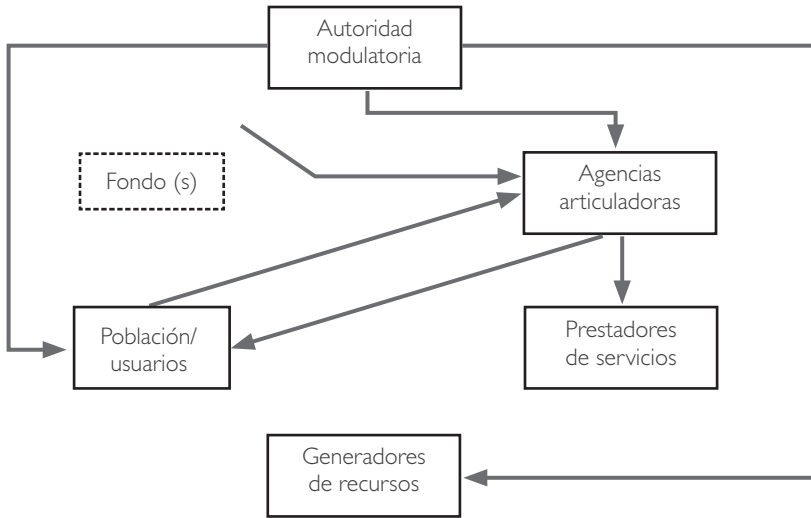
1. *Articulación entre poblaciones y proveedores.* Incluye tres funciones: la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación.
2. *Articulación entre agencias financieras y proveedores de servicios.* Se realiza a través de tres funciones: el diseño de incentivos, el diseño de beneficios y la gestión de la calidad.

Respecto a la articulación entre poblaciones y proveedores, la administración de riesgos se lleva a cabo mediante la afiliación de poblaciones, ajustando el financiamiento a los perfiles epidemiológicos para reducir la incertidumbre financiera de los usuarios en su interacción con los proveedores. Para ello, las agencias articuladoras reciben asignaciones capitadas a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura.

Como parte de la afiliación deben instrumentarse procedimientos para el ingreso y la salida de los usuarios en el esquema de atención, a fin de garantizar su acceso a un paquete explícito de beneficios médicos, los cuales habrán de ser provistos mediante la organización de redes integrales de proveedores. La representación se ejerce cuando la organización articuladora actúa como el agente informado de los usuarios para establecer el esquema de contratos que mejor responda a su demanda de servicios.

Para el caso de la articulación entre agencias financiadoras y proveedores de servicios, el aspecto central del diseño de incentivos es el mecanismo de pago. Si éste se encuentra adecuadamente estructurado, la forma en que los proveedores reciban las asignaciones financieras puede mejorar su eficiencia y su respuesta ante los usuarios. Otro aspecto del diseño del sistema se refiere al paquete de beneficios o intervenciones. Las organizaciones articuladoras pueden desempeñar importantes funciones para la gestión de la calidad, tales como la certificación de la competencia de los proveedores y el monitoreo de los procesos y los resultados de la atención.

■ Figura 1
La articulación en el pluralismo estructurado



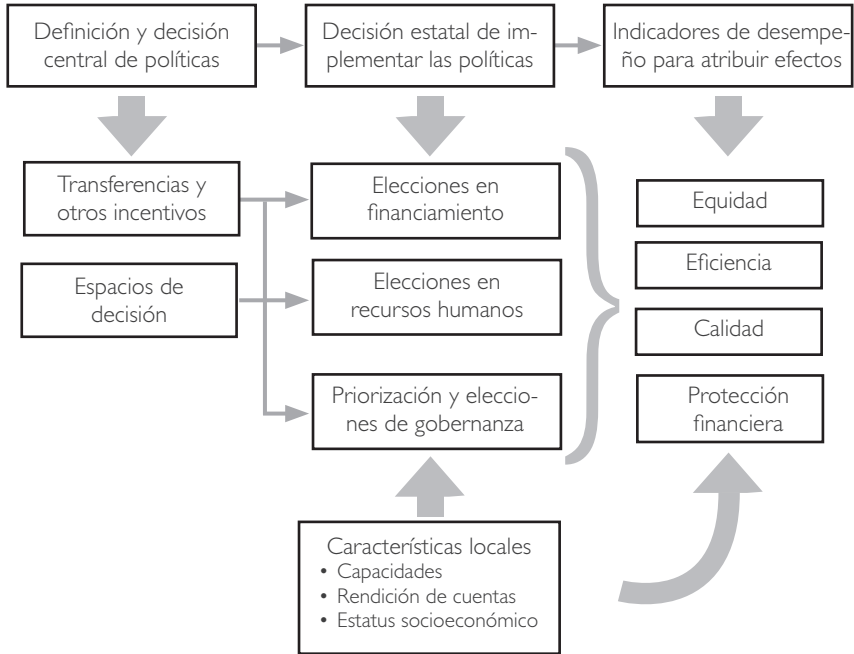
Londoño y Frenk, 1997

La función de articulación bajo las modalidades descritas favorece entonces una vinculación entre los diversos componentes del proceso de financiamiento prestación (figura 1). Este principio habrá de favorecer la simplificación de las tareas públicas, al suplantarse el control burocrático por una vinculación más directa entre la instancia financiadora, la agencia articuladora y los usuarios, basada en incentivos adecuados. Al contratar activamente servicios, la agencia articuladora garantiza el acceso a sus beneficiarios al paquete de servicios definido.

1.2 Los espacios de decisión y la articulación de los REPSS

Los espacios de decisión forman parte del abordaje denominado “principal – agente”, en donde el Estado como principal define objetivos y una instancia administrativa en tanto agente los implementa (Bossert, 1998). El espacio de decisión se refiere al conjunto de funciones y grados de elección que formalmente son transferidos por el principal al agente. Bajo este planteamiento, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud fue conceptualizada como el principal que establece reglas para definir los límites de decisiones para cada función del sistema y los REPSS como sus agentes, al interior de los cuales se toman decisiones en el marco de esas normas para

■ **Figura 2**
Propuesta conceptual de espacios de decisión.



Adaptado de Bossert, 1998

implementar los programas que lleven al cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Protección Social (SNPSS).

La figura 2 describe el marco analítico de los espacios de decisión. Este modelo conceptual establece que los efectos que puede lograr un sistema de salud están supeditados a una definición de políticas públicas y a su implementación. Forman parte de la definición de políticas las decisiones sobre los recursos a transferir y la definición del marco normativo en tanto espacio de decisión para su conducción. La implementación implica decisiones de agentes locales para desarrollar funciones del sistema dirigidas al cumplimiento de objetivos definidos centralmente; un aspecto central de esta propuesta es que los grados de cumplimiento estarían determinados por las capacidades de estos agentes locales y las condiciones contextuales en las que tales objetivos habrán de ser cumplidos. Así, el desempeño general del sistema es una consecuencia de la racionalidad alcanzada entre la definición de políticas de salud, las decisiones locales para favorecer su implementación y el efecto de las condiciones locales para conducirlas.

Un elemento central del modelo de espacios de decisión es que propone establecer la correspondencia entre la amplitud de los grados de elección con las innovaciones realizadas a nivel local, para el logro de los objetivos de la política de salud. El análisis del grado al que los agentes operan en los espacios de decisión o bien superan sus limitaciones permite evaluar la claridad con la que la federación formula dichos espacios, así como la capacidad de los agentes para aprovecharlos al adecuar las políticas federales a las realidades locales mediante innovaciones.

Se describirán los espacios de decisión del SPSS y la manera en que favorecen los grados de elección para la toma de decisiones relacionadas con las funciones de articulación de los REPSS en los temas de: administración de riesgos, administración del acceso, representación, diseño de incentivos, diseño de beneficios y gestión de la calidad. El análisis realizado permitió documentar capacidades desarrolladas por estas instancias administrativas para orientar el marco normativo del SNPSS hacia la atención de necesidades locales, innovaciones particulares en la organización de procesos y la forma en que los agentes locales aprovecharon sus grados de elección para resolver retos derivados de la implementación del SPS.

2. Objetivos de investigación

Se desarrollaron los siguientes objetivos de investigación:

1. Caracterizar los retos y las innovaciones en la gestión de los REPSS a partir de la implementación del SPS.
2. Evaluar el aprovechamiento de los espacios de decisión por parte de los REPSS para la cobertura universal y la eficiencia de los sistemas estatales de salud
3. Identificar oportunidades para fortalecer las funciones de los REPSS como agencias articuladoras.

3. Metodología

Se seleccionaron cuatro estados contrastantes en sus características socioeconómicas, demográficas y en el desempeño de los indicadores revisados. Se omitieron sus nombres por cuestiones de confidencialidad, buscándose orientar el análisis en términos de sus características genéricas, las cuales se describen en el Cuadro 1.

El diseño del estudio propuso la caracterización de un mosaico de divergencias en cuanto al desempeño en la afiliación, cuyo promedio nacional en el año 2007 era de 42.9%. Con base en ese criterio, se observa que un estado estuvo por debajo del promedio nacional, dos ligeramente por arriba del promedio nacional y uno que la duplicaba. En términos de los retos de afiliación, el Estado A presenta al mismo tiempo el mayor reto y el menor porcentaje de afiliación, mientras que el estado D tiene el mayor reto de afiliación en población rural dispersa e indígena. Los estados

B y C tienen un porcentaje similar de población sin seguridad social, pero el primero presenta el mayor porcentaje de población afiliada al SPS. Es importante destacar que el estado D fue el que presentó el mayor porcentaje de población sin seguridad social y el menor (Cuadro 2).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con funcionarios de los SESA y los REPSS en los estados seleccionados, relacionados con funciones de financiamiento, recursos humanos, afiliación, servicios médicos, servicios de salud pública y modernización administrativa, quienes participaron voluntariamente en el estudio previo consentimiento informado. Las guías de entrevista sobre los espacios de decisión relacionados con el SPS en los estados se desarrollaron a partir de la revisión de la LGS, el Programa de Acción Específico del SPS y el marco general de los convenios de gestión para la asignación de los recursos financieros por parte de la CNPSS a los REPSS estatales.

Cuadro 1
Características de los estados seleccionados

Estados	Población total	Población sin seguridad social (%)	Índice de Marginación	Cobertura de afiliación al SPS (%)
Estado A	14 007 495	56.6	Alto	25.9
Estado B	4 893 812	64.6	Alto	83.4
Estado C	1 612 899	64.6	Medio	47.2
Estado D	3 506 821	77.1	Muy alto	46.6

Fuentes: INEGI, 2006; SSA 2007

Cuadro 2
Distribución de informantes en los estados

Estado	Número de entrevistas en los SSA	Número de entrevistas en los REPSS	Total
Estado A	7	3	10
Estado B	6	4	10
Estado C	8	4	12
Estado D	4	4	8
Total	25	15	40

Una vez codificadas las entrevistas, la información se agrupó en tablas de contenido a partir de las cuales se procedió a identificar retos de conducción del SPS comunes a todos los estados, así como la manera en que cada estado innovó sus procedimientos para contender con tales retos. Los hallazgos del análisis fueron validados en un taller en el que participaron 12 decisores de nivel directivo adscritos a los SESA y a los REPSS de los estados participantes, quienes retroalimentaron la presentación y dieron sugerencias para enfatizar los principales mensajes del estudio.

4. Resultados

4.1 Los espacios de decisión del SNPSS

Según la Ley General de Salud (LGS), la afiliación implica que los REPSS se hagan cargo de las tareas correspondientes al proceso de afiliación, mismas que incluyen la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en los estados. La provisión de los servicios médicos financiados por el SPS requiere de capacidad para gestionar insumos, suministrar medicamentos de manera oportuna y contar con instalaciones y personal adecuados. Para ello, los REPSS y los SESA deben programar los recursos necesarios para mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento, conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa. Por su parte, el mejoramiento de la atención médica requiere que los REPSS alienten la certificación del personal y de establecimientos que brinden atención médica a los beneficiarios del SPS.

Los espacios de decisión se relacionan con la articulación entre agencias financiadoras y proveedores de servicios con grados de elección para el financiamiento, el establecimiento de contratos entre proveedores y la realización de ajustes organizacionales a las estructuras de los SESA para la conducción del SPS en los estados. La LGS confiere a los REPSS la aplicación de los recursos que les sean transferidos por la federación y las aportaciones propias. Este manejo de recursos implica recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del SPS, así como los demás ingresos que se impongan de manera adicional. Para la conformación de redes de servicios, los REPSS gozan de facultades para celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Para ello los SESA habrán de adoptar esquemas de operación que mejoren la atención y modernicen la administración de servicios médicos, correspondiendo a los estados el seguimiento operativo de las acciones del REPSS y la evaluación de su impacto. Como parte de esta función se promovieron políticas de transparencia, las cuales establecen que los REPSS deben proporcionar a la SSA la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto.

4.1.1 Afiliación

Los estados tienen la responsabilidad de dar prioridad en la afiliación a los grupos establecidos para ser afiliados anualmente. Los REPSS están a cargo de realizar la afiliación de ciudadanos sin seguridad social al SPS. La asignación de recursos financieros a los REPSS estatales la realiza la propia CNPSS tomando como parámetro el reporte de los nuevos beneficiarios incorporados al SPS en los estados, el cual está consignado en el padrón de afiliados. Con la finalidad de alcanzar en el mediano plazo la cobertura universal de familias sin seguridad social, se estableció en el decreto de creación del SPS que la afiliación no habría de rebasar un porcentaje de 14.7% anual.

Los retos identificados por los tomadores de decisiones relacionados con la afiliación fueron:

1. No hay fuentes de información sobre el SPS más allá del padrón de afiliados. Se refiere a la integración y uso de este instrumento. Los grados de elección relacionados con este reto se relacionaron con la búsqueda de recursos adicionales mediante una administración eficiente del padrón.
2. Las fórmulas de ampliación de fondos ajustadas por necesidades de salud no son claras, sobre todo en el acceso a incentivos por parte de los estados. Establece los procesos de búsqueda de recursos adicionales y los grados de elección vinculados con la gestión de esos recursos.
3. Problemas de disponibilidad y uso del software para la afiliación que amenazan con el incumplimiento de sus metas. Refiere factores operativos que afectan el cumplimiento de las metas de afiliación y los grados de elección para evitar retrasos en este proceso.

Los recursos vienen etiquetados para familias de Oportunidades, o familias de población abierta, o de Caravanas de la Salud, o de un recién nacido. La gestión del Gobernador y del Secretario de Salud se aboca a que la afiliación sea cada vez mayor y podamos afiliar al 100% de la población en el estado. La limitación está dada en la meta que otorga la federación para el estado (F3, SESA, estado D).

Se encontraron diferencias entre los estados en cuanto al manejo y utilización del padrón de afiliados al SPS (Cuadro 3). En el Estado A se reportó el menor grado de elección ante los retos planteados, habiéndose circunscrito las decisiones al padrón como fuente de información para la estimación e integración de los requerimientos presupuestales de la entidad. También se reportó menor conocimiento de estrategias para atender sus necesidades de insumos y la menor capacidad para atender los rezagos causados por la entrega extemporánea del software para llevar a cabo la afiliación.

■ Cuadro 3

Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de afiliación

Reto	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
1. No hay fuentes de información sobre el SPS más allá del padrón de afiliados	Tipo	Padrón	Proyecciones		Estudios
	Grado	+	++		+++
2. Las fórmulas de ampliación de fondos ajustadas por necesidades de salud no son claras, sobre todo en el acceso a incentivos por parte de los estados	Tipo	No reporta	Desempeño		Focalización
	Grado	+	++		+++
3. Problemas de disponibilidad y uso del software para la afiliación que amenazan con el incumplimiento de sus metas	Tipo	No reporta	Sistema gemelo		No reporta
	Grado	+	++		+

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

El análisis mostró que los grados de elección sobre la administración del padrón aumentaron en la medida que se identificaron oportunidades para mejorar la gestión de los recursos asignados a los estados en función de éste. Los estados B y C reportaron grados de elección intermedios que mejoraron la gestión de recursos y la identificación de oportunidades ante la rigidez normativa y los retrasos en la entrega del software. El estado D reportó los mayores grados de elección ante las fuentes de información y la búsqueda de fondos adicionales; no obstante, su desempeño ante el retraso del software fue bajo debido a deficiencias en el equipamiento de unidades.

Las innovaciones descritas para los REPSS fueron:

1. Uso de fuentes complementarias de información. Se relaciona con la realización de proyecciones poblacionales y estudios de caso para mejorar la afiliación.
2. Búsqueda activa de incentivos por desempeño. Refiere que ante los requerimientos financieros para servicios de salud pública se buscan estímulos por desempeño ante el nivel federal en programas prioritarios; ello debido a que los recursos para el SPS son para atención médica.
3. Captura adelantada en sistemas alternos. Ante los retrasos en la entrega del software para afiliación por parte de la CNPSS a los REPSS, se adelanta la captura de los datos de los afiliados en sistemas informáticos alternos.

Implementamos un servidor estatal frente a las constantes fallas informáticas del sistema de administración del padrón para que no nos afectara todas las veces que se cae el servidor de la federación. Lo que hacemos es empezar a capturar fuera de línea y cuando se corrige el sistema ingresamos los datos (F4, REPSS, estado B).

Los estados B y C reportaron la realización de proyecciones poblacionales como fuentes complementarias del padrón de afiliados, mientras que en el estado D se reportó el mayor grado de innovación al llevarse a cabo estudios específicos con población blanco para la estimación de requerimientos financieros.

Respecto al manejo de fórmulas ajustadas por necesidades de salud para la ampliación de fondos, los estados B y C reportaron la búsqueda de incentivos por desempeño en programas federales, así como la combinación de fondos de programas como Oportunidades para fortalecer la oferta de servicios para afiliados al SPS; esta estrategia tuvo su mayor grado de consolidación en el estado D.

Ante los problemas derivados de la entrega extemporánea del software para la afiliación, los estados B y C reportaron haber desarrollado estrategias alternativas. En el primero se desarrolló un sistema informático compatible con el del nivel federal, mientras que en el segundo se innovó administrativamente adelantando la afiliación con captura manual de los datos, para no afectar el calendario programado. A este respecto, los estados A y D no reportaron innovaciones particulares.

No obstante la confirmación de la meta de afiliación a razón del 14.7% anual, se documentó el despliegue de estrategias de negociación tanto de metas de afiliación como de gestión de recursos financieros adicionales. Estas estrategias involucraron a funcionarios del REPSS y los SESA de los estados B y C, quienes sugirieron haber comunicado su necesidad de ampliarlas con la CNPSS. En estos estados se habló también de la intervención de actores políticos, particularmente de diputados federales y el gobernador, para ampliar la afiliación y con ello la base de recursos para operar el SPS en los estados.

4.2 Paquete de servicios

Los REPSS en su rol de articuladores entre la CNPSS como agencia financiadora y los prestadores de servicios celebran convenios anuales de gestión con los SESA y otros proveedores para brindar servicios médicos a los beneficiarios del SPS. Mediante estos convenios los REPSS transfieren recursos financieros a los SESA, los cuales se comprometen a garantizar la oferta de las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).

Los REPSS estudiados en su conjunto refirieron no haber realizado modificaciones al CAUSES, ya sea agregando o quitando intervenciones médicas. Su grado de elección fue circunscrito a sugerir a la CNPSS agregar nuevas intervenciones y a la gestión de recursos para atender las necesidades de atención no incluidas en el CAUSES. No obstante esta referencia, este catálogo no ha sufrido modificaciones desde 2008.

Los retos descritos por los entrevistados en relación con la prestación de servicios fueron:

1. Las modificaciones a las intervenciones médicas del CAUSES y sus correspondientes asignaciones financieras son decisión exclusiva de la CNPSS.
2. Las familias no pueden costear los gastos de prestaciones de alto costo no incluidas en el CAUSES ni en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Entre las prestaciones del CAUSES hay necesidades no cubiertas, entonces se hizo un diagnóstico y una propuesta del estado para el nivel nacional, ajustándose a nuestras necesidades, pero aún no recibimos respuesta (F2, REPSS, estado C).

En relación al primer reto los espacios de decisión son limitados en todos los estados (Cuadro 4), en tanto se encontró que se limitan a realizar una propuesta a la CNPSS, pero la decisión final de incorporar o no las intervenciones sugeridas queda a cargo de ésta. Al respecto, los entrevistados en los distintos estados coinciden en que, en lo referente a los beneficios otorgados a los usuarios, se atienden al CAUSES.

En cuanto al segundo reto el estado B manifiesta mayores grados de libertad e innovaciones, en tanto busca dar solución a la problemática de los costos que deben afrontar las familias más vulnerables con los propios fondos provenientes de la cuota familiar del SPSS, sin tener que apelar a otras instituciones estatales. Los estados D y

■ Cuadro 4
Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de extensión de beneficios

Reto	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
1. No hay posibilidades de ajustar el CAUSES a las necesidades contextuales y al perfil epidemiológico estatal	Tipo	Trabajo en comisiones	Diagnóstico		
	Grado	+	++		
2. Las familias no pueden costear los gastos de las prestaciones no incluidas en el CAUSES ni en el FPGC	Tipo	Servicio social Gratuidad de medicamentos	Bolsa con cuotas familiares	Patrimonio de la beneficencia	Patrimonio de la beneficencia. Gratuidad de medicamentos
	Grado	++	+++	+	++

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

A por su parte poseen cierto grado de libertad intermedio ya que deciden libremente proveer de medicamentos a la población aún por fuera del CAUSES.

Las innovaciones descritas para los REPSS fueron:

1. Elaboración de reportes sobre las necesidades de inclusión de patologías en los estados, sobre la base de diagnósticos y uso de estadísticas del número de atenciones a diversas patologías.
2. Búsqueda de otras fuentes de recursos alternativos al SPSS para cubrir las prestaciones que los usuarios no pueden abonar; como ser uso de la asistencia social, bolsa con cuotas familiares, patrimonio de la beneficencia.

Tenemos un pequeño 'plus' con atribuciones que no nos corresponden, por ejemplo hay gente que tiene una enfermedad muy costosa y hasta cierto límite le llegan los medicamentos. Hay una parte que está dentro del CAUSES, pero hay ciertas necesidades adicionales que no está cubierta. Para ello tenemos una bolsa abierta de las cuotas familiares para utilizarlas en medicamentos o acciones para los beneficiados. La estrategia es manejar esta pequeña bolsa para estos fines. Analizamos los estudios socioeconómicos y priorizamos aquella gente que no va a poder tener acceso de ningún modo a esos servicios adicionales (F1, REPSS, estado B).

En el estado A se ha trabajado en comisiones para hacer propuestas al CAUSES que respondan a problemas de salud endémicos propios del estado. En los estados B y C se realizó un diagnóstico y se volcaron propuestas recabadas por los servicios para presentar a la CNPSS. El estado C utilizó además la figura de los gestores médicos para interrogar a los médicos especialistas de los servicios. En el estado D refieren haber hecho un informe técnico basado en estudios estadísticos de las frecuencias de atención para las distintas patologías en el estado y en base a éste solicitar inclusión de prestaciones al CAUSES; se ha sugerido en base a esto incorporar prestaciones para atender picadura del alacrán, chagas, dengue, paludismo o gonartrosis entre otras.

El SPS brinda a la población afiliada un número de prestaciones que muchas veces no cubren las necesidades de los usuarios, algunas de estas muy costosas. De acuerdo a lo expresado, el espacio de decisión que tienen los estados para subsanar este inconveniente es limitado ya que no se han incorporado prestaciones al CAUSES. Ante ello se comentó la contención de costos y la búsqueda de recursos alternativos para proveer a la población las prestaciones que no se incluyen en éste. En cuanto a las innovaciones en respuesta a esta problemática el estado A cuenta con un área de servicio social que analiza las posibilidades del usuario para afrontar los gastos que no cubre el SPS y se trata, en caso de observar falta de solvencia financiera, de minimizar los costos o de hallar recursos para solventarlos. Además ofrecen gratuidad de los medicamentos al realizarse la consulta en los servicios.

El estado B ha generado una bolsa abierta con las cuotas familiares para cubrir estas necesidades, dándoles prioridad a las familias de menores ingresos con patologías que implican un mayor gasto de bolsillo. Los estados C y D refieren hacer uso de

otras fuentes como el Patrimonio de la Beneficencia Pública con estos mismos fines. Además, el estado D ha agregado claves de medicamentos que no están en el CAUSES en el convenio con su proveedor de farmacia, pero que ellos consideran necesarias para la población asegurada dada las particularidades epidemiológicas del estado.

No siempre el accionar de los estados para resolver el inconveniente de la inexistencia de cobertura para intervenciones costosas puede solucionar completamente este problema. El alto costo que deberían asumir para responder los estados por estas enfermedades no siempre puede ser absorbido por éstos, quedando entonces los usuarios con mayor gasto de bolsillo desprotegidos.

4.3 Fortalecimiento de la atención médica

Abarca tres componentes de interés para los usuarios: disponibilidad de medicamentos, fortalecimiento de la infraestructura y rendición de cuentas. La LGS establece que le corresponde a los REPSS estatales aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que les sean transferidos por la federación y los propios estados para garantizar el abasto de medicamentos y el mantenimiento y desarrollo de infraestructura, conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa. La LGS es enfática en establecer que los estados deben proporcionar a la SSA la información sobre recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto.

4.3.1 Disponibilidad de medicamentos

Los medicamentos son relevantes para la provisión de servicios porque están estrechamente relacionados con el CAUSES en términos de la obligatoriedad de la disponibilidad de las claves previstas para las prescripciones médicas. La LGS confiere a los REPSS facultades que amplían sus grados de elección en materia de adquisición y distribución de medicamentos, al tiempo que la SSA estableció una política farmacéutica que incluye control de precios y una mayor vigilancia en el ejercicio del gasto en estos insumos de la atención médica. Adicionalmente, el ejercicio presupuestal para la compra de medicamentos está normado por el nivel federal, el cual establece como tope de gasto hasta el 30% de los recursos asignados anualmente al SPS.

En materia de disponibilidad de medicamentos, los retos expresados por los tomadores de decisiones fueron los siguientes:

1. La Ley de Adquisiciones complica y burocratiza la operatividad para la compra de medicamentos con recursos de la CNPSS. Este reto expresa dificultades referidas por los REPSS y los SESA para realizar oportunamente la compra y distribución de medicamentos. Estas dificultades están relacionadas con las leyes de adquisiciones de los niveles federal y estatal que regulan los procesos de compra con recursos públicos.
2. Rigidez en los procesos de compra; cada cambio anual de los medicamentos incluidos en el CAUSES provoca cambios y retrasos en los procesos de licitación.

También relacionado con la compra de medicamentos, en este reto se reflejan problemas asociados a demoras relacionadas con la ampliación de las claves de medicamentos para el CAUSES, particularmente en la programación de gasto para claves de reciente inclusión.

Para el caso de los medicamentos, los retos fueron predominantemente de tipo normativo (Cuadro 5). Para el caso del primer reto se expresaron dos mecanismos de compra y distribución de medicamentos: uno realizado a través de los SESA y el otro mediante la intervención de los REPSS. La compra que realizan los SESA se efectúa mediante un concurso abierto en el que intervienen distintos ofertantes. El problema con este procedimiento es que su normatividad incluye un calendario y la participación de un Comité en el que participan decisores de los SESA y los REPSS, lo cual tiende a complejizar la adquisición al implicar el acuerdo de distintas partes que, en caso de alguna inconformidad, retrasan el pago en tanto no se realicen las aclaraciones y los dictámenes correspondientes. En los casos donde hubo mayor intervención del REPSS se expresó el uso de las facultades otorgadas por la LGS para la celebración de contratos, con lo cual hubo referencia a la disminución de retrasos y a una maximización de los recursos disponibles.

No obstante las iniciativas para la mejora de los procesos de compra de medicamentos, su disponibilidad fue vinculada por tomadores de decisiones con

Cuadro 5
Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de medicamentos

Reto	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
1. La Ley de Adquisiciones complica y burocratiza la operatividad para la compra de medicamentos con recursos de la CNPSS	Tipo	Gestión de los SESA	REPSS y SESA con proveedor estatal	Gestión de los SESA	Gestión del REPSS
	Grado	+	+++	+	++
2. Rigidez en los procesos de compra. Cada cambio anual de los medicamentos incluidos en el CAUSES provoca cambios y retrasos en los procesos de licitación	Tipo	Gestión de los SESA	REPSS y SESA con proveedor estatal	Gestión de los SESA	Gestión del REPSS
	Grado	+	+++	+	++

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

dimensiones normativas que rebasan el ámbito estatal, tal y como ocurre con claves de reciente inclusión en el CAUSES. Las opiniones de los informantes fueron enfáticas al considerar que la normatividad federal tiende a burocratizar su compra. Ante esta problemática se documentaron respuestas diferenciadas en los REPSS estudiados, las cuales fueron coincidentes en señalar que la gestión de la compra corrió a cargo de los SESA, mediante transferencias realizadas por los REPSS, exceptuando el caso del Estado D donde se reportó la intervención directa del REPSS en la compra de medicamentos. La situación más relevante se documentó en el Estado B, donde los SESA en coordinación con el REPSS realizaban la compra de medicamentos mediante la contratación de un proveedor estatal.

En cuanto a las innovaciones en medicamentos, se encontraron las siguientes:

1. Subrogación a proveedores privados. Este mecanismo fue el de mayor uso; se refiere a la transferencia de recursos financieros que hacen los REPSS a los SESA con base en los Convenios de Gestión entre ambas instancias.
2. Subrogación a proveedores públicos. Se refiere a un procedimiento similar al anterior, pero donde cambia el tipo de proveedor. Este caso resultó relevante si se contrasta la preferencia y el nivel de demanda respecto a la innovación anterior.
3. Congestión de la compra entre el REPSS y los SESA. No obstante el peso otorgado a la separación de financiamiento y provisión de servicios médicos, la participación del REPSS en la gestión de la compra y distribución de medicamentos favoreció una mayor comunicación entre ambas instancias.

Los desempeños más altos en materia de innovaciones correspondieron a los estados B y D respectivamente, mientras que los estados A y C mantuvieron procedimientos de compra que ya se utilizaban antes de la implementación del SPS. El desempeño más alto se registró en el estado B donde la cogestión del REPSS y SESA derivó en un mecanismo original, toda vez que no se tuvo conocimiento de subrogación pública los otros estados. El caso del estado D resultó sugerente por el nivel de involucramiento del REPSS con los SESA para coordinar la compra y distribución de medicamentos.

Contratamos la compra de medicamentos con una institución pública estatal viendo varias ventajas: primero la adjudicación en favor de ellos no se sujeta a la ley de Adquisiciones federal por ser una entidad pública del Gobierno del Estado. Esta Ley no permite la resolución rápida de problemas, si bien está hecha para hacer las cosas transparentes. Cuando cambia el CAUSES hay claves que salen del padrón; las nuevas claves que entran son bienes distintos a los que se convocaron, entonces es cuando se crean problemas con la Ley de Adquisiciones porque no se puede fácilmente incluir nuevos medicamentos en un contrato vigente que fue adjudicado en base a ciertas reglas. Entonces habría que iniciar un nuevo proceso, pero con el proceso instituido ha sido posible responder también a esta problemática (F2 y F3, SESA, estado B).

4.3.2 Mantenimiento y desarrollo de infraestructura

La LGS establece que los recursos asignados a los REPSS deben aplicarse de manera restringida en el mantenimiento de unidades y en el desarrollo de infraestructura de los SESA, para lo cual no podrá emplearse más del 5% del total de los recursos asignados. Este marco normativo define que el mantenimiento y desarrollo de infraestructura habrán de adaptarse a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa.

Los retos de mantenimiento e infraestructura identificados por los decisores de los REPSS y los SESA fueron:

1. La mayor carga financiera para el desarrollo de infraestructura es para los SESA. Como parte de este reto existen limitaciones en el ejercicio de los recursos asignados a los REPSS para la inversión en infraestructura y equipamiento, lo cual confiere mayor responsabilidad a los SESA en este rubro.
2. Retrasos en la entrega de obra a nivel estatal. Este reto expresa la problemática de la ejecución de obras de infraestructura realizadas por las Secretarías de Obras de los gobiernos estatales. Si bien esta problemática afecta directamente a los SESA, estos atrasos tienen efectos desfavorables en los casos en que se busca la acreditación de unidades.
3. Problemas para empatar el padrón de afiliados con la acreditación de unidades. La problemática asociada a este reto deriva del derecho de los afiliados a recibir una atención médica de calidad en unidades que deben cumplir con requisitos respaldados en un certificado de acreditación. Al mismo tiempo, la CNPSS establece que la atención a los afiliados al SPS debe brindarse en unidades acreditadas.

Los mayores retos respondieron a la demanda de inversión por parte de los SESA y a retrasos en la entrega de obras (Cuadro 6). Hubo amplio consenso en que el desarrollo de la infraestructura médica en estados se desarrolla con base en el denominado Plan Maestro de Infraestructura (PMI), y en señalar que la mayor carga financiera para este fin es para los SESA, con una aportación mínima por parte de los REPSS para este rubro. Existe una evidente confusión entre el requerimiento del SPS de acreditación de unidades de salud para prestar servicios, lo cual demanda del estado una mejora en la infraestructura y el equipamiento de las unidades y el origen de los fondos que se destinan a tal fin.

El reto en el retraso de la entrega de obra ejecutada mediante las Secretarías de Obras de los gobiernos estatales fue igualmente recurrente para los SESA. El estado A no refirió una respuesta específica a este reto. Los estados B y D, si bien reconocieron esta problemática, expresaron estrategias para atenderla, como el hecho de que el REPSS gestione las obras, tal y como se encontró en el estado D. El estado C refirió que se estaba realizando un análisis para contratar constructoras privadas para mejorar la entrega de obras. En cuanto al equipamiento se coincidió en los SESA en que han recibido apoyo limitado del SPS.

■ Cuadro 6

Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de mantenimiento e infraestructura

Reto	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
1. La mayor carga financiera para el desarrollo de infraestructura es para los SESA	Tipo	Gestión de los SESA	REPSS y SESA	Gestión de los SESA	Gestión del REPSS y donativos
	Grado	+	+++	+	++
2. Retrasos en la entrega de obra a nivel estatal	Tipo	Gestión de los SESA	Contratos de REPSS y SESA con proveedor estatal	Gestión de los SESA	Gestión del REPSS
	Grado	+	+++	+	++
3. Problemas para empatar el padrón de afiliados con la acreditación de unidades	Tipo	Gestión de los SESA	REPSS y SESA	Gestión de los SESA y el REPSS	REPSS y SESA
	Grado	+	+++	+	+++

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

En sentido estricto no hay crecimiento de infraestructura con el SPS. Lo que sí tenemos del REPSS es el apoyo en un momento dado para la infraestructura que los propios servicios de salud han propuesto si hay la necesidad de un apoyo adicional. En estos casos si ha habido el apoyo para terminaciones para equipamiento por parte del REPSS. Pero lo más evidente es el claro apoyo que hemos recibido del REPSS para la operatividad de esas unidades, como el apoyo de recursos humanos, medicamentos y gastos de operación...” (F3, SESA, estado D).

Queda claro que el interés de los SESA en prestar servicios para el SPS propicia la necesidad de incluir prioritariamente en el PMI estatal aquellas unidades que se pretende acreditar por el SPS. La búsqueda de recursos motiva en los SESA a desarrollar proyectos de mejora para brindar servicios médicos a los afiliados al SPS.

Las innovaciones expresadas por decisores de los REPSS fueron:

1. Subrogación de obra y cogestión de contratos. Esta innovación se refiere a la búsqueda de proveedores dentro y fuera del ámbito público para mejorar la entrega de obra. La participación del REPSS en la cogestión de la obra fue igualmente favorable.

2. Proyectos de mejora para la acreditación. Dado que la atención médica de los afiliados a los SESA implica la asignación de recursos por parte de lo REPSS para medicamentos y recursos humanos, entre otros recursos, los SESA desarrollan estrategias de mejora de sus unidades para estar en condición de atender a los afiliados al SPS.

El estado B fue el que desarrolló mayores innovaciones para atender los retos de infraestructura de los SESA, particularmente la celebración de contratos con proveedores privados. En este estado se elaboró un proyecto que de gerenciamiento, a través de la contratación de un administrador para la realización de obras, lo cual evita además pérdidas económicas producto de la caducidad de los presupuestos elaborados con mucha antelación a la puesta en marcha de la obra. El REPSS del estado D refirió haber contrareestado los retrasos cogestionando la construcción de obras y buscando donativos.

4.3.3 Aplicación transparente y oportuna de los recursos

El espacio de decisión establece la relevancia de hacer pública la información sobre asignación de montos y rubros de gasto, lo cual se maneja bajo el rubro de transparencia. La LGS establece criterios particulares que los SESA y los REPSS participantes en el estudio deben cumplir en materia de publicación de convenios, contratos y rubros generales de gasto).

El reto identificado por los REPSS fue:

1. La rendición de cuentas se limita a la publicación de los recursos recibidos y ejercidos. Este reto expresa que se siguió un patrón estandarizado en todos los estados, circunscrito a la publicación de los montos recibidos y ejercidos.

Los REPSS y los SESA coincidieron en que la rendición de cuentas se limita a la publicación de los recursos recibidos y ejercidos en las páginas Web de los gobiernos estatales y a los informes gubernamentales (Cuadro 7). Este procedimiento se rea-

Cuadro 7
Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de la rendición de cuentas

Retos	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
I. La rendición de cuentas se limita a la publicación de los recursos recibidos y ejercidos	Tipo	Publicación del gasto			
	Grado			+	

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

liza con base en criterios estandarizados, sobre los que no se identificaron cambios o adaptaciones relevantes. Otra vía de acceso a información sobre el ejercicio de los recursos del SPS es la solicitud de informes específicos por parte de los ciudadanos.

Es importante señalar que se verificó que en las páginas web de los estados no siempre es factible encontrar detalles sobre el ejercicio presupuestal de los recursos del SPS, lo cual se limita a unos pocos datos. Ejemplo de ello es la ausencia de información precisa sobre los avances en las metas de afiliación. Existe, además, falta de normatividad para celebrar convenios de colaboración que impliquen la participación de la sociedad civil en materia de vigilancia del ejercicio de los recursos. A excepción de los convenios celebrados con sociedades civiles para recibir donativos, en materia de transparencia y rendición de cuentas éstos se limitan en todos los estados a la eventual demanda de información específica por parte de la ciudadanía.

4.4 Financiamiento

El manejo de recursos financieros implica recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del REPSS. La SSA establece un modelo nacional a que se sujetan dichos acuerdos, en los cuales se determina, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.

La federación, por su parte, tiene la responsabilidad de transferir los recursos de la cuota social y de la aportación solidaria federal contra la afiliación consignada en el padrón, la cual debe complementarse con la contribución de la aportación solidaria estatal. Ambas partes acuerdan la posibilidad de negociar incrementos en la afiliación, en caso de contar con los recursos necesarios. La administración de los recursos de las diversas fuentes habrá de correr a cargo del REPSS con base en procedimientos normados por la CNPSS.

Los retos identificados por los REPSS fueron:

1. Los recursos asignados al SPS enfrentan presiones de gasto que van más allá de la población asegurada. Este reto muestra que el SPS ha reforzado significativamente las finanzas de los SESA; no obstante esta última instancia trata de atender problemas operativos con los fondos del SPS.
2. La normatividad federal es poco precisa sobre particularidades del gasto. No obstante las fórmulas de gasto definidas en los Convenios de Gestión entre la CNPSS y los REPSS, persisten inquietudes sobre los grados de elección relacionados con el ejercicio de los recursos financieros.
3. Las transferencias financieras por parte de la CNPSS hacia los estados sufren retrasos sustanciales. Este reto expresa las dificultades relacionadas con la ejecución de los fondos, toda vez que las transferencias financieras no se llevan a cabo de manera oportuna, habiéndose registrado atrasos en la ejecución de fondos hasta de un año.

4. No hay claridad sobre la combinación de fuentes de financiamiento para optimizar los recursos. Los retrasos en la asignación no eximen de la responsabilidad de la demanda de servicios a los SESA; a fin de dar atención continua, se documentaron dudas en terreno sobre los fondos a combinar para garantizar la operación de los servicios.

Los desempeños y la situación particular de los estados en cuanto a los retos del financiamiento están descritos en el Cuadro 8. Este cuadro muestra que en la mayoría de los estados se expresó que los recursos financieros asignados al SPS buscan ser utilizados en los SESA para atender sus rezagos financieros o falta de solvencia. Aparte de los problemas de mantenimiento y desarrollo de infraestructura, los fondos aportados por la CNPSS buscan ser utilizados para resolver otros problemas operativos de los SESA tales como la contratación de recursos humanos y la compra de insumos para la operación corriente de los programas a su cargo. Este tipo de presiones fueron más marcadas en el estado A, donde los SESA tienen una gran injerencia sobre los fondos que recibe el REPSS para el SPS.

En cuanto a las particularidades del gasto, los decisores expresaron de manera recurrente que no les quedaba claro como se deben ejercer los fondos del SPS, particularmente para responder a contingencias o resolver problemas imponderables como un brote epidémico. Esto fue más marcado en rubros como en gasto en prevención

Cuadro 8
Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de financiamiento

Retos	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
1. Los recursos enfrentan presiones de gasto que van más allá de la población asegurada	Tipo	Combinación	Desempeño	Negociación	Desempeño
	Grado	+	+++	++	+++
2. La normatividad federal es poco precisa sobre particularidades del gasto	Tipo	Integración	Separación		
	Grado	++	+++		
3. Las transferencias financieras por parte de la CNPSS hacia los estados sufren retrasos sustanciales	Tipo	Crédito			
	Grado	++			
4. No hay claridad sobre la combinación de fuentes de financiamiento para optimizar los recursos	Tipo	Combinación			
	Grado	++			

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

de enfermedades, para el cual se destina aproximadamente el 20% de los recursos asignados a los REPSS. La confusión en este caso deriva de que los fondos del SPS están etiquetados para atención médica (denominada “servicios personales”), existiendo limitaciones para su empleo en acciones comunitarias como fumigación contra el dengue o contratación de recursos humanos como promotores.

En el caso de los retrasos en la asignación por parte de la CNPSS hacia los REPSS, se documentaron situaciones de retraso hasta de un año. Esta fue una problemática ampliamente referida por los REPSS, la cual genera inconvenientes en aspectos tales como la transferencia de fondos a los SESA para la atención médica de los beneficiarios del SPS. Este reto implica ajustes operativos importantes porque los decisores de los REPSS consideraron que la falta de recursos financieros compromete aspectos importantes como el surtimiento de recetas, la contratación de recursos humanos o el mantenimiento de las unidades, así como sus efectos respectivos en la acreditación.

En lo referente a la falta de claridad sobre la combinación de fondos de financiamiento para atender a población no asegurada, hubo una tendencia a integrar operativamente el SPS y el programa Oportunidades en los REPSS estatales. En estados como el A y el D, el SPS y Oportunidades operan desde la misma área administrativa a fin de mancomunar esfuerzos y lograr así mayores efectos de protección social de los beneficiarios, promocionando por ejemplo la afiliación al SPSS y advirtiendo del calendario de ésta en los talleres de Oportunidades, así como utilizando además las mismas brigadas para ambos programas. En otros casos como el del estado C se estaba estudiando la posibilidad de emular esta misma estrategia. El estado D además pretende unificar los servicios del IMSS Oportunidades mediante un acuerdo.

Ya tenemos un respaldo importante para que todas las áreas de responsabilidad que no están respondiendo del IMSS Oportunidades, accedan a hacerlo bajo la tutela de los SESA. Esto se regularizará mediante un convenio que tiene el objetivo de que estado pueda canalizar recursos del IMSS hacia los SESA.

Las innovaciones para ampliar los grados de elección sobre financiamiento fueron:

1. Alineación de recursos de programas. Este mecanismo busca maximizar los recursos disponibles, particularmente para eficientar la operación de los SESA en materia de atención a los beneficiarios del SPS.
2. Separación de fondos y partidas contables. Esta innovación se base en una contabilidad acuciosa de los recursos disponibles, procurando la disponibilidad de recursos para la operación del SPS.
3. Créditos internos entre programas. Esta innovación implica, con base en un manejo contable muy eficiente, asignar créditos internos entre programas, los cuales se compensan una vez que hay disponibilidad.
4. Búsqueda activa de fondos para la atención de los beneficiarios. Se estableció la identificación de fuentes como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos,

y la sinergia de recursos con programas como Oportunidades para asegurar una mayor disponibilidad de recursos para la operación.

Para el caso de los grados de elección relacionados con la alineación de recursos, el estado A alinea su gasto conforme a las prioridades del SESA y de otros programas estatales, más allá de la normatividad impuesta por el SPS. Esta innovación busca responder a situaciones de falta de solvencia, las cuales pueden derivar del desajuste entre la afiliación y la atención de los beneficiarios y causar a su vez en situaciones de decremento de recursos por falta de solvencia financiera.

En el caso de la separación de fondos, el estado B separó los provistos a los SESA por el SPS y, ante la falta de claridad de la normatividad federal, ejerció la tutela y el control de éstos. Por su parte, en el estado D el REPSS se ha hecho cargo de aspectos que estaban más allá de sus competencias, al ejercer de manera directa la función de compra de los medicamentos del CAUSES y verificar su distribución y asignación oportuna a las unidades de atención.

Es importante observar que el manejo de fondos tiene connotaciones complejas en cuanto a su administración y la rendición de cuentas. En el estado B las opciones para mejorar la contratación del abasto de medicamentos para el SPS y construcción de obra implicaron poner el manejo cuidadoso de fondos estatales en personal altamente calificado. En el estado C se documentó que el REPSS se coordinaba con los SESA para facilitar que unidades no acreditadas atendieran a los beneficiarios del SPS para generar recursos financieros por afiliación que posteriormente serviría para equipar las unidades con lo necesario para su posterior acreditación. En el estado D se refirió una diversificación en la contratación de la plantilla laboral necesaria para el REPSS y los SESA, cubriendo en función de las asignaciones federales la contabilidad de ambas instancias.

Mi dirección recibirá solamente las asignaciones para su registro y pago si ya son validadas por la dirección general del REPSS. Las unidades de salud que prestan servicios al SPS manifiestan sus necesidades, por ejemplo un mastógrafo, si quieren que lo financie el SPS, esta petición va primero a la dirección general del REPSS quien validará y ya validado viene a esta dirección para iniciar el proceso de compra. Con esa contribución del REPSS se ejerce una supervisión más adecuada y más constante en el ejercicio del recurso los acuerdo a los conceptos autorizados del gasto (F2 y F3, SESA, estado B).

Como parte de las acciones tendientes a minimizar los efectos de las asignaciones tardías de recursos, decisores de los SESA y los REPSS coincidieron en la generación de créditos internos entre fondos de programas, que posteriormente se compensan al recibir los recursos del SPS. El estado B parece realizar un hábil manejo de los fondos de partidas de años previos, y comentar no requerir recursos adicionales. El estado C utiliza el remanente de la partida de fondos del año anterior para cubrir el atraso de los primeros meses del año siguiente, particularmente en lo que debe transferir a los SESA para la prestación de servicios.

En cuanto a la generación de fondos a nivel estatal, se refirieron como fuentes de financiamiento cuotas de recuperación por servicios no cubiertos por el CAUSES, así como mecanismos de gestión para acceder a fuentes disponibles como el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Algunos estados como el A, están haciendo una fuerte apuesta a la percepción de este recurso, buscando la certificación de sus unidades para acceder a éste.

4.5 Conformación de redes de servicios

Si bien la LGS no es específica en materia de redes de servicios, el Reglamento de la CNPSS establece que la prestación de los servicios personales que se derivan del CAUSES debe garantizarse a los beneficiarios del SPS. Para ello, los REPSS cuentan con facultades para establecer convenios de colaboración con otras entidades federativas y otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para suscribir convenios de gestión con los establecimientos para la atención médica de la entidad federativa. Es en función de ello que habrán de asignarse los recursos a los prestadores de servicios en función del cumplimiento ante los propios REPSS de parámetros de calidad, cobertura, evaluación y seguimiento.

Los retos para los REPSS en materia de redes de servicios son:

1. La opción de contratación de servicios por parte del REPSS a proveedores privados o de la seguridad social no ha sido adecuadamente concebida ni implementada. Este reto expresa la problemática que enfrentan los REPSS para ampliar sus opciones de contratación fuera de los SESA. Dada la imbricación de SESA y REPSS en la operación del SPS, decisores de los SESA expresaron su interés por atraer los recursos financieros para otorgar los servicios del SPS.
2. Existe falta de normatividad para celebrar convenios de colaboración que impliquen participación social. En este reto se consigna el apego por parte de los SESA y REPSS a reconocer únicamente instancias oficiales para la vigilancia de la calidad y el trato brindado a los usuarios en las unidades de atención.

La conformación de redes de servicios está influida por los intereses de los SESA y por barreras para una mayor participación por parte de terceros (Cuadro 9). En este caso, la contratación de proveedores fue más limitada en los estados A y B. Los datos sugieren que la opción de privilegiar a los SESA deriva del interés de esta instancia en tener acceso a los recursos asignados al REPSS. Al mismo, se observó en el estado A que las decisiones sobre la operación del REPSS eran facultad de la Secretaría de Salud del estado. En los casos de los estados C y D se hizo mención a la búsqueda de necesidades de atención que no son cubiertas por los SESA para poder ampliar su espectro de proveedores de servicios.

Para el reto de establecer esquemas de colaboración más participativos con instancias civiles la situación fue más limitada, puesto que no encontraron testimonios

Cuadro 9

Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de conformación de redes de servicios

Retos	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
1. La opción de contratación de servicios por parte del REPSS a proveedores privados o de la seguridad social no ha sido adecuadamente concebida ni implementada	Tipo	No reporta	Privilegio SESA	Contrato de proveedores	
	Grado	+	++	+++	
2. Existe falta de normatividad para celebrar convenios de colaboración que impliquen participación social	Tipo	Predominio de Avales Ciudadanos			
	Grado			+	

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

que fueran más allá de la vinculación de los Avales Ciudadanos del Sistema Integral de Calidad para la vigilancia de aspectos de calidad de la atención.

Las innovaciones descritas por los REPSS sobre redes de servicios fueron:

1. Análisis de demanda no cubierta por los SESA. Esta innovación refiere la intención de generar convenios de colaboración para la atención de necesidades no cubiertas por los SESA.
2. Diseño de proyectos de atención para zonas de difícil acceso. Este procedimiento refiere el diseño de contratos por proyecto para la atención de grupos prioritarios con baja cobertura de servicios de salud.

En el caso de la búsqueda de proveedores para demanda no cubierta, se encontraron experiencias en los estados A, C y D, en las cuales se estaban buscando servicios vinculados a la atención médica, como es el caso de estudios de laboratorio y servicios radiológicos. También se habló de la atención de necesidades estatales, como la atención al embarazo y el parto. Esto último se relaciona con el diseño de proyectos de atención para zonas de difícil acceso; esta última innovación se documentó en el estado D, en el cual se desarrollaron contratos con aval del gobierno estatal para contratar proveedores que brinden servicios médicos, particularmente obstétricos, en zonas afectadas por la problemática de la salud materna.

4.6 Modernización administrativa

Conceptualmente, los REPSS son en sí mismos innovaciones organizacionales concebidas como unidades administrativas para operar el SPS en las entidades federativas, lo cual implica en su operación la participación de los niveles estatal y federal. El marco operativo del SPS establece que las entidades federativas habrían de instalar un REPSS para ejercer las facultades que la LGS y la CNPSS les otorga, particularmente la de gestionar la transferencia de recursos federales y estatales así como su participación en la definición de redes de proveedores de servicios médicos personales para garantizar la atención de los beneficiarios del SPS (SSA, 2005).

El espacio de decisión para la instauración de los REPSS como parte de la estructura de los SESA propone la adopción de una estructura organizacional tipo con al menos tres niveles de funciones a desempeñar por la estructura propuesta. El primer nivel se refiere a las funciones esenciales para responder a las responsabilidades primarias de los REPSS, entre las que destacan las áreas de afiliación y operación, promoción, administración de bases de datos y atención a beneficiarios. Las funciones intermedias o del segundo nivel se relacionan con la presencia de áreas como control financiero y de crédito, al igual que la gestión de servicios de salud en la estructura de los REPSS. Finalmente, las funciones de tercer nivel son las áreas que formarían parte del desarrollo integral de los REPSS y que están dirigidas a reforzar el cumplimiento de sus responsabilidades esenciales.

Los retos sobre modernización administrativa fueron:

1. No hay un patrón estandarizado sobre la ubicación del REPSS en los organigramas de los SESA con vistas a garantizar su función articuladora. Este reto expresa las dificultades para coordinar dos estructuras cuya operación debe ser coordinada.
2. Falta claridad e información sobre el manejo y adaptación de plantillas tipo. Este reto refiere la falta de directivas para la estructuración y vinculación de las plantillas y los organigramas.

Los retos identificados por los funcionarios expresaron restricciones para reorganizar la estructura de las Secretarías de Salud estatales incorporando la implementación y conducción de los REPSS (Cuadro 10). Los decisores coincidieron en establecer que el lineamiento federal para la definición de la estructura operativa de los REPSS no orienta acerca de su inserción en la estructura de los SESA ni acerca de la adaptación de una plantilla tipo, no obstante la gran correspondencia en los organigramas operativos de los cuatro estados.

Como parte de la heterogeneidad ante la falta de estandarización en la definición de la estructura operativa, se encontró que los REPSS expresaron mayores márgenes de autonomía para operar, en la medida en que estas instancias tuvieron mayor jerarquía en las estructuras orgánicas de los SESA. Los casos más extremos

■ Cuadro 10

Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de organización

Reto	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
1. No hay un patrón estandarizado sobre la ubicación del REPSS en los organigramas de los SESA con vistas a garantizar su función articuladora	Tipo	Unidad	Integrado	Desconcentrado	Integrado
	Grado	+	++	+++	++
2. Falta claridad e información sobre el manejo y adaptación de plantillas tipo. No hay directivas claras para el desarrollo de las plantilla	Tipo	Federal			
	Grado	++			

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

fueron los Estados A y C; el primero mostró el menor grado de autonomía al estar ubicada la estructura del REPSS como parte de una unidad administrativa dependiente a su vez de la dirección de servicios de salud.

Para el caso del reto relacionado con la especificidad de aspectos operativos de las plantillas tipo, se estableció un desempeño medio en la conducción debido a que en los cuatro estados los REPSS fueron unidades organizacionales reconocidas como parte de la estructura orgánica de los SESA, aunque con un diseño que respondió más al modelo federal. resultó sugerente que la mayoría de los informantes de los cuatro estados seleccionados haya establecido que integraron la estructura operativa de los REPSS con base en un análisis de necesidades operativas locales. No obstante, al comparar sus plantillas con la plantilla tipo propuesta por la SSA estas fueron muy coincidentes.

Las innovaciones identificadas en modernización administrativa fueron:

1. Ajustes a la estructura orgánica y al marco normativo. Este reto refiere la iniciativa de emprender adaptaciones que favorezcan una integración funcional entre la estructura de los SESA y los REPSS, fortaleciéndose así el rol rector de las Secretaría de Salud Estatales.

La capacidad de adaptar la estructura derivó en contextos de mayor autonomía para la toma de decisiones. El REPSS que expresó mayor autonomía normativa fue el del Estado C, el cual es uno de los dos casos a nivel nacional de unidad desconcentrada. Esta característica tuvo como respaldo una reforma a la estructura orgánica y

normativa de los SESA respaldada por el poder legislativo estatal. Se documentó que en los Estados B y D los REPSS estuvieron insertos en la estructura de los SESA bajo la figura de una dirección general dependiente de la dirección de servicios médicos. No obstante una autonomía más acotada, en esos estados se encontró una relación de mayor vinculación entre los REPSS y los SESA, que en los otros casos. El caso del estado A presentó al REPSS menos autónomo y más supeditado a la estructura y procedimientos de los SESA.

4.7 Recursos humanos

La Secretaría de Salud se ha visto inmersa en un proceso de reorganización interna que se ha reflejado tanto en la reorientación de áreas y recursos humanos, como en la alineación de recursos financieros. De esta manera, se ha buscado que el manejo de instrumentos normativos y presupuestales sea efectuado por las diferentes unidades al interior de la SSA, particularmente para dimensiones laborales de los recursos humanos.

Retos identificados por los tomadores de decisiones:

1. La afiliación incrementa la necesidad de recursos humanos en ausencia de plazas federales o estatales para la contratación, pero con la obligatoriedad por parte del SPS de contar con plantilla de recursos humanos para la acreditación de unidades. Este reto expresa la presión de los SESA para responder a los requerimientos del SPS y los REPSS para contratar más recursos humanos y depender menos de pasantes en servicio social para la atención médica.
2. La contratación de recursos humanos bajo la figura de honorarios lleva a regímenes de contrato diferentes para personal en puestos idénticos de acuerdo a la fuente de financiamiento. Este reto expresa que la demanda de contrataciones crea condiciones de desigualdad en los contratos de personal médico.
3. Existe rigidez en la forma de contratar al personal con recursos del SPS porque el contrato propuesto por la CNPSS fija un salario máximo e impide la contratación de recursos de acuerdo a las necesidades estatales. Los topes salariales hacen poco atractiva la contratación de personal calificado.
4. Los contratos del SPSS se acotan a la rama médica. Este reto se refiere a las barreras para contratar personal administrativo.
5. Persisten niveles de insuficiencia de recursos humanos, particularmente de médicos especialistas, para atender la demanda de servicios.

Los estados pugnan por la contratación de personal para los SESA con recursos provenientes del SPS que laboran para toda la población (Cuadro 11). Las funciones del personal contratado suelen ser las mismas que para otros trabajadores que ocupan cargos similares pero con contrato de permanencia. En ningún estado se observó que este personal trabaje solo para los beneficiarios del SPS, sino que atienden también

Cuadro 11
Tipo y grado de respuesta de los REPSS ante los retos de recursos humanos

Retos	Respuesta	Estado A	Estado B	Estado C	Estado D
1. La afiliación incrementa la necesidad de recursos humanos en ausencia de plazas federales o estatales para la contratación	Tipo	Precarios			Énfasis en zonas rurales
	Grado	++			+++
2. La contratación de recursos humanos bajo la figura de honorarios lleva a regímenes de contrato diferentes para personal en puestos idénticos de acuerdo a la fuente de financiamiento	Tipo	Rama médica			Subrogación a OSC
	Grado	++			+++
3. Existe rigidez en la forma de contratar al personal con recursos del SPS porque el contrato propuesto por la CNPSS fija un salario máximo e impide la contratación de recursos de acuerdo a las necesidades estatales	Tipo	Rama médica			Subrogación a OSC
	Grado	++			+++
4. Los contratos del SPSS se acotan a la rama médica.	Tipo	Insuficiencia	Rama médica		Ampliación de plantilla
	Grado	+	++		+++
5. Persisten niveles de insuficiencia de recursos humanos, particularmente de médicos especialistas, para atender la demanda de servicios	Tipo	No reporta	Peso en 1er nivel	No reporta	Subrogación a OSC
	Grado	+	++	+	+++

Escala: +++ = alto; ++ = medio; + = bajo

población no afiliada. El criterio para la contratación de nuevos recursos ha sido cubrir la plantilla de las unidades de salud a fin de alcanzar la acreditación y proveer servicios al SPSS. Este último criterio ha dado lugar a la contratación de recursos de manera precaria sin provisión social o vacaciones, como respuesta de los estados para cubrir las plantillas, en este sentido el estado D ha hecho énfasis en la contratación de personal en zonas rurales, con mayor carencia de personal.

Un problema ampliamente descrito fue la vigencia de un esquema de contratación en los SESA complejo en virtud de su diversidad, heterogeneidad y

prestaciones, de acuerdo al origen de los fondos. La distribución de recursos además de inequitativa se hace sumamente compleja. Cada profesional cobra de acuerdo al presupuesto existente al momento de la contratación y cuenta con distintas prerrogativas o beneficios según el tipo de contrato. El estado D recurrió adicionalmente a subrogar servicios en el sector privado para brindar servicios obstétricos en zonas donde se crean déficits de recursos humanos por su falta de disposición para trabajar en zonas de difícil acceso.

Funcionarios estatales dieron cuenta de que existe cierta rigidez en la contratación con fondos del SPS porque el contrato propuesto por la CNPSS fija un salario máximo e impide la contratación de recursos de acuerdo a las necesidades estatales. Ello implica limitar los recursos humanos para el SPS de rama médica, omitiendo la contratación de plazas para funciones como promotores de salud, odontólogos y personal administrativo.

El perfil lo da la federación, por ejemplo para orientadores ya hay un perfil, se llama procesograma hay uno federal y otro estatal, de acuerdo a la fuente de financiamiento con la que se pague esa plaza se tienen que ajustar a uno u otro requisito (F2 REPSS A).

En el estado A se documentó la mayor carencia de rama médica, la cual es muy alta en función del universo de población por afiliar y atender en el SPS. Por su parte, varios entrevistados del estado D afirmaron haber contratado personal administrativo para cubrir sus necesidades. Otro reto descrito por el estado D es la carencia de médicos especialistas en las zonas rurales, en virtud de la falta de incentivos económicos para laborar en regiones aisladas.

Las innovaciones referidas por REPSS y SESA en recursos humanos fueron las siguientes:

1. Fortalecer las competencias de personal médico y de enfermería. Esta innovación busca compensar las capacidades de personal operativo para contender con la falta de médicos y enfermeras con especialidad.
2. Modificar los regímenes de contratación. Ante las dificultades para designar personal a zonas prioritarias de difícil acceso, esta innovación busca definir incentivos que hagan atractivos los contratos.

La primera innovación fue referida en el estado B, en donde se ha capacitado personal médico y de enfermería para reducir la demanda de consultas en el segundo nivel de atención. En el estado D fue donde se trabajó más a fondo en función de sus rezagos históricos. Como parte de este esfuerzo se refirió también la creación de jornadas acumuladas para médicos especialistas de 48h., las cuales pueden cubrirse con base en modalidades definidas conjuntamente entre REPSS y SESA.

Otra propuesta del estado D es la creación de un mayor número de plazas para residentes en las facultades de medicina para las especialidades en las cuales

hay carencias o también reclutar personal médico en otros estados. En esta misma entidad se están realizando contrataciones a instituciones privadas para subsanar las necesidades de personal especializado, pero esto último mayoritariamente en las ciudades.

4.8 Seguimiento de las acciones del REPSS y la evaluación de su impacto

El SPS ha sido un programa público ampliamente evaluado desde la formalización de su implementación en 2003. Estas evaluaciones se han orientado a generar información estratégica dirigida a consolidar sus marcos operativos y normativos, así como a mejorar la coordinación entre la CNPSS con sus representaciones estatales. Por lo general las evaluaciones han enfatizado el marco federal, por lo que el estudio realizado resulta pertinente al haber generado datos que buscan profundizar en el nivel estatal. Los temas a los que se ha dado mayor seguimiento en las evaluaciones del SPS son la afiliación de beneficiarios, el abasto de medicamentos, el fortalecimiento de la infraestructura de servicios médicos, la satisfacción de los beneficiarios y el cumplimiento de las metas de cobertura dirigidas a la cobertura universal de la población sin seguridad social (INSP, 2003; Harvard / INSP, 2006; INSP, 2006; INSP, 2008; SSA, 2009).

Los resultados encontrados fueron coincidentes con otras fuentes al mostrar que la SSA y la CNPSS han conferido autonomía organizacional a los estados para instaurar sus REPSS (Gómez Dantés, 2007; INSP, 2008). A siete años de la implementación del SPS se ha evaluado su impacto en condiciones de salud, en el gasto catastrófico y en procesos de gestión (Harvard – INSP, 2006; INSP, 2008; SSA, 2009; Frenk et al, 2006; González Pier et al, 2007). Los resultados más destacados de estas evaluaciones en materia de atención médica han mostrado cambios en el acceso a servicios de salud con efectos favorables en el acceso a medicamentos, el otorgamiento de las intervenciones del paquete de servicios del SPS, el acceso a servicios de laboratorio, la disminución del gasto de bolsillo y el acceso a intervenciones de 2° y 3er nivel de atención. Por su parte, las evaluaciones de la gestión de servicios han establecido que el SPSS introdujo cambios organizacionales en las estructuras de los servicios estatales de salud (SESA), (González Block et al, 2008), particularmente la implementación de los REPSS y el establecimiento de redes de proveedores.

Algunos de los alcances más relevantes documentados en las evaluaciones al SNPSS establecen que este esquema ha favorecido una mayor accesibilidad a servicios de salud a sus beneficiarios, a la vez que ha mejorado la prestación de servicios médicos y la transparencia en la gestión de los recursos (Harvard / INSP, 2006). También se ha establecido que la población beneficiaria ha mejorado su utilización de servicios y ha reducido ciertos gastos asociados a la utilización de servicios, particularmente los derivados de la compra de medicamentos (ENSANUT, 2006; INSP, 2008).

La información relacionada con el funcionamiento de los REPSS en este estudio es crucial para fortalecer sus funciones como agencias articuladoras, toda vez

que enfatizó la relevancia de generar mayor información sobre la gobernanza de los sistemas de salud en los estados para fortalecer su desempeño (Arredondo y Orozco, 2006). Esta perspectiva sugiere la necesidad de revisar y ampliar las facultades legales de los REPSS en tanto agencias articuladoras para fortalecer sus capacidades para contratar servicios de salud y garantizar su provisión oportuna a la población afiliada al SPS. Al mismo tiempo, nuestro estudio muestra la importancia de realizar mayores análisis sobre los retos organizacionales para consolidar las funciones de articulación de los REPSS establecidas en la LGS. Este planteamiento es particularmente relevante ante el reto de alcanzar la cobertura universal de la población sin seguridad social por parte del SPS en lo que resta de la actual administración 2007-2012.

Bibliografía selecta

Arredondo A, Orozco E, et al. Financiamiento, equidad y gobernanza en salud en México, Universidad Autónoma de Yucatán, México, 2006

Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México, *Salud Publica Mex* 2007; 49 supl 1:S23-S36.

Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México, *Salud Pública Mex* 2007; 49 supl 1:S23-S36

Gómez Dantés, Octavio. 10 mitos sobre el Seguro Popular de Salud, *Rev. Nexos*, No. 372, Dic. 2008

González Block MA, et al. Evaluación de procesos del Seguro Popular de Salud, INSP, 2008

Instituto Nacional de Salud Pública. Informe de la evaluación del plan piloto del Seguro Popular de Salud, Cuernavaca, México, 2002

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, INSP, México, 2006

Secretaría de Salud. Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2009, SSA, México, 2009

Universidad de Harvard / Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación de Procesos del Seguro Popular de Salud, INSP, 2006

**Evaluación, retos e innovaciones
de la gestión de los regímenes
estatales de protección social
en salud para la cobertura universal**



Esta obra se terminó de imprimir
en enero de 2011, en los talleres de
“Sentido y Significado, S.A. de C.V.”
Calle Querétaro No.19
Col. Cantarranas
C.P. 62440, Cuernavaca, Morelos
La edición consta de 1,000 ejemplares

La protección social de la salud en México tiene como objetivo central evitar el gasto de bolsillo y catastrófico en salud entre los ciudadanos que carecen de seguridad social, mediante su afiliación y atención médica en los servicios del Seguro Popular de Salud (SPS). El propósito de este documento es coadyuvar a la gestión de la protección social de la salud para población no asegurada, con base en resultados de una investigación sobre espacios de decisión en Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) de cuatro estados representativos de México.

Se caracteriza a los REPSS como ejemplo de agencias articuladoras que operan en un contexto de separación de funciones entre financiamiento y provisión de servicios, con diversos grados de autonomía conferida por instancias estatales y federales. Bajo este principio, se argumentará que la implementación de la política de protección social en salud en México ha demostrado avances pero también limitaciones importantes de articulación y descentralización.

