

¿Qué compra, cómo y de quién el Seguro Popular de México? Experiencia con la compra estratégica nacional y en una entidad pionera

Miguel Ángel González-Block, D en CS.⁽¹⁾

González-Block MA.

¿Qué compra, cómo y de quién el Seguro Popular de México? Experiencia con la compra estratégica nacional y en una entidad pionera. *Salud Publica Mex* 2017;59:59-67.

<http://dx.doi.org/10.21149/7768>

Resumen

Objetivo. Analizar el alcance de los subsidios a la demanda mediante la compra estratégica de servicios de salud. **Material y métodos.** Entrevistas y revisión documental a nivel federal y estudio de caso en el estado de Hidalgo. **Resultados.** El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) prioriza las intervenciones por financiar de manera explícita y norma tabuladores y topes de gasto. Se financia predominantemente a prestadores públicos mediante la compra de insumos y la contratación de recursos humanos, sin competencia y con bajo grado de autonomía de gestión. El Seguro Popular en Hidalgo ha diversificado prestadores de servicios y mecanismos de pago. **Conclusiones.** El SPSS tiene amplia oportunidad para ampliar y profundizar la compra estratégica. Se requiere mayor autonomía de prestadores y pagadores así como reglamentación para promover redes de servicios en entornos competitivos.

Palabras clave: compra basada en calidad; protección social; servicios de salud

González-Block MA.

What is purchased, how and from whom by Seguro Popular in Mexico? Experience with strategic purchasing at national level and in a pioneer institution. *Salud Publica Mex* 2017;59:59-67.

<http://dx.doi.org/10.21149/7768>

Abstract

Objective. To analyze the scope of demand subsidies through strategic purchasing of health services. **Materials and methods.** Interviews and document analyses at national level and a case study of the state of Hidalgo. **Results.** SPSS explicitly prioritizes interventions to be financed and regulates prices and expenditure ceilings. Public providers are predominantly funded through the purchasing of inputs and the contracting of human resources, in the absence of competition and with a low degree of managerial autonomy. *Seguro Popular* in Hidalgo has diversified service providers and payment mechanisms. **Conclusions.** SPSS has ample opportunity to extend and deepen strategic purchasing. Greater decision-making autonomy of payers and providers is required, as well as regulations to promote provider networks in competitive environments.

Keywords: value-based purchasing; social protection; health services

Las enfermedades crónicas predominan en el panorama epidemiológico de México, por lo que el sistema de salud enfrenta el reto de su prevención, detección oportuna y control. El Programa Sectorial de Salud 2012-

2018 propuso la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal (SNSU) con calidad. La atención de las enfermedades crónicas requiere de la medición de la cobertura efectiva de intervenciones de prevención

(1) Cátedra PwC de Investigación en Sistemas de Salud, Universidad Anáhuac. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 12 de febrero de 2016 • Fecha de aceptado: 7 de noviembre de 2016

Autor de correspondencia: Dr. Miguel Ángel González Block. Cátedra PwC de Investigación en Sistemas de Salud, Universidad Anáhuac.

Av. Universidad Anáhuac 46, Lomas Anáhuac. 52786 Naucalpan de Juárez, México.

Correo electrónico: miguel.gonzalezblock@gmail.com

y control, entendida como el alcance de resultados de salud respecto del máximo posible.¹ En México se han logrado indicadores razonables de cobertura efectiva de intervenciones para población infantil y para enfermedades agudas,² persistiendo el reto de cobertura efectiva de las enfermedades crónicas.

El financiamiento de los servicios de salud debe incentivar la cobertura efectiva a lo largo del continuo de atención y ha de orientarse hacia la compra de valor en salud o “compra estratégica”.³ Ésta fue definida como un procedimiento sistemático de asignación financiera para resolver las necesidades de salud de poblaciones específicas al contestar explícitamente ¿qué servicios de salud deben priorizarse y comprarse?, ¿cómo comprarlos?, ¿de quién?, ¿a qué precios? y ¿con qué incentivos?³ Se privilegia la compra de servicios de salud mediante mezclas de pago capitado, pago por caso y por resultados de salud; por el contrario, se desalienta la compra de insumos o la contratación de recursos humanos.⁴

México está avanzando hacia la compra estratégica mediante el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), implementado en 2003 con el objetivo de reducir el gasto catastrófico de la población no asegurada. El SPSS privilegió el enfoque en intervenciones completas y en resultados de salud. El Seguro Popular define paquetes de servicios de salud que, por lo general, tienen una alta relación entre el costo y la efectividad. El Seguro Popular asigna una cápita a las autoridades estatales de salud y condiciona la afiliación y retención de individuos por un prestador primario. La asignación financiera condicionada a la afiliación representa 48.3% del total del gasto en salud de la población afiliada al Seguro Popular.⁵

Este artículo analiza cualitativamente las modalidades de la asignación financiera y el alcance de la compra estratégica de la Comisión Nacional de Protección en Salud (CNPSS), órgano encargado de la operación del SPSS. Primero, se analiza la asignación a nivel nacional a prestadores y pagadores estatales, con enfoque en las modalidades de priorización de intervenciones por pagar, en las modalidades de compra y en la asignación de recursos a diferentes categorías de prestadores. Después, se aborda la asignación para las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (Causas), que realiza el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS) en el estado de Hidalgo.

Material y métodos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave y revisión documental de la CNPSS a nivel federal y del REPSS en Hidalgo. La revisión documental incluyó leyes, reglamentos, literatura gris, documentos contables y artículos de investigación. Se incluyeron,

al menos, tres informantes de áreas clave de la gestión financiera de servicios de salud. Se observó la gestión de los recursos asignados al REPSS para la prestación de servicios de salud del Causas. Esta entidad fue seleccionada por incluir la más amplia gama de prestadores en la red de servicios. Se analizó la gestión del FPGC en cáncer de mama por su alto costo y número de casos y por el reto de coordinación con el Causas.

Se entrevistó a 24 funcionarios, incluidos reguladores de la Secretaría de Salud (SSa) en el área financiera y de relación con las secretarías estatales de salud; funcionarios de la CNPSS pertenecientes a la dirección general y áreas financieras y de gestión; funcionarios de gestión y financiamiento del REPSS y, de la gama de prestadores seleccionados, los relacionados con las enfermedades financiadas por el FPGC y por los REPSS (cuadro I). El número de informantes fue determinado con base en la saturación teórica a partir de la teoría fundamentada de Glaser y Strauss.⁶ Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y procesadas en Atlas-Ti para su codificación. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes bajo el criterio de anonimato y confidencialidad de la información.

Resultados

¿Cómo se prioriza y qué se compra?

El SPSS incluye tres fondos de compra: el FPGC, los recursos asignados a los REPSS para la compra del causas y los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE). El reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia del SPSS responsabiliza al Consejo de Salubridad General (CSG) por la definición de la lista de enfermedades, tratamientos, medicamentos y materiales a financiarse mediante el FPGC.⁷ Los criterios son peso de la enfermedad, seguridad y eficacia, aceptabilidad social, y adherencia a normas éticas profesionales y de evolución de la enfermedad. No se identifican criterios de gasto catastrófico institucional. El CSG toma sus decisiones apoyado en una comisión compuesta por instituciones públicas sectoriales y de la sociedad civil.⁷ El Consejo Técnico del fideicomiso del SPSS a cargo de la CNPSS decide, de entre las intervenciones aprobadas por el CSG, cuáles serán incluidas para financiamiento por el FPGC, con base en la capacidad financiera.⁸ Para 2014, se habían incluido 59 enfermedades y se había agotado el presupuesto disponible; se dependía de eficiencias para la consideración de la inclusión de nuevas enfermedades [2. CNPSS].

La CNPSS no cuenta con una jerarquización de intervenciones para incluir, si bien considera un reducido

Cuadro I
FUNCIONARIOS ENTREVISTADOS
PARA EL ESTUDIO DE CASO. MÉXICO

<i>Categoría</i>	<i>Entrevistados</i>
Reguladores en el área económica de la SSa	3
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	3
REPSS Hidalgo	3
Prestadores	
IMSS-Oportunidades	1
Prestadores FPGC	1
Prestadores privados FPGC	2
Prestadores privados del Causas	2
Servicios de Salud de Hidalgo	9
Total	24

SSa: Secretaría de Salud

REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Causas: Catálogo Universal de Servicios de Salud

grupo utilizando criterios implícitos. La CNPSS encara el reto de lograr la eficiencia del SPSS en su conjunto:

Sería poco responsable salir a solicitar más recursos a Hacienda, congreso o [inversionistas] privados, cuando hacia adentro hay que garantizar que sea eficiente el sistema [...] El FPGC tiene un esquema sólido, pero el Causas no, seguimos viendo prácticas estatales que nos deja ver que hay oportunidades [2. CNPSS]

Analistas de la Secretaría de Salud (SSa) consideran que la gran mayoría de las intervenciones del FPGC han cumplido con los criterios de inclusión, si bien la cirugía de cataratas y la vacunación no implican gasto catastrófico y su inclusión fue más bien para asegurar su financiamiento expedito acorde con una decisión política. Por otra parte, las enfermedades lisosomiales fueron incluidas aunque no cumplen con el criterio de costoefectividad [23. SSa]. La hemodiálisis no ha sido incluida a pesar de la gran demanda dado que, según la CNPSS, su cobertura costaría 129% del total del FPGC. Ante la presión por financiarla, la CNPSS permitió que los REPSS asignaran 20% de la Aportación Solidaria Estatal al SPSS a la operación de centros estatales de hemodiálisis [12. CNPSS].

La definición de las intervenciones incluidas en el Causas es responsabilidad de la CNPSS, quien aplica criterios de prevención y promoción acordes a las prioridades nacionales, la disponibilidad financiera, la capacidad de atención y la equidad y justicia distributiva, así como

de trato digno y respetuoso.⁸ Las entidades federativas pueden complementar el Causas con los recursos de la Aportación Solidaria Estatal (ASE). El Causas pretende cubrir 100% de las atenciones de primer nivel y 85% de las de segundo nivel, con 285 intervenciones y 609 medicamentos asociados.⁹ La CNPSS realizó una reingeniería del Causas en 2014 para aliviar la presión económica, pasando de un “vademécum poco sistemático y con imprecisiones” a un catálogo fundamentado en la mejor evidencia aportada por paneles de expertos. Se excluyeron medicamentos sin indicación vinculada a las enfermedades priorizadas, que no fueran de primera línea o que no fueran costoefectivos [3. CNPSS].

¿Cómo se asignan los recursos?

La CNPSS determina tabuladores del Causas y del FPGC y mandata topes de gasto mediante el anexo IV del convenio de coordinación con los estados. Los tabuladores cubren los costos marginales del incremento de la demanda de prestadores públicos debido a la afiliación al Seguro Popular y resarcan el efecto de la cancelación de las cuotas de recuperación sobre los ingresos. Los costos fijos son cubiertos con los recursos del presupuesto histórico mediante la Aportación Solidaria Federal. Los precios del tabulador no son negociables y se ajustan sólo para la inflación general. El tabulador fija los precios tope de las intervenciones. Los recursos se asignan ya sea a través de subsidios anuales al logro de metas o –para la atención especializada– mediante el pago por caso. Los prestadores privados que deseen participar en la oferta deben atenerse al mismo tabulador. No obstante, durante un corto periodo previo a 2012 se fijaron precios diferenciados a prestadores privados para incentivar su participación en la cirugía de cataratas y en la atención obstétrica [2. CNPSS].

El anexo IV mandata asignar al menos 20% del total de los recursos transferidos a la prevención y promoción de la salud mediante los Acuerdos de Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), así como no más de 30% a medicamentos y 40% a recursos humanos. Los AFASPE incluyen 31 programas vinculados con metas de indicadores prioritarios. La CNPSS considera que este mecanismo de asignación es ineficiente debido a que obliga a realizar un gasto difícil de comprobar.

El tope de gasto en recursos humanos pretendió contrarrestar presiones de contratación innecesaria y de reclamos sindicales, dado que para 2009 absorbía entre 14 y 32% del total del financiamiento de los REPSS en estados selectos, con lo cual alcanzaba más de 70 000 contratos de servicios profesionales independientes.¹⁰ El sindicato reclamó la regularización del personal, amena-

zando la viabilidad financiera del SPSS. La compra de medicamentos y otros insumos por los REPSS representó 11.6% del total de sus recursos en 2006 con importantes variaciones entre REPSS y, sobre todo, de precios para medicamentos similares.¹¹ La compra centralizada de insumos para los Servicios Estatales de Salud (Sesa) fue instituida por la CNPSS de manera voluntaria en 2013, alcanzando 2 800 millones en su primer año [2. CNPSS].

La búsqueda de eficiencia en la asignación de recursos del SPSS llevó a la reforma a la LGS en junio de 2014, la cual da a los REPSS la opción de abrir cuentas en la Tesorería de la Federación, evitar las tesorerías estatales y disminuir el riesgo de desvíos y retrasos en la ejecución de los recursos.¹² La reforma también estableció criterios más estrictos y penas asociadas con el incumplimiento en la rendición de cuentas.

¿De quién se compra?

La compra de servicios a prestadores tanto públicos como privados está regida por la LGS y, más recientemente, por la Estrategia de Portabilidad y Convergencia en el sector público de salud. El reglamento de la LGS mandata a la CNPSS y los REPSS a comprar servicios de salud de prestadores públicos y privados acreditados,⁸ pero no se han expedido lineamientos específicos. Basta la acreditación de los prestadores públicos o privados en cada una de las intervenciones del FPGC para que puedan solicitar convenios de colaboración con la CNPSS.¹³ En el caso del Causas, los REPSS financian por mandato a los Sesa y no están obligados a la colaboración con otros prestadores públicos o privados [6. REPSS]. La única norma reglamentaria que orienta la asignación a prestadores privados fue expedida para el programa Seguro Médico Siglo XXI, que opera la CNPSS al margen del Seguro Popular. Esta norma determina la participación privada sólo ante la insuficiencia de prestadores públicos.¹⁴

La Estrategia de Portabilidad y Convergencia procura estándares y mecanismos de coordinación entre instituciones públicas para la compra de servicios médicos especializados, tendiente a mejorar la eficiencia institucional y reducir los tiempos de espera. El Acuerdo General de Colaboración Interinstitucional para el Intercambio de Servicios fijó lineamientos de intercambio de servicios, apoyado en un catálogo de servicios, un tabulador y un manual de lineamientos, que incluye plazos para detonar el intercambio.¹⁵⁻¹⁷ Las acciones orientadas a incrementar la convergencia institucional –tales como el padrón de beneficiarios y las guías de práctica clínica– establecieron bases para reducir barreras a la referencia de pacientes entre las instituciones. No obstante, la estrategia se ha visto limitada a la atención

de emergencias obstétricas debido en general a la alta prioridad para este programa así como a la diferencia de costos entre las instituciones y a la falta de capacidad e incentivos administrativos y de reglamentos,¹⁸ como también a la falta de incentivos a la acreditación por parte del IMSS [3. CNPSS].

El FPGC compra servicios tanto de hospitales de alta especialidad federales autónomos (OPD) como de hospitales especializados y generales de los Sesa y privados. La CNPSS reportó para 2012 un total de 327 unidades acreditadas para el FPGC y 46 convenios firmados con prestadores privados.¹⁹ El Libro Blanco de la CNPSS reporta un total de 247 unidades acreditadas en 2012, de las cuales 42 (17%) son privadas.²⁰ No hay información disponible sobre la asignación financiera a los diversos prestadores.

Los OPD procedieron a acreditarse y a celebrar convenios con la expectativa de recibir recursos frescos y flexibles administrados como ingresos propios. No obstante, los recursos del FPGC fueron percibidos como una:

[...] terrible realidad. Suponía que mi presupuesto era de \$1 000 millones y que tendría 10% más. Pero en lugar de eso, me redujeron el presupuesto federal [del año siguiente] y me presionaron para llegar a un tope y empezó a haber mucha inconformidad con los médicos, pues trabajamos más con el mismo sueldo [17. Prestador público del FPGC].

Los recursos del FPGC dieron flexibilidad a las compras de insumos, pero su retraso repercutió en el desabasto y en la insatisfacción de los pacientes, así como en el desinterés por ampliar la acreditación a más intervenciones. La CNPSS ha logrado agilizar los pagos y, a partir de 2014, introdujo incentivos a la acreditación de unidades al requerir que los Sesa transfirieran al menos la mitad de los pagos del FPGC a los hospitales públicos. Paga, además, los gastos en los que incurren los hospitales de alta especialidad por intervenciones del Causas correspondientes a los Sesa. La acreditación y acceso a recursos del FPGC son ahora la principal fuente de recursos adicionales de los Sesa [3. CNPSS].

La compra de servicios del FPGC a prestadores privados ha sido principalmente motivada por programas de alta prioridad política. Éste es el caso de la cirugía de cataratas y de la atención obstétrica; el primero al enfocarse la opinión pública en la demanda insatisfecha y el segundo para cumplir los Objetivos del Milenio. No obstante, en 2012 se cancelaron los contratos con prestadores privados para cirugía de cataratas y su pago se transfirió del FPGC al Causas. Se justificó la cancelación de contratos por la mala práctica médica y fraude en

casos aislados, aunque también para privilegiar a los prestadores públicos:

El hecho de que hasta 72% de las atenciones para cataratas fueran provistos por prestadores privados prendió un foco amarillo, cuando se trata de privilegiar a los públicos [...] [2. CNPSS].

Atendiendo a evaluaciones de la calidad de la atención solicitadas por la CNPSS, el organismo está ahora considerando opciones para incorporar a los prestadores privados de manera más cuidadosa:

No se ha hecho una política de privilegiar a los privados, pues la idea fue fortalecer a los públicos para crear sana competencia. Si aun así se rebasa la demanda, o si es mejor en privados, entonces se puede acudir a ellos. Definitivamente no se tiene una política de privilegiar a los privados [2. CNPSS].

Es muy sano incluir a prestadores públicos y privados. Es hacia donde debe ir la medicina en este país. Al comparar a los proveedores acreditados de cáncer de niños, entre más de 50 públicos y privados [pueden verse diferencias] en la sobrevivida [...] porque cuando llega un niño con una leucemia, con x grado de avance, al proveedor que tenemos en Chiapas y el Distrito Federal muestran enormes diferencias, a pesar de las guías de práctica clínica [...] Yo no quiero saber si es público o privado; me da lo mismo [...] [2. CNPSS]

La CNPSS está considerando instituir una acreditación más estricta de todos los prestadores a fin de abrir las puertas a prestadores privados de alta calidad y cerrarlas a prestadores públicos de calidad inaceptable. No obstante, la SSA percibe éste como terreno minado con tendencias ideológicas encontradas y confusión sobre la relación entre lucro y salud:

[...] se requiere concertar convenios no lucrativos con los prestadores privados, lo cual es problemático [22. SSA].

La CNPSS está trabajando para mejorar la continuidad de la atención de pacientes desde el diagnóstico por los Sesa hasta la atención médica financiada por el FPGC. La CNPSS reforzó los criterios de supervisión de los prestadores, yendo de la verificación de la hoja clínica a la identificación de la etapa de la enfermedad en la que inicia tratamiento, así como al análisis de sus determinantes. Se pondrá atención al proceso de referencia de pacientes, desde el diagnóstico presuntivo hasta el tratamiento a fin de ligar con acciones financiadas por los AFASPE y por el Causas y enfocar en esfuerzos para

integrar a la red de prestadores. Entre las acciones que se están tomando figuran la capacitación de prestadores, la supervisión del protocolo y el seguimiento de manera proactiva [3. CNPSS]

En el FPGC queremos ver el desempeño en el impacto en el paciente, de que la sobrevivida sea igual en todos los hospitales del país [1. CNPSS].

Cabe remarcar que un organismo de la sociedad civil especializado en cáncer de la mujer logra los mejores estándares de atención para el FPGC.²¹ Logra, además, complementar el FPGC –que representa 60% de sus ingresos– con donativos y excedentes de la venta de servicios [20. Prestador Causas y FPGC privado]. Una empresa acreditada para la atención de cáncer de mama y próstata debe diagnosticar por su cuenta a los pacientes sin el pago correspondiente por el Causas, dado que los prestadores públicos los refieren por mandato a sus propios hospitales sin importar su saturación [21. Prestador FPGC privado].

El programa federal IMSS-Prospera (antes IMSS Oportunidades), que brinda servicios médicos de primer nivel y de hospitalización general a la población no asegurada en zonas marginadas, empezó a recibir en Chiapas y Oaxaca una cápita del REPSS de 200 pesos para incrementar su paquete de servicios al nivel del Causas. Con este incentivo, IMSS-Prospera está acreditando sus unidades médicas [7. IMSS Oportunidades].

El caso de Hidalgo

El REPSS Hidalgo asigna sus recursos a través de diversos canales. La mayor parte se asigna a los Servicios de Salud de Hidalgo (SSH) mediante la compra de insumos, la contratación de recursos humanos y el subsidio de metas de atención. Paga también por casos de atención ambulatoria y hospitalaria a prestadores del gobierno estatal externos a los SSH así como a organismos de la sociedad civil. De manera incipiente, compra servicios de primer nivel a una empresa privada mediante una fórmula de capitación.

El gasto del REPSS Hidalgo en 2012 fue de 1 056 millones: se asignó 54.4% a insumos y recursos humanos; 39.2% a servicios de salud mediante subsidios y contratos, y 6.4% a gastos de operación y administración (cuadro II). El gasto principal fue en personal, con 34.6% del total, con lo que se financió hasta 90% de las plantillas de primer nivel en regiones indígenas de alta marginación. En cambio, en la capital del estado los servicios de primer nivel y el Hospital Obstétrico de los SSH dependen del REPSS para tan sólo 5 y 20% de recursos humanos, respectivamente.

Cuadro II
ASIGNACIÓN FINANCIERA DEL REPSS HIDALGO
SEGÚN LÍNEA DE GASTO EN 2012. MÉXICO

	Total	%
Insumos y recursos humanos	574 963	54.4
Remuneración al personal	365 693	34.6
Medicamentos, material de curación y otros insumos	209 270	19.8
Servicios de salud	414 311	39.2
Pago a terceros por servicios de salud	243 091	23
Acciones de prevención y promoción de la salud	115 204	10.9
Gasto operativo de unidades médicas	40 163	3.8
Caravanas de la salud	15 854	1.5
Otros	67 643	6.4
Gasto de operación	49 675	4.7
Sistema Nacional de Seguimiento	11 626	1.1
Apoyo administrativo	6 342	0.6
Total	1 056 917	100

Fuente: referencia 21

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

El REPSS asignó 6% del total de su gasto en 2012 a la compra de servicios externos a los SSH, que fueron servicios del hospital pediátrico del gobierno del estado y servicios de primer y segundo nivel de la Cruz Roja, un organismo de la sociedad civil. En 2014 amplió la compra de servicios externos de primer nivel a una empresa privada mediante pagos capitados por la atención de población afiliada dentro de una amplia área de cobertura en la capital del estado. Con ello el REPSS duplicó el monto asignado a prestadores fuera de los SSH, para alcanzar aproximadamente 12% del total de los recursos del REPSS [6. REPSS Hidalgo].

El gasto total del REPSS adscrito directamente a unidades médicas por concepto de insumos, recursos humanos y subsidio a servicios o contrato de servicios de salud ascendió a 601 millones²² (cuadro III). De este monto, 59% fue asignado al primer nivel y 41% a hospitales. Un análisis de correlación de la información de gasto para 2012 permite inferir que la asignación financiera per cápita benefició más a municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) ($IC = -0.36$). Del presupuesto del REPSS a hospitales, 36% fue asignado a hospitales generales y 4% al hospital estatal de pediatría. El gasto hospitalario benefició más a la población en municipios con menor IDH ($IC = -0.56$).

La Secretaría de Salud de Hidalgo vio la oportunidad de adquirir servicios de salud externos a los SSH para respaldar la afiliación al Seguro Popular y obtener recursos adicionales:

Cuadro III
ASIGNACIÓN FINANCIERA DEL REPSS
HIDALGO POR PRESTADOR DE SERVICIOS EN 2012
(MILES DE PESOS). MÉXICO

Unidad de servicios	Monto	%
Jurisdicciones sanitarias (centros de salud y caravanas)	353 997	59
Hospitales generales SSH fuera de Pachuca	135 064	22
Hospital General de Pachuca	51 888	9
Hospital Obstétrico de Pachuca	22 385	4
Hospital Niño DIF	25 216	4
DIF Municipal	1 456	0
Tomografía axial computarizada (Beneficencia Española)	1 051	0
Terceros (Cruz Roja y otro)	10 025	2
Total	601 081	100

Fuente: referencia 21

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

SSH: Servicios de Salud de Hidalgo

DIF: Desarrollo Integral de la Familia

Había la queja de la población y había que atenderla. El secretario de salud nunca limitó esta decisión. La intención fue respaldar las actividades que llevaran a la afiliación. No hubo oposición de los sindicatos [...] Se dejó claro que no se buscaban sólo beneficios [del Seguro Popular] para los trabajadores sino también a nivel macro [6. REPSS].

El convenio con Cruz Roja impulsó el crecimiento de la institución privada y apoyó al gobierno estatal:

Entramos a la competencia con las grandes instituciones [...] Estamos con una derechohabencia que podemos decir que están a gusto con Cruz Roja. La población sabe que es REPSS [19. Prestador privado Causas].

Cruz Roja está ahora interesada en ampliar los convenios con el REPSS para atender enfermedades crónicas. No obstante, el REPSS carece de recursos adicionales dado el bajo crecimiento de la afiliación actual y tendría que restarlos a los prestadores públicos. El REPSS percibe así restricciones para ejercer la compra estratégica:

[...] se requieren criterios generales flexibles para lograr el objetivo de la asignación de fondos [...] No debe haber etiquetación de recursos [...] Si mi objetivo es la compra, entonces no puedo operar con un presupuesto [6. REPSS].

También se requiere fortalecer la capacidad de gestión del REPSS para la compra estratégica, sobre todo en sus competencias:

No necesitaríamos mucho más [recurso humano]. Somos 25 personas en el área financiera, que atiende 17 hospitales y 17 jurisdicciones, más los privados [...] Más que por el número de personas, hay que ver el número de innovaciones [...] Estamos en una inercia [...] de tener contacto con personal sindicalizado. Tenemos que renovar al personal. Necesitamos diversidad, no sólo administradores, economistas y contadores. Tenemos las especialidades en recursos humanos, mercadotecnia, administración de empresas, pero requerimos [...] capacidad de hacer innovaciones [6. REPSS].

Acorde con su propio diagnóstico, el REPSS afirma no contar con la capacidad para la evaluación del desempeño, sobre todo en el caso de los prestadores privados: trabajan con muestras de eventos quirúrgicos, realizan visitas domiciliarias y revisan expedientes cuando hay dudas sobre reclamos. Llegan a retener pagos por incumplimiento, procurando no afectar la prestación de los servicios. Para fortalecer su capacidad de evaluación del desempeño, el REPSS diseñó un modelo de pago por resultados para 25 indicadores clave en calidad interpersonal, atención preventiva, control de diabetes e hipertensión, salud reproductiva y salud oral. El esquema está aún por implementarse [8. SSH].

El REPSS está interesado en la autonomía de sus prestadores para que puedan coordinar sus fuentes de ingresos y asumir mayor responsabilidad por sus resultados:

Hay que hacer a todos los hospitales OPD. Si no, se les manda lo que sea con un enfoque paternalista del secretario estatal de salud. [Las unidades] no saben de nómina, no saben de medicamentos, porque se los mandan. Se resolverían así los problemas de la imposibilidad del pago directo de los recursos del FPGC y de la gestión del intercambio de servicios. Los OPD tendrían una junta de gobierno bien supervisada. Realmente ésa es la solución igual para las jurisdicciones. Los obligaría a tener contabilidad. Dependerá de los estados [23. SSA].

Se está buscando que [los prestadores] sean autosostenibles [...] Tendrá que haber una independencia total, donde el pago será por afiliado y responsabilidad directa de la OPD [6. REPSS].

Discusión

Esta investigación analizó la compra estratégica del Seguro Popular a nivel nacional, en el REPSS Hidalgo y entre prestadores públicos y privados selectos. Los resultados no pueden generalizarse y deben considerarse indicativos.

El SPSS está impulsando la compra estratégica de servicios de salud en México al priorizar conjuntos integrados de enfermedades, intervenciones y medicamentos con criterios explícitos. El concepto de “enfermedades catastróficas” bajo el que opera el FPGC no es claro, sobre todo en ausencia del criterio de inclusión basado en costo, o bien en capacidad de cobertura local frente a la regional.²³ La separación de listas y gestores de intervenciones del FPGC y del Causas podría limitar la continuidad de la atención y la conformación de redes integradas de servicios.

El CSG no prioriza la cobertura de nuevas enfermedades al interior de la lista de aquéllas evaluadas como costoefectivas; delega esta decisión a la CNPSS. La Comisión es así responsable por la ampliación de la cobertura de intervenciones, lo cual realiza sólo en función de la suficiencia de los recursos que le asigna el SPSS y de la eficiencia. No obstante, la separación legal entre el FPGC y el Causas, así como la escasez de incentivos, son barreras a la eficiencia. La presión de gasto en nuevas intervenciones, como hemodiálisis, está siendo encarada fuera del marco normativo.

El SPSS confiere a los REPSS un amplio espacio de decisión para la gestión del Causas.²⁴ No obstante, es débil el apoyo técnico y normativo recibido de la CNPSS para la identificación, financiamiento y evaluación de la calidad y la eficiencia de los prestadores públicos y privados. La norma que privilegia a los prestadores públicos del Seguro Médico Siglo XXI –única norma en la legislación en salud en pronunciarse de esta forma– limita la competitividad a favor de la calidad y podría ser anticonstitucional.²⁵

La Estrategia de Portabilidad y Convergencia no ha tenido el efecto deseado sobre la integración sectorial en virtud de la inflexibilidad para la negociación de tabuladores y precios al interior del sector público. La acreditación de prestadores del FPGC a nivel de cada intervención es también una barrera.

El caso del REPSS Hidalgo sugiere que el financiamiento del Causas puede favorecer la equidad, si bien se requieren lineamientos que favorezcan la asignación diferenciada en función tanto del número de afiliados en condiciones de pobreza como de diferenciales de costo para zonas rurales.

La CNPSS y los REPSS tienen la opción de incentivar la competencia mediante la contratación de prestadores privados, cuya calidad y precios prometa mejorar la cobertura efectiva y la eficiencia. La evaluación de resultados de la contratación de una empresa privada para la prestación de servicios de primer nivel del Causas en Hidalgo arroja resultados prometedores en calidad de la atención y de procesos de atención en diabetes.²⁶ No obstante, la compra estratégica requiere

criterios claros y un mandato para que la asignación sea competitiva. Se estimularía así a prestadores y aseguradores privados²⁷ a invertir en las prestaciones del SPSS, a movilizar donativos y a realizar subsidios cruzados entre líneas de negocio.

Si bien la actualización de precios y tabuladores por la CNPSS es un reto, podría ser insuficiente para promover la calidad de los prestadores públicos así como la participación de prestadores privados carentes de subsidios. Sería recomendable analizar si la actualización y diferenciación de precios lograría mayor competitividad y calidad de la atención.

Los esfuerzos que están haciendo la CNPSS y el REPSS Hidalgo para la evaluación del desempeño y el pago por resultados son congruentes con la compra estratégica. No obstante, la falta de autonomía de los prestadores públicos y la predominancia del financiamiento mediante presupuestos históricos⁵ les impiden responder a este tipo de incentivos, lo que limita su contribución hacia la eficiencia.

La adquisición de insumos sigue siendo la principal responsabilidad financiera de los REPSS. Las nuevas disposiciones para la compra consolidada y la gestión financiera apoyada en la Tesorería de la Federación¹² abren la oportunidad para enfocarse en la compra estratégica de procesos integrales de atención. El pago directo por la CNPSS de intervenciones hospitalarias del Causas a población que se atiende fuera de su estado apunta hacia un enfoque de gestión de redes integrales que podrá beneficiar a la población migrante, a la vez que brindar incentivos a los REPSS para satisfacer a sus afiliados en instituciones al interior de los estados de afiliación.

Conclusiones

El SPSS ha evolucionado durante 10 años en dirección a la compra estratégica y a la búsqueda de eficiencia. Esta tendencia habrá de reforzarse ante un presupuesto fijo e incluso decreciente, así como ante la presión para incrementar la cobertura de intervenciones. Hay oportunidad para mejorar el proceso de priorización así como para establecer un horizonte para la ampliación de coberturas. Se recomienda para ello la designación de responsabilidades para el análisis y la discusión periódica de la ampliación de la cobertura del Seguro Popular.

A pesar de las tendencias favorables, la asignación financiera para el Causas sigue enfatizado la compra de insumos, y es el mecanismo de asignación con la menor capacidad para promover la eficiencia y la calidad. En cambio, el pago por caso en el FPGC ha permitido incrementar la oferta, negociar precios y aumentar la productividad tanto de prestadores externos a los Ses

como de las OPD y de prestadores privados. El pago capitado y por servicios a prestadores privados para intervenciones del Causas en Hidalgo apunta hacia una mayor eficiencia.

Se requiere reglamentar la gestión financiera del SPSS y promover por esta vía la autonomía de gestión de la red pública de atención. La CNPSS puede contribuir a desarrollar la autonomía de gestión mediante procedimientos de facturación y pago. Sobre estas bases, se podrá promover la asignación competitiva entre prestadores públicos y entre éstos y los privados como herramienta para mejorar sustancialmente la cobertura efectiva de las enfermedades crónicas.

Se recomienda, asimismo, analizar la capacidad de la CNPSS y de los REPSS para impulsar modelos innovadores de contratación basados en diseños de vanguardia, en la puesta a prueba de pilotos y en la evaluación rigurosa. Sobre estas bases, la CNPSS y los REPSS podrán utilizar la compra estratégica como una poderosa herramienta para alinear a los prestadores de servicios con las políticas nacionales de salud.

Financiamiento

Este proyecto fue financiado por la Organización Panamericana de la Salud, con el contrato ME/CNT/1500183.001.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray C. Access, utilization, quality, and effective coverage; an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med* 2005;61(1):97-109. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.011>
- Lozano R, Solis P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan D, Vidal C, et al. Benchmarking Performance of Mexican States Using Effective Coverage. *Lancet* 2006;368(9548):1729-1741. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)28499-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)28499-9)
- Figueras J, Robinson R, Kakubowski E. Purchasing to improve health system performance. London: Open University Press, 2005.
- Musgrove P. Financial and other rewards for good performance or results: a guided tour of concepts and terms and a short glossary. Washington, DC: The World Bank, 2011.
- González-Block MA, Figueroa A, García-Téllez I, Alarcón J. Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica. *Salud Publica Mex* 2016;58(5):522-532. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242>
- Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967.
- Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Reforma publicada el 8 de junio de 2011. México: Diario Oficial de la Federación, 2011.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Título Tercero Bis. Capítulo VI del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Artículos 77 bis 29. Ciudad de México: Cámara de Diputados, Junio 2016.

9. Comisión de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2013. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2014.
10. Nigenda G, Ruiz JA, Aguilar-Martínez ME, Bejarano R. Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud Publica Mex* 2012;54(6):616-623. <http://doi.org/bn4p>
11. González MA, Nigenda G, Téllez M, Trejo B, González L, Herrera C, et al. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2007. Resúmenes Ejecutivos, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
12. Diario Oficial. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los Títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de Salud. 4 de junio de 2014.
13. Comisión de Protección Social en Salud. Reglas de operación del fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud. Ciudad de México: Comisión de Protección Social en Salud, 2014.
14. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2016. 28 de diciembre de 2015. México: Diario Oficial de la Federación, 2015.
15. Secretaría de Salud. Catálogo Nacional de Servicios. Intervenciones. Auxiliares de Diagnóstico, Tratamiento y Tabulador de Tarifas Referenciales. Ciudad de México: SSA, 2011.
16. Secretaría de Salud. Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios Interinstitucionales. Ciudad de México, SSA, 2011.
17. Secretaría de Salud. Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud. Ciudad de México: SSA, 2011.
18. González-Block MA, López-Santibáñez C. Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
19. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Rendición de Cuentas 2006-2012. Segunda etapa. Ciudad de México: SSA, s/f.
20. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Libro Blanco. Sistema de Protección Social en Salud. "Seguro Popular". Ciudad de México: CNPSS, s/f.
21. Lozano R, Genao B, Orozco E, Franco F, Villareal C, Garnelo N. Evaluación Externa del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud 2013. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública., 2014.
22. Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Hidalgo. Resumen anualizado de pago de atenciones por unidad por mes, ejercicio 2012. Pachuca: REPSS, 2013
23. Martínez G. Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones. *Salud Publica Mex* 2016;58(5):577-583. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8248>
24. Orozco E, González MA, Rouvier M, Arredondo A, Bossert T. Evaluación, retos e innovaciones de la gestión de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la cobertura universal. Resúmenes Ejecutivos. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
25. Diario Oficial. Ley Federal de Competencia Económica. 23 de junio de 2014. México: Diario Oficial de la Federación, 2014.
26. Figueroa-Lara A, González-Block MA. Costo-efectividad de una alternativa para la prestación de servicios de atención primaria en salud para los beneficiarios del Seguro Popular de México. *Salud Publica Mex* 2016;58(5):569-576. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8247>
27. González-Block MA, Martínez-González G. Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México. Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada. México: AMIS-Funsalud, 2015.