



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

“Resultados de los procesos médico – administrativos en hospitales públicos con las reglas de operación vigentes en el Seguro Popular y propuesta para su mejora”

T e s i s

Que para optar por el grado de:

Maestro en Administración

Presenta:
Fernando Méndez Gil

Tutor:
Dra. Rocío Llarena de Thierry

Ciudad de México, enero de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen

En el presente trabajo, se realiza un análisis de las reglas de operación que rigen al Seguro Popular en el contexto del Sistema de Salud Mexicano, mediante un enfoque selectivo al efecto de estas reglas operativas sobre los procesos médicos y administrativos de los hospitales y su relación con los mismos.

Asimismo, se analiza cuáles son las reglas de operación que afectan de manera positiva, nula o negativa al objetivo definido por el Seguro Popular de “garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud”.

Para ello, se realiza una investigación retrospectiva, analítica y documental de seis hospitales ubicados en la República Mexicana, pertenecientes al Seguro Popular. Dicha investigación se basa, en primer lugar en la información pública disponible sobre las reglas operativas del Seguro Popular que aplican para los pacientes y hospitales cubiertos, y en segundo lugar, en la información recabada en los hospitales durante la investigación. Posteriormente, se contrasta con los resultados obtenidos hasta el año 2016 sobre el desempeño de los procesos médico-administrativos (medido en indicadores previamente definidos) que presenta la población objetivo.

Finalmente, se establece una propuesta de reglas de operación y procesos basada en los resultados obtenidos, las investigaciones anteriores y la literatura disponible sobre salud pública, para proponer alternativas que beneficien el nivel de desempeño de dichos indicadores.

Palabras Clave:

Economía de Salud Pública

Seguro Popular

Procesos Hospitalarios

Reingeniería de Procesos

Índice

Introducción.....	3
1 Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Seguro Popular.....	7
1.1 Origen del Seguro Popular.....	7
1.2 Estructura del Seguro Popular.....	8
1.3 Funcionamiento.....	8
1.4 Impacto del Seguro Popular.....	11
1.5 Diagnóstico Situacional: Procesos médico hospitalarios y desempeño, el caso de México.....	12
1.6 Planteamiento del Problema.....	16
2 Marco Normativo.....	18
3 Marco Teórico: Economía en Salud Pública y Desempeño Hospitalario.....	20
3.1 Definición: Economía en Salud Pública y Desempeño Hospitalario.....	20
3.2 Enfoques.....	21
4 Marco de Referencia.....	22
5 Diseño de la Investigación.....	24
5.1 Premisa.....	24
5.2 Objetivos de la Investigación.....	24
5.2.1 Objetivo General.....	24
5.2.2 Objetivos Específicos.....	24
5.3 Modelo Teórico Práctico.....	24
5.4 Variables.....	25

5.5 Marco Metodológico.....	26
5.5.1 Enfoque.....	26
5.5.2 Tipo de Estudio.....	26
5.5.3 Área de Estudio.....	27
6 Resultados.....	31
7 Conclusiones y Recomendaciones.....	35
7.1 Conclusiones.....	35
7.2 Recomendaciones.....	36
Referencias.....	38
Bibliografía.....	39
Fuentes de Consulta.....	40

Introducción

El modelo de Sistema de Salud de una nación representa la manera en que la población tiene acceso a los servicios de salubridad, por lo cual tiene un efecto directo en su calidad de vida como sociedad. Así pues, asegurar que este sistema funcione correctamente como conjunto de elementos ordenados e interrelacionados, más allá de manejos clínicos o médicos, puede incidir en el desarrollo de un país.

Como cualquier sistema social, el sistema de salud depende de la forma en que los diferentes elementos (población, pacientes, médicos, recursos financieros, procesos, regulaciones, hospitales y medicamentos) se entrelazan entre sí y operan unos con los otros. La manera en que estos elementos interaccionan y la forma en que los recursos escasos se reparten entre los diferentes elementos del sistema (Economía de la Salud) juegan un papel preponderante en el desempeño del sistema. Por esta razón, una investigación a fondo sobre temas de Economía de la Salud es primordial para mejorar la manera en que la población recibe los beneficios de dicho sistema.

Así pues, según el estudio sobre Sistemas de Salud presentado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2016, el desempeño de las unidades médicas hospitalarias juega un papel fundamental en el sistema de salud de un país, por lo que los procesos que se llevan a cabo dentro de estas unidades pueden definir, en cierta medida, el desempeño del sistema de salud nacional (OCDE, 2016).

En primer lugar, es necesario hacer un análisis detallado y cuantitativo de los procesos administrativo-hospitalarios atribuibles a las reglas de Operación del Seguro Popular; en segundo lugar, hay que medir el impacto que estos tienen en el desempeño de las actividades hospitalarias y, en tercer lugar, se debe verificar que este desempeño puede ser mejorado con un cambio en las Reglas de Operación.

Como aportación, es necesario proponer un Conjunto de Reglas de Operación, con sus correspondientes Procesos médico-administrativos, que garanticen una mejora

en el desempeño hospitalario, al mismo tiempo que cumplen con los lineamientos de Transparencia y legalidad del Fideicomiso del Seguro Popular.

Para contextualizar y dimensionar el problema de manera general, se muestran a continuación los indicadores del Sistema de Salud mexicano presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Población total (2015)	127,017,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales, 2013)	16
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2015)	74/80
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nacidos vivos, 0)	no disponible
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2015)	161/82
Gasto total en salud por habitante (\$int, 2014)	1,122
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2014)	6.3

Fuente: Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México 2016, OCDE

En el ámbito del desarrollo social, uno de los indicadores más claros para medir el desarrollo de una nación es la salud de su población. Como lo indica la OCDE en su reporte de 2016, la salud de la población en una nación depende en cierta medida del modelo de salud y su estrecha relación con el quehacer asegurador.

La inversión pública en el Sistema de Salud mexicano ha aumentado de 2.4% a 3.2% del producto interno bruto (PIB) entre 2003 y 2013. Sin embargo, todavía queda en duda si estos recursos se están traduciendo en beneficios para la salud tangibles, ya que algunos indicadores clave sugieren que el Sistema de Salud mexicano no está trabajando de la forma más eficaz o eficiente en que podría hacerlo. Por ejemplo, el gasto

administrativo representa casi 10% del presupuesto nacional de salud, el más alto de la OCDE (OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*: México 2016)

Además, en relación con los resultados del Seguro Popular, en el rubro de incidencia del gasto privado en salud, se observó una importante regresividad del gasto de bolsillo, a pesar de que mejorar el gasto de bolsillo es uno de los objetivos estipulados por el Seguro Popular. Los hogares más pobres, no asegurados y rurales dedicaron un mayor porcentaje de su gasto total a atender sus necesidades de salud con recursos de su bolsillo. En Campeche y Tabasco, por ejemplo, los hogares del quintil más pobre destinaron 11.1% y 10.6% de su gasto total, respectivamente, mientras que los hogares del quintil más rico destinaron solamente 5.6% y 5.5%, respectivamente. Sin embargo, 20% de los hogares más pobres de Aguascalientes destinaron seis puntos porcentuales menos que el 20% de sus similares de Oaxaca. Por otro lado, 20% de los hogares más ricos de Michoacán asignaron casi 12% de su gasto total a la salud, mientras que sus similares de Nuevo León destinaron apenas 4.5% (Aguilera, 2010).

El presente trabajo pretende, en primera instancia, contribuir con una investigación a fondo sobre los resultados que tienen las reglas de operación vigentes al año 2016 del Seguro Popular sobre el desempeño de los procesos administrativo-hospitalarios, así como verificar si dichas reglas de operación tienen un impacto positivo, nulo o negativo sobre el desempeño de los hospitales. Adicionalmente, se pretende aportar una propuesta de mejora al sistema de reglas de operación que contribuya al desempeño hospitalario y mejora de sus procesos.

En el capítulo uno, se presenta una reseña del Sistema del Seguro Popular, su importancia a nivel población y a nivel de cobertura de problemas de salud pública, analizando brevemente la importancia que todos sus sistemas de pago tienen sobre la población mexicana.

En el capítulo dos, se abordará la estructura que norma al seguro popular, comenzando por el nivel constitucional y llegando hasta las reglas de operación que aplican para este sistema. Asimismo, se hace un breve análisis de los procesos y normas secundarias diferentes al área de la salud, que tienen una relación con la operación del Seguro Popular, como son las leyes en materia de administración pública. Por ser materia del

presente trabajo, en este segundo capítulo se profundiza en la estructura normativa de las reglas de operación actuales.

En el capítulo tres, se define un marco teórico de la Economía en Salud Pública que delimita los enfoques abordados en la investigación, y se da una explicación sobre el enfoque macroeconómico en Salud Pública. También se definen los términos teóricos utilizados en el presente trabajo en materia de Política Económica de Salud, con una breve reseña de sus autores. Además, se resumen los Modelos Económicos considerados dentro del trabajo para medir las diferentes variables de la investigación.

A lo largo del capítulo cuatro, se presentan diferentes estudios publicados en materia de la Economía de la Salud y el Seguro Popular, con el propósito de definir las referencias a investigaciones anteriores empleadas en el presente trabajo. También se hace referencia a estudios internacionales como el estudio de Beck y Zweifel (2010), donde se hace un análisis del impacto en la población originado por el cambio en las estructuras aseguradoras de los sistemas de salud.

Posteriormente, se presentará en el capítulo 5 el diseño de la investigación, al describir la forma elegida para comparar y analizar la información obtenida en cada hospital y, de esta manera, sacar sus correspondientes conclusiones. En este capítulo, se presenta también la premisa de la investigación y la literatura en que ésta se basa y, sobre todo, el objetivo primordial de medir el impacto que generan las reglas de operación actuales y un posible cambio en los procesos médico hospitalarios que afectan el desempeño de las unidades médicas.

Finalmente, durante el capítulo 6, se presentarán los resultados de la investigación realizada; estos se enfocan en el desempeño de los procesos médico-administrativos en los hospitales y en las respuestas obtenidas durante la entrevista con el personal a cargo del manejo del seguro popular en cada uno de los hospitales, para así terminar con el capítulo 8 con las conclusiones y recomendaciones sugeridas sobre las reglas de operación que más afectan la variable de desempeño médico administrativo, basadas en los resultados de la investigación, la literatura y los estudios existentes.

1. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Seguro Popular

El análisis de la información con respecto a los procesos médico-administrativos y las correspondientes reglas de operación del presente trabajo se realizará dentro del contexto del La comisión Nacional de Protección Social en Salud, más conocido como Seguro Popular, el cual constituye el ente asegurador de un porcentaje de la población mexicana y la fuente de financiamiento de hospitales, y es el objeto de estudio de la presente investigación. Durante el trabajo, el término Seguro Popular se referirá específicamente a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, nombre oficial usado en la legislación mexicana para referirse a este sistema asegurador de la población.

1.1 Origen del Seguro Popular

El primer antecedente del Seguro Popular fue la necesidad de una reforma financiera en las instituciones públicas de salud, la cual se hizo patente. Por lo tanto, en el 2001, se dieron los primeros pasos para diseñar e implantar políticas a largo plazo. La fase piloto del Seguro Popular duró tres años (2001-2003) y alcanzó importantes avances en su operación. El programa definió inicialmente un paquete de 78 intervenciones, tanto de primer como de segundo nivel de atención. De acuerdo a fuentes oficiales, estas intervenciones cubren el 85% del total de la demanda de atención. Después de un proceso de negociaciones entre la Secretaría de Salud, el Congreso y los Gobiernos de los Estados, en febrero de 2005 se había logrado incorporar ya a 31 estados. Cada estado tiene la posibilidad de agregar intervenciones al paquete de acuerdo a su conveniencia y capacidad financiera. Es importante recalcar que el Seguro Popular es también un elemento que permite la negociación de recursos entre los gobiernos estatales y el gobierno de la república, permitiendo un sistema de transferencia de recursos que busca cubrir la demanda de salud de todos los estados.

La entonces administración de la Secretaría de Salud implementó el Seguro Popular como un instrumento para proveer de aseguramiento en salud a la población que no estaba cubierta por ninguna institución de seguridad social. El programa no sólo ha intentado financiar servicios de salud para estos grupos sino también protegerlos

financieramente. Se ha estimado que alrededor de 1.5 millones de familias en México empobrecen anualmente a consecuencia de los gastos en los que incurren por pagar servicios de salud, según reportes del Seguro Popular.

1.2 Estructura del Seguro Popular

De manera general, el Seguro Popular es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud de México con autonomía técnica, administrativa y operativa, el cual es responsable de financiar la provisión de los servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud.

Otro de los elementos innovadores en la estructura del Seguro Popular es la reasignación a los estados de fondos federales frescos. La estrategia fue movilizar fondos federales para subsidiar el costo de la prima y solicitar un pago fijo a cada familia de acuerdo a su ingreso. Así, la población paga una proporción de la prima de acuerdo a su ingreso y el resto es subsidiado por fondos públicos. De este modo, el sistema pretende generar un sentido de apropiación del programa y una cultura ciudadana para la demanda de buena calidad de la atención en la población afiliada.

Para fines del presente trabajo, es importante tomar en cuenta que la estructura del Seguro Popular cuenta con un área definida de Financiamiento, la cual tiene la función de planear y administrar los fondos financieros que se envían a las diferentes unidades médicas, incluyendo los Hospitales Federales que se incluyen en la presente investigación.

1.3 Funcionamiento

El Seguro Popular coordina la atención de salud a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.

El Seguro Popular es también un modelo de aseguramiento en salud mexicano perteneciente al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y como tal, su funcionamiento tiene como objetivo financiar la prestación de servicios de salud a las

personas que no están afiliados a servicios de seguridad social como los del Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, PEMEX, o SEDENA. Según cifras oficiales, para el año 2014 el programa había afiliado a 57 millones de mexicanos (INEGI 2011).

De esta manera, el Seguro Popular pretende dar estabilidad financiera a sus afiliados, porque otorga a las familias la seguridad de saber que, si llega a enfermar alguno de sus miembros, no tendrán que preocuparse por cómo pagar la atención y los medicamentos. Asimismo, se denomina "popular", porque está dirigido al pueblo, a las familias más pobres, a todas las personas que trabajan por cuenta propia y que, por lo tanto, no están cubiertas por alguna institución de seguridad social.

De acuerdo con la legislación aplicable, el Seguro Popular es un seguro médico, público y voluntario que fomenta la atención oportuna a la salud, a través de un mecanismo de protección del patrimonio familiar. Además, según la ley que regula al Seguro Popular, el sistema ofrece atención médica, estudios y medicamentos sin costo al momento de utilizarlos. Además, garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud, que cubre 249 padecimientos, y a los medicamentos asociados a dichos padecimientos.

Estos servicios están clasificados en nueve conglomerados o grupos de servicios: a) Acciones de detección y prevención para toda la familia, b) Medicina Ambulatoria, c) Odontología, d) Salud reproductiva, e) Embarazo, parto y recién nacido, f) Rehabilitación, g) Hospitalización, h) Urgencias y i) Cirugía. Dicho paquete de servicios se amplía gradualmente. En enero de 2006, el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud se sustituyó por el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), de modo que las intervenciones o enfermedades cubiertas por el Seguro Popular aumentaron de 154 a 249.

Un ejemplo de lo anterior fue la inclusión paulatina de nuevos tipos de cáncer infantil cubiertos por el Seguro Popular. En una primera etapa, se incluyeron la leucemia mieloblástica y el trasplante de médula ósea; en la segunda etapa, el retinoblastoma, el linfoma no Hodgkin, meduloblastomas y astrocitoma, y, en la tercera etapa, el osteosarcoma, sarcoma de partes blandas, tumor de Wilms y neuroblastoma. Así pues,

se ha denominado crecimiento vertical del Seguro Popular a la ampliación del número de padecimientos cubiertos por el Seguro Popular; que paulatinamente cubre más y más enfermedades. En cuanto a las unidades clínicas, el Seguro Popular tiene una red de hospitales en cada estado, los cuales son, básicamente, los centros de salud, dependientes de la Secretaría de Salud estatal.

De esta manera, la Reforma a la Ley General de Salud, que originó el Seguro Popular, hizo posible que la inversión pública en salud aumentara de manera gradual, sostenible y fiscalmente responsable, con el fin de contar con los recursos necesarios para prevenir y tratar las enfermedades cada vez más complejas y costosas que afectan a la población mexicana. Sin embargo, de acuerdo al reporte de la OCDE para México en 2016, este aumento de inversión no se ve reflejado en la calidad de la atención otorgada a los pacientes.

El Sistema de Protección Social en Salud representa una transformación estructural profunda del sistema de salud mexicano y se convirtió en un motor potencialmente poderoso para impulsar la equidad, la calidad y la justicia financiera en el sector salud, por supuesto, el Sistema de Protección Social se encontró con obstáculos al momento de su implementación después de su concepción legal.

Con respecto al funcionamiento del Seguro Popular dentro de los Hospitales Federales, el Fideicomiso y reglas operativas actuales exigen que los encargados de cada uno de los hospitales comuniquen y capturen la información sobre la atención dada a los pacientes asegurados en sus hospitales. Dicha información es posteriormente validada por las oficinas del Seguro Popular a nivel central para proceder a hacer los pagos correspondientes a los hospitales.

Cabe destacar que el funcionamiento actual obliga a cada hospital a dar la atención cuando el paciente lo requiera y hacer el cobro del gasto desembolsado por el hospital posteriormente. Así mismo, solicita que la información recabada de cada atención otorgada a los asegurados se envíe mensual, bimestral o trimestralmente según las instrucciones de las oficinas centrales del Fideicomiso. En caso de que el paciente atendido pertenezca a una entidad federativa diferente al lugar donde se localiza el hospital, se solicita que esta información se envíe a revisión por parte del Representante

Estatad del Seguro Popular en cada Entidad Federativa (REPSS) para que éste valide la información y proceda a su pago. En caso de que el REPSS estatal considere que la información enviada por el hospital correspondiente es errónea, se procede a una acción de conciliación, donde el Seguro Popular, el hospital federal, y el REPSS validan la información enviada. Sólo entonces se realiza el pago correspondiente al hospital por la atención dada al paciente.

1.4 Impacto del Seguro Popular

Para el año 2006, el Seguro Popular había cubierto a más de cuatro y medio millones de familias. Estas familias obtuvieron los derechos que antes sólo estaban reservados a los derechohabientes del IMSS y el ISSSTE. A esto se le conoce como el crecimiento horizontal del Seguro Popular; es decir, el aumento gradual en el número de afiliados. Para el año 2010, el Seguro Popular estaba presente en 1,657 municipios y creció poco a poco con el objetivo de cubrir la totalidad del territorio mexicano. El Seguro Popular tiene la premisa de que la salud, y por lo tanto la vida de todos los mexicanos, vale lo mismo, de manera que cada mexicano tiene las mismas oportunidades de cuidar su salud, independientemente de su situación laboral, su ingreso, su lugar de residencia, su origen étnico, su edad o su género.

Para diciembre del año 2006, un total de 3,555,977 familias estaban ya afiliadas, y alrededor de 39.8% pertenecía al programa Oportunidades. El Seguro Popular cubría 1,584 municipios y 40,791 localidades. La atención se brindó en 344 hospitales generales y 6,400 centros de salud.

Se calculó un registro de 1,471,252 familias afiliadas de tipo rural y un total de 3,374,205 familias afiliadas que pertenecían al primer o segundo decil de ingreso; es decir, eran familias que no pagaban nada (Lineamientos del Seguro Popular, 2006). Al cierre del mes de noviembre de 2006, 4 millones y medio de familias estaban ya afiliadas y alrededor de 38.4% pertenecía al programa Oportunidades (CONEVAL, 2013).

La creación del Sistema de Protección Social en Salud ha servido como un ancla jurídica a partir de la cual se ha podido negociar y convencer a los actores políticos, tanto

federales como estatales, de la importancia de incrementar el volumen de recursos destinados a proteger la salud de las poblaciones más vulnerables del país, lo cual hasta entonces no se había logrado. El paquete de servicios diseñado para el Seguro Popular supera las limitaciones de programas de extensión de cobertura previamente existentes. Las intervenciones del paquete de enfermedades cubiertas abarcan las patologías más importantes del perfil epidemiológico del país y su selección obedece a una combinación de criterios de costo-efectividad y de aceptación social. En este sentido, el diseño del Seguro Popular pretende dar pasos hacia la democratización de la salud.

Con la reforma estructural al Sistema de Salud mexicano, que dio origen al Seguro Popular, se ha logrado que la gente más pobre, la gente que había sido excluida de la seguridad social, tenga ahora un medio para ejercer su derecho a la salud. Su propuesta, legislación y puesta en marcha constituyó, en gran medida, una auténtica reforma de Estado, pues reúne tres atributos esenciales:

- Es el fruto de la colaboración entre los poderes Legislativo y Ejecutivo.
- Surge de un trabajo conjunto entre el gobierno federal y los gobiernos estatales, además de que estipula la corresponsabilidad de los distintos órdenes de gobierno.
- La reforma trasciende los límites de una sola administración de gobierno, pues su implantación se realizó de manera gradual hasta completarse en el año 2010.

Uno de los impactos más importantes estipulados en el Seguro Popular fue que, para el 2010, se alcanzara la cobertura universal en salud; esto es que el 100% de las familias mexicanas contara con algún tipo de seguridad social.

1.5 Diagnóstico Situacional: Procesos médico hospitalarios y desempeño, el caso de México

Las fuentes de financiamiento, incluyendo el Seguro Popular, las formas de pago a hospitales y los tiempos que los recursos tardan en llegar a las unidades médicas, inciden

en cierta medida en los hospitales y su desempeño, pues son elementos inherentes a la operación hospitalaria.

Según el Reporte de desempeño de hospitales hecho en 2003 por la Secretaría de Salud, la evaluación del desempeño se ha convertido en una necesidad de los sistemas de salud debido a que se ha observado una gran heterogeneidad, tanto en la prestación de los servicios como en los resultados alcanzados. Además, el incremento de los costos de la atención, la proliferación de tecnología cada vez más costosa y las exigencias de mejoras en la calidad de la atención por parte de los usuarios han convertido a la evaluación del desempeño hospitalario en una herramienta importante.

Para hacer más racionales los esfuerzos de mejora continua de los procesos de atención, es necesario analizar y explicar la gran variedad de resultados gerenciales y clínicos. La evaluación del desempeño hospitalario también es importante para hacer más transparente el uso de los recursos y contribuir a los procesos de rendición de cuentas.

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social fue la institución pionera en estos ejercicios. En 1956, empezó a evaluar sus servicios mediante la revisión de sus expedientes clínicos. En 1957, formó la Comisión de Supervisión Médica para sistematizar las actividades de seguimiento y evaluación de sus programas. En 1972, sustituyó el concepto de “auditoría médica” por el de “evaluación médica”.

Posteriormente, en 1992, el sector salud en su conjunto publicó el *Manual de evaluación de la calidad de la atención médica*, que estandarizó los procedimientos de evaluación de los hospitales en todo el sector. Entre 1997 y 1999, se llevó a cabo el Diagnóstico Basal de Calidad, que incluyó a 214 hospitales generales de la Secretaría de Salud, y permitió analizar los aspectos relacionados con el equipamiento, el abasto de medicamentos, el apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades, así como la satisfacción de los prestadores, entre otros.

Más recientemente, en 1999, se estableció el Programa de Certificación de Hospitales, a partir del cual se verifica la estructura hospitalaria, y algunos procesos y resultados de la atención. A pesar de todos estos esfuerzos, la evaluación del desempeño de los hospitales ha mantenido un perfil bajo, con mucha variabilidad en cuanto al tipo de

indicadores seleccionados, la difusión de los resultados y el uso que pudieron haber tenido esos ejercicios en la mejora de las prácticas institucionales. Como se señaló líneas arriba, existen varias razones que justifican la evaluación del desempeño en los hospitales; entre ellas destacan:

- las variaciones en la calidad técnica e interpersonal de los servicios hospitalarios
- la falta de implantación de medidas efectivas para fomentar la seguridad del paciente

Dentro de los factores que influyen en las variaciones de la calidad técnica, destaca el uso de procedimientos de diagnóstico y tratamiento muy distintos para un mismo padecimiento al interior de un hospital y entre diferentes unidades hospitalarias. Estas diferencias explicarían una fracción de los resultados contrastantes en salud que se pueden observar en la práctica clínica.

Otro factor son los errores médicos, que ocasionalmente salen a la luz pública a través de los medios de comunicación y que el documento del Comité de Calidad de la Atención del Instituto de Medicina de los Estados Unidos considera como la punta de un iceberg. En el documento *To Err Is Human: Building a Safer Health System* se señala que en los Estados Unidos se producen 98,000 muertes anuales como resultado de errores médicos. Esta cifra ubica a este problema en el octavo lugar en la lista de las causas de muerte de ese país, por arriba de los accidentes automovilísticos, el cáncer de mama y el VIH/SIDA.

Por lo que se refiere a la calidad interpersonal, los usuarios de nuestros servicios de salud con frecuencia se quejan de los tiempos prolongados de espera para recibir atención, la cancelación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos ya programados, el maltrato de pacientes y familiares, la escasa participación de los usuarios en las decisiones que atañen a su salud y el mal estado de la infraestructura física de nuestros hospitales. Los costos de la atención hospitalaria también han aumentado a un ritmo superior al de otros bienes y servicios de la economía. Esto se debe en parte a las innovaciones tecnológicas que adoptamos con celeridad y que prometen mejorar la

efectividad de las intervenciones. A esto habría que agregar los problemas de eficiencia en el uso de los recursos financieros, humanos y materiales disponibles. Finalmente, el acceso a los servicios hospitalarios es muy desigual. En general, puede afirmarse que el acceso es mejor en las entidades más desarrolladas, en los municipios con una menor marginación y entre la población de mayores recursos. Por todas estas razones, la Secretaría de Salud ha considerado conveniente establecer el Observatorio del Desempeño Hospitalario (ODH), con el propósito principal de contribuir a la generación de evidencias que ayuden a mejorar la gestión de los servicios hospitalarios en México. Esta iniciativa contempla la evaluación del desempeño de los hospitales en cuatro ámbitos: i) gerencia y sistemas de información; ii) eficiencia y efectividad clínicas; iii) satisfacción de los pacientes, y iv) desempeño financiero y de los recursos humanos. Se tiene contemplado establecer este sistema en todos los hospitales de las Secretarías Estatales de Salud para posteriormente extenderlo en forma gradual a los demás hospitales.

Una manera de aproximarse a la productividad hospitalaria es estudiando la relación entre la disponibilidad de recursos empleados y la cantidad de productos generados. Al respecto, se realizó un ejercicio para medir, de manera no exhaustiva, la productividad del hospital mediante la relación de médicos por cama y el porcentaje de ocupación del hospital. En los hospitales generales de menos de 60 camas, se encontró que 15% de las unidades tuvieron una productividad baja (alto número de médicos por cama y bajo porcentaje de ocupación). Esta cifra fue de 16.7% para los hospitales generales mayores de 60 camas, 25% para los hospitales materno-infantiles y 21% para los hospitales especializados. Por otro lado, 12% de los hospitales generales de menos de 60 camas presentaron una productividad alta, con respecto a la razón de médicos por cama. Los valores correspondientes en los hospitales generales de más de 60 camas, los hospitales materno-infantiles y los hospitales especializados fueron de 25%, 18.7% y 27.3%, respectivamente.

Independientemente del manejo y la agilidad de los recursos que puede brindar el Seguro Popular al hospital federal que brinda la atención, el personal hospitalario está

obligado a seguir ciertos criterios clínicos al momento de su atención, lo cual hace que la disponibilidad de los recursos (médico-financieros) se vuelva de alta importancia.

Los protocolos clínicos de atención contienen la secuencia de actividades que el personal de salud debe desplegar frente a uno o más pacientes con una patología específica. Incluye procedimientos diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de seguimiento de los casos respectivos. El uso apropiado de estos protocolos contribuye a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, aportando criterios explícitos para la atención de los enfermos. En los últimos años, los protocolos de atención se han convertido en una herramienta básica para la gestión hospitalaria, y para mejorar la eficiencia y efectividad clínicas. Las actualizaciones periódicas de los contenidos de estos protocolos permiten incorporar nuevas evidencias científicas orientadas a mejorar el proceso de atención y asegurar resultados más satisfactorios para los enfermos. Dentro de los criterios establecidos por el Consejo de Salubridad General para la certificación de los hospitales se encuentran, como requisitos, la existencia de protocolos de atención, las guías clínicas, los algoritmos y las normas técnicas para los 10 motivos de egreso más frecuentes. En estos criterios, se establece que los protocolos de atención deben contener: valoración inicial, diagnóstico diferencial, estudios de diagnóstico pertinentes y procedimientos. (Salud, México, 2003).

Así pues, el presente trabajo pretende encontrar la relación que puede existir entre las reglas operativas del Seguro Popular que aplican para los hospitales, los procesos médico-administrativos y el desempeño de los hospitales.

1.6 Planteamiento del Problema

De acuerdo a los reportes de la Secretaría de Salud (2003 y 2012), los hospitales en México presentan retos para poder otorgar atención de excelencia a todos los pacientes derechohabientes, muchos de estos debido a la dificultad para obtener los recursos necesarios en tiempo y forma, y así mejorar su desempeño.

Como puede observarse en la sección anterior, el desempeño hospitalario es evidentemente afectado por las reglas operativas de cualquiera sistema de financiamiento de la salud, en el caso de México, el Seguro Popular. De acuerdo a las entrevistas realizadas durante esta investigación a personal suscrito a los hospitales, incluidas en el presente trabajo, existen problemas en la capacidad y desempeño de los hospitales asociados a los procesos y reglas exigidas por el Seguro Popular.

Así pues, es viable verificar que las reglas operativas del Seguro Popular, las cuales rigen actualmente a los hospitales que brindan atención clínica, tienen un efecto, positivo o negativo, en el desempeño de los mismos, en cuanto a lograr que los recursos financieros lleguen efectivamente a su fin último: otorgar atención médica de calidad a los pacientes.

2 Marco Normativo

El Seguro Popular toma forma y se deriva, en primera instancia, del Artículo 4 de la Constitución, donde se establece el fundamento del Derecho a la Salud de los mexicanos, el cual indica que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los Servicios de Salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de Salubridad General”.

Así mismo, mediante la reforma a la Ley General de Salud y su Reglamento publicado en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004 se crea el Sistema de Protección Social en Salud que ofrece la prestación de los servicios de salud a todas las familias que carecen de este derecho.

De manera más específica y operativa, las reglas de operación del Seguro Popular son dictadas por medio de un Acuerdo publicado por la Secretaria de Salud en base a los artículos 26 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y los artículos 32 y 33 de la Ley de Planeación.

El Sistema del Seguro Popular también se sustenta en el siguiente marco jurídico:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el Artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su párrafo tercero que: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud.” Asimismo, señala que: “(...) La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” (Facultades del Congreso de la Unión).

Leyes relacionadas o con algún efecto en el Seguro Popular:

- Ley General de Salud; el Artículo 77 bis 1 de la LGS, dentro de su Título Tercero Bis y de conformidad con el Artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos, establece lo siguiente: “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.”

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Esta ley regula el actuar del Estado, incluyendo su participación en la Salud Pública)
- Ley de Planeación (Regula e incluye la planeación del gasto en Salud y Seguro Popular)
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. (Presupuesto federal otorgado al sector salud, y su operación.)

Así mismo, desde puntos de vista fiscales, administrativos y sociales, diferentes reglamentos de ley afectan al Seguro Popular, incluyendo:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud; se publicó en el DOF el 5 de abril de 2004, y tiene por objeto desarrollar la regulación del Sistema que se establece en el Título Tercero Bis de la LGS.
- Reglamento Interno del Régimen Estatal de Protección Social en Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Reglamento de la Ley Federal de Responsabilidad Hacendaria

3. Marco Teórico: Economía en Salud Pública y Desempeño Hospitalario

De manera general, la investigación se lleva a cabo con un enfoque en el estudio Económico en Salud Pública, contraponiéndose a un estudio genérico de temas médicos clínicos. Es decir, el enfoque de la investigación se realiza desde una perspectiva de salud manejada principalmente por el Estado y los factores económicos del sistema de salud.

Como subdivisión del presente trabajo, se encuentra el factor de “Financiamiento de los sistemas de salud”. Para fines de investigación y delimitación de conceptos, se toma la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su documento “Health Systems Financing” (OMS, 2008) donde define al financiamiento de la salud como “la función de un sistema de salud relacionada con la movilización, acumulación y locación de recursos económicos para cubrir las necesidades sanitarias de la población, tanto individual como grupalmente... el propósito del financiamiento a la salud es tener los fondos disponibles, así como otorgar los incentivos apropiados a los proveedores de salud, para asegurar que todos los individuos tengan acceso a salud pública adecuada.”

De acuerdo al mismo documento publicado por la Organización Mundial de la Salud, y en seguimiento al enfoque de Financiamiento de la Salud dentro del marco de la Economía de la Salud, el Financiamiento de la Salud no sólo debe enfocarse en generar más recursos para atender la salud de la población, sino en desarrollar las estrategias y estructuras adecuadas para asegurar que la población tenga disponibilidad y acceso a la salud sin enfrentar dificultades financieras.

3.1 Definición: Economía en Salud Pública y Desempeño Hospitalario

De manera genérica, tomaremos la definición que presenta Mushkin de Economía de Salud: “campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en

estimar la eficiencia de organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización” (Mushkin, 1999).

Por otro lado, de manera específica, se toman las definiciones elaboradas por Anthony Culyer en 2005, para delimitar el significado y medida de los estados de salud; la producción de los servicios sanitarios; la demanda por salud y por servicios de salud; el análisis de costo efectividad y de costo beneficio; la salud territorial; los seguros de salud; los mercados de servicios de salud; el financiamiento; el costeo de enfermedades; la evaluación de opciones en los servicios de salud; el planeamiento de recursos humanos; la oferta de las industrias conexas; la equidad y las determinantes de inequidad en el uso de servicios de salud; la gestión económica de hospitales; los presupuestos; la asignación territorial de recursos; los métodos de remuneración al personal, y el análisis comparativo de sistemas.

Para definir el Desempeño Hospitalario dentro de este trabajo, se toma como base los Manuales 2016 de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) que es la división de la Secretaría de Salud encargada de evaluar oficialmente a los hospitales.

3.2 Enfoques

Con base en las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, en su documento: “Investigación aplicada en salud pública” (OPS, Washington DC, 2006), el estudio se enfocará en la gestión sanitaria y política sanitaria, dentro del ámbito de la Economía de la Salud. De acuerdo con esta línea de investigación recomendada por la OCDE, el análisis de los datos y la literatura del trabajo se concentrarán en las diferentes estrategias y estructuras del sistema de salud mexicano, buscando las diferentes opciones existentes en trabajos pasados sobre reglas, normas y procedimientos dentro de los mecanismos de pago y cobertura en salud.

Siguiendo las mismas recomendaciones de la OCDE, y tomando en cuenta la naturaleza mixta y multifactorial del tema de estudio: “Economía de Salud”, se sugiere en el trabajo un enfoque cuantitativo y cualitativo de las variables estudiadas, procurando

que el enfoque cualitativo sea dentro de un marco metodológico claramente definido, para lograr su combinación con el enfoque cuantitativo de otras variables.

Así mismo, tomando en cuenta que la Economía de la Salud estudia diferentes elementos como: Producción, Distribución, Financiamiento y Consumo, en el presente trabajo se elige delimitar el enfoque al financiamiento de la salud, específicamente al financiamiento público a través del seguro popular y su relación con el desempeño de los hospitales

En materia de Economía de la Salud, para el año 2016 existen enfoques específicos sobre análisis médico–económicos, el enfoque del presente trabajo es la Teoría de Economía Política con el estudio de los determinantes de la Salud en la división de Financiamiento de la Salud.

A nivel de las ciencias económicas, el estudio se aborda desde un enfoque Macroeconómico, es decir el diseño y resultados se enfocan a nivel país (México) tomando magnitudes globales. El modelo estadístico también tomará como base un enfoque macroeconómico para poder extrapolar de manera estadísticamente correcta los datos. Cabe señalar que el análisis de los datos de la población a estudiar, necesario para tener conclusiones correctas a nivel macroeconómico, se encuentra limitado a los datos disponibles para el investigador.

El presente estudio toma también una perspectiva de Salud Pública, al enfocar la investigación en este ámbito de estudio. Por ende, el trabajo toma como lugar de estudio hospitales públicos administrados por el Estado, susceptibles a ser afectados de manera positiva y negativa por políticas públicas en Salud.

4. Marco de Referencia

La Economía de la Salud, como rama específica dentro de la literatura económica, tiene cada vez más influencia académica y social (Culyer, 2012; Zweifel, 2013). Esto último puede medirse en términos bibliométricos recientemente por medio del índice-h (o medida de productividad científica que hace balance entre el número de publicaciones y

las citas que suscitan; por ejemplo, un índice de 4 implica que un autor tiene 4 publicaciones que han recibido al menos 4 citas cada una). Según dicho índice h, en el *Top* de los 100 economistas de la salud más influyentes en el período que va desde 1969 hasta nuestros días destacan, entre otros, Chaloupka, Currie, Cutler, Grossman, Gruber, Newhouse, Pauly, Sloan, Van Doorslaer, Viscusi, Williams y Zweifel.

El análisis del presente trabajo toma referencias de las teorías económicas en materia de salud existentes y publicadas hasta el año 2016. Desde luego, tomando el bien de la salud como bien económico, se puede analizar su uso, reparto e intercambio desde diferentes perspectivas, procurando siempre el uso óptimo de los recursos para el beneficio social.

Uno de los estudios recientes más importantes es el presentado por Beck, K., Zweifel, P., Trottmann, M. (2010): "Risk adjustment in health insurance and its long-term effectiveness" en *Journal of Health Economics*, donde se realiza un análisis actuarial del ajuste del riesgo en aseguradoras del sector salud, e inmediatamente se analiza su efectividad en la población. Sus descripciones sobre el efecto que tienen los cambios estructurales en aseguradoras de Salud, será tomado como referencia en la presente investigación.

A manera de referencia, se tomaron como antecedentes los estudios sobre Economía de la Salud en el caso de México, hechos por la OCDE, específicamente el estudio presentado por Ángel Gurría en enero de 2016.

La publicación de trabajos sobre Economía de la Salud ha presentado un aumento en los últimos años, dentro de la compilación de trabajos *Current Cases*, se presentan 37 trabajos con nombre relacionado a Economía de la Salud, y 147 son trabajos relacionables. Según las Bases de Datos Medlines y Lilacs, los artículos relacionados con Economía de la Salud se han duplicado en los últimos 10 años.

Como puede observarse, el aumento de investigaciones en materia de Economía de la Salud, da un soporte adicional a las conclusiones de trabajos nuevos realizados en el año 2017, pues existen protocolos y comprobaciones previas que colaboran con las tesis actuales.

Así mismo, en referencia a las diferentes escuelas de estudio de las ciencias de la administración, el presente trabajo toma como referencia las teorías de reingeniería de procesos de Hammer y Champy, enfocándose en la modificación de ciertos procesos administrativos y hospitalarios para la mejora de los resultados

5 Diseño de la Investigación

5.1 Premisa

Con base en la Literatura actual, y específicamente en las investigaciones de Culver en 2012, y el estudio publicado por Beck K, Zweifel en 2010 “Risk Adjustmen in Health Insurance and its long term efectivness” en el *Journal of Health Economics* se presenta la siguiente premisa:

La adaptación o inserción de nuevos procesos de pago a los hospitales de referencia por parte del Seguro Popular aumentará el desempeño hospitalario y de los procesos en la población referida.

5.2 Objetivos de la Investigación

5.2.1 Objetivo General

-Medir el impacto que genera la estructura de pagos de Seguro Popular a los hospitales, sobre los procesos médico-administrativos de los hospitales (Población Objetivo)

5.2.2 Objetivos Específicos

-Mapear los procesos médico-administrativos actuales, relacionados con el seguro popular en hospitales públicos

-Identificar las Reglas de Operación que influyen sobre los procesos médico-hospitalarios.

-Proponer un sistema de reglas de operación para el Seguro Popular que contribuyan al desempeño de los hospitales públicos

5.3 Modelo Teórico Práctico

A partir de los datos de la Secretaría de Salud sobre los procesos médico-administrativos llevados a cabo por los hospitales objeto de este estudio, los Indicadores publicados por

la Dirección General de Evaluación de Desempeño durante 2016, las entrevistas con el personal clave involucrado en el procesos y las reglas de operación que aplicaron para dichos casos, se valoró el impacto en el desempeño efectivamente realizado por el hospital al momento de otorgar la atención médica.

Se tomó un reporte sobre los servicios otorgados a pacientes cubiertos por el Seguro Popular elaborado por el personal en el cargo, y se registraron las reglas de operación que aplicaron durante todo el proceso, desde el ingreso o diagnóstico de pacientes, hasta el cobro del hospital al Seguro Popular, para así definir las reglas operativas que aplicaron para estos casos y el proceso que involucró.

Una vez obtenidos los procesos médico-administrativos involucrados en dichos eventos, se definieron el grueso de las reglas operativas específicas aplicadas por el hospital y se registraron los indicadores de desempeño y calidad que se reportaron en dichos hospitales

Finalmente, se hizo una selección de reglas operativas y procesos recomendados, basada en la literatura existente, para realizar una adecuada propuesta de nuevas reglas de operación que promuevan la mejora de procesos médico-administrativos y el desempeño hospitalario.

5.4 Variables

Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Medición
Proceso Médico Administrativo	Conjunto de acciones realizadas durante la atención al paciente, hasta el cobro a Seguro Popular	Cualitativa Nominativa	Enunciativa (Proceso A, B o C)

Desempeño del Hospital	Indicador de desempeño hospitalario reportado	Cuantitativa	Porcentajes (según tipo de indicador)
Regla(s) Operativa(s) Aplicada(s)	Regla o conjunto de Reglas del Seguro Popular que aplicaron durante el proceso de Ingreso, atención, cobro y alta del paciente	Cualitativa Nominativa	Tipo de Regla en Seguro Popular

5.5 Marco Metodológico

El presente trabajo tuvo un enfoque mixto, el análisis de la variable “indicador de desempeño” fue cuantitativo, y las variables como “Regla Operativa Aplicada” y “procesos médico-administrativos” tuvo un análisis cualitativo, enunciando la variable para cada evento estudiado

5.5.1 Enfoque

El enfoque del presente trabajo fue mixto. Por un lado, se identificaron las variables cuantitativas que resultaron de analizar el número de cobros hechos por el área de estudio (hospitales) y la población estudiada (hospitales). Por otro lado, se registraron las reglas operativas y procesos que aplicaron durante el evento, para verificar relaciones positivas, nulas o negativas.

5.5.2 Tipo de Estudio

El presente trabajo se basó en una investigación retrospectiva, tomando datos de eventos pasados registrados en el hospital en su área de Ingreso y Cobertura. El estudio también fue analítico, ya que analizó la relación entre cada una de las diferentes variables y cómo afecta una a la otra, es decir, cómo el tipo de cobertura, cobro y tiempo de pago por parte del Seguro Popular afecta el gasto de bolsillo del paciente. Adicionalmente, el estudio fue de tipo documental; su registro se basó en documentos obtenidos en la literatura y estudios actuales, así como en el registro documental de los hospitales estudiados.

Finalmente, el trabajo es de tipo propositivo, ya que, a partir de los resultados obtenidos y de la literatura actual, propone una serie de cambios y adaptaciones a las reglas que promuevan la disminución del gasto de bolsillo para pacientes del Seguro Popular.

5.5.3 Área de Estudio

En base a la disponibilidad de la información para el investigador, y tomando en cuenta que población a estudiar debe de incluir hospitales que cuenten con certificación para recibir pagos del Seguro Popular y pertenecer a una dependencia gubernamental similar, con el fin de ser comparables, el estudio se realizó en los siguientes Hospitales Federales de Referencia:

1. HOSPITAL DE LA MUJER

Prolongación Salvador Díaz Mirón No. 374, Col. Santo Tomás, Del. Miguel Hidalgo

2. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Dr. Balmis No.148, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06726, México, D. F.

3. HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

Calzada de Tlalpan No. 4800, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, C.P. 14080, México D.F.

4. HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de la Salinas, Del. Gustavo

5. HOSPITAL JUÁREZ DEL CENTRO

Plaza San Pablo No. 13, Col Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06090, México D.F.

6. HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO

Chimalpopoca No. 135, Col. Obrera, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06800, México D.F.

Población Estudiada:

Se tomaron las atenciones médico–hospitalarias otorgadas por parte de los hospitales a la población asegurada por el Seguro Popular, atendida durante el año 2014-2015 y 2016.

Criterios de Selección y Exclusión

Se seleccionaron los procedimientos atendidos en los hospitales que se encuentran dentro del catálogo de Procedimientos Atendidos por el Seguro Popular. Se eliminaron los pacientes que fueron atendidos con cargo a convenios con el IMSS o el ISSSTE y que estuvieron cubiertos por dichos Institutos.

Las entrevistas se realizaron exclusivamente a personal médico-administrativo adscrito a cada uno de los hospitales, al titular del puesto encargado de los procesos del Seguro Popular.

Con el fin de que la población sea comparable, y por disponibilidad de información para el investigador, se seleccionan Hospitales Federales de Referencia, con certificación y acreditación para pagos de Seguro Popular, tomando en cuenta que dichos hospitales son de carácter federal, son comparables en términos de estructura y organización interna, y todos son comparables en términos de procesos que exige el seguro popular.

Técnicas de Recopilación de Información

La información se recopiló por medio del expediente clínico, el historial estadístico y los informes de los hospitales, así como mediante entrevistas con personal hospitalario clave involucrado en el proceso médico-administrativo. Dicha información se recopiló en una Tabla Maestra de Información.

Cuestionario aplicado al personal médico-administrativo

A continuación, se presenta el cuestionario aplicado al personal adscrito a los hospitales, encargado de la función de recabar la información solicitada por el Seguro Popular para el pago a los hospitales, durante un periodo de tres meses.

1.- Mencione el proceso (Serie de pasos) realizado en su hospital, para el cobro de una atención hospitalaria al Seguro Popular en su Unidad Hospitalaria.

R.- _____

2.- Indique si alguno de los pasos antes mencionados, provoca alguna afectación en el desempeño de su hospital.

R.- _____

3.- ¿Identifica algún paso exigido por el Seguro Popular, que no agregue valor al proceso y tenga el potencial de afectar los indicadores de su hospital?

R.- _____

4- Mencione el periodo promedio anual de cobro al Seguro Popular, desde el momento de otorgar la atención médica, hasta el traspaso de fondos por parte del Seguro Popular.

R.- _____

5.-Comentarios adicionales sobre procesos y reglas operativas del Seguro Popular y su incidencia positiva, nula o negativa en los Indicadores Hospitalarios

Criterios de eliminación

No Aplica

6. Resultados

1.- .- Mencione el proceso (Serie de pasos) realizado en su hospital, para el cobro de una atención hospitalaria al Seguro Popular en su Unidad Hospitalaria.

PROCESOS 100% COINCIDENTES ENTRE POBLACIÓN: .
 -Atención de padecimientos mixtos en caso de que el paciente lo requiera (independiente de los cubiertos por el Seguro Popular)
 - Eventos de Conciliación con REPPS estatal para el caso de CAUSES

2.- Indique si alguno de los pasos antes mencionados, provoca alguna afectación en el desempeño de su hospital.

HOSPITAL DE LA MUJER	HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	HOSPITAL GEA GONZALEZ	HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	HOSPITAL HOMEOPATICO
Conciliación con REPPS estatal	Conciliación con REPPS estatal	Conciliación con REPPS estatal	Conciliación con REPPS estatal	Captura de Expediente Completo en Sistema	Conciliación con REPPS estatal

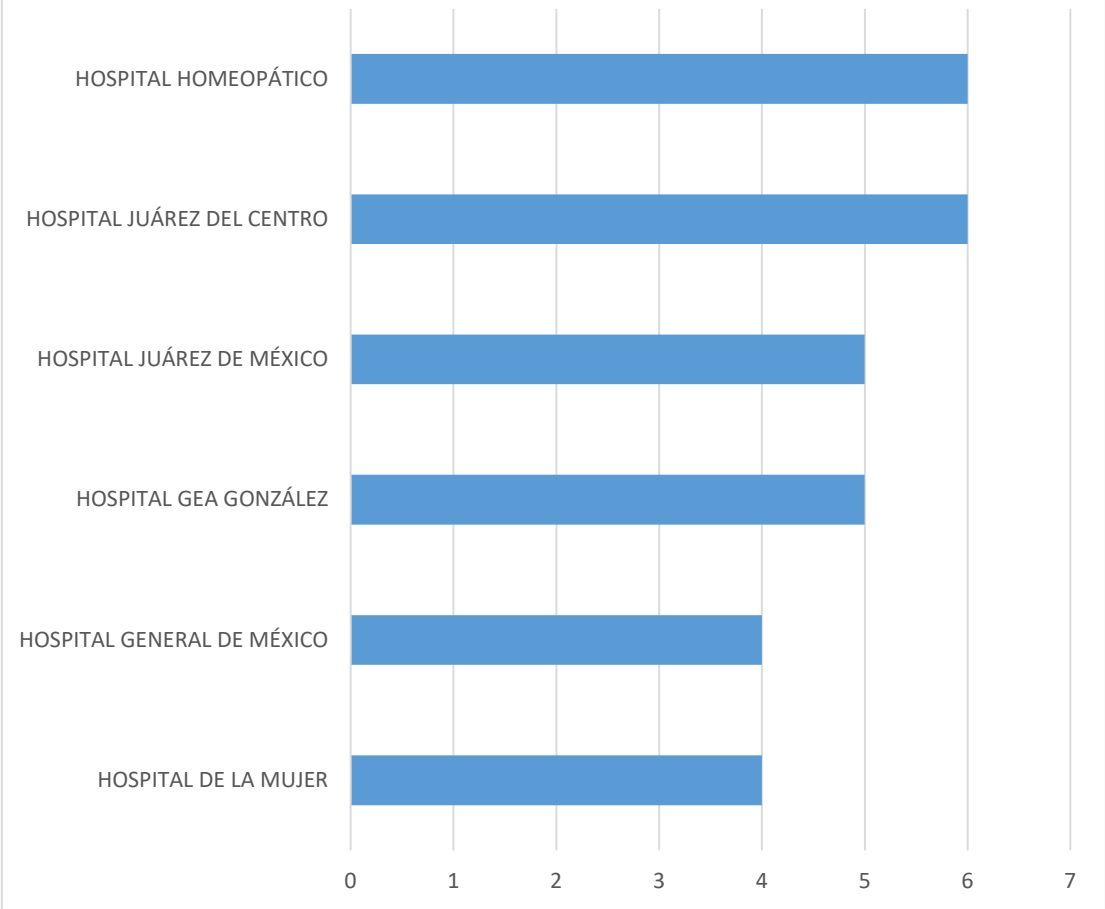
3.- ¿Identifica algún paso exigido por el Seguro Popular, que no agregue valor al proceso y tenga el potencial de afectar los indicadores de su hospital?

Captura de Expediente Completo en sistema de Seguro Popular	Conciliación con REPPS estatal	Captura de Datos generales en Sistema	Conciliación con REPPS estatal	Captura de Expediente Completo en Sistema	Conciliación con REPPS estatal
---	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---	--------------------------------

4.- Mencione el periodo promedio anual de cobro a seguro popular, desde el momento de otorgar la atención médica, hasta el traspaso de fondos por parte del Seguro Popular.

4 meses	4 meses	5 meses	5 meses	6 meses	6 meses
---------	---------	---------	---------	---------	---------

Meses promedio para cobranza por atención a Seguro Popular



Después de realizar entrevistas al personal encargado del Seguro Popular en cada hospital, y revisar la información documental se reporta lo siguiente:

*Se considera el área para comentarios adicionales dentro del cuestionario

Cuestionario:

___El 100% de los Hospitales analizados, reporta coincidencia en los siguientes pasos durante el proceso de atención y cobro al Seguro Popular (No descritos dentro de las Reglas de operación):

-Atención de padecimientos mixtos en caso de que el paciente lo requiera (independiente de los cubiertos por el Seguro Popular)

- Rango promedio de recaudación de información y envío a Seguro Popular: 4 a 6 semanas

- Altos Retrasos en Eventos de Conciliación con REPPS estatal para el caso de CAUSES

-Tiempo Promedio de Cobranza a Seguro Popular: 5 meses

- El 100% de los entrevistados reportan notar una relación entre el desempeño hospitalario de sus unidades, los procesos médico-administrativos y las reglas de operación del Seguro Popular.

- El 80% de los hospitales entrevistados reporta que el proceso de “Conciliación con REPSS estatal” provoca los mayores rechazos y retraso de pagos.

- El 80% de los hospitales entrevistados reporta el proceso de “Conciliación con REPSS estatal” como el evento que potencialmente puede representar mayor afectación en sus indicadores.

- El 60% de los hospitales estudiados reporta que el indicador de Promedio Diario de Intervenciones Quirúrgicas por Quirófano tiene mayor probabilidad de verse directamente afectado en caso de retraso en los días promedio de pago por parte del Seguro Popular.

- Los indicadores de ingreso, atención, registro y cobro al Seguro Popular por parte de los hospitales (descritos y mapeados durante la investigación) reportan coincidencia del 100% en todos los hospitales entrevistados.

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

Después de realizar un proceso de revisión de la literatura previa, la legislación y los procesos aplicables al Seguro Popular, y de llevar a cabo el análisis de los resultados de las entrevistas, se concluye:

Existe evidencia suficiente para respaldar y validar que las reglas de operación, derivadas de la legislación del Seguro Popular en México, efectivamente, afectan los procesos hospitalarios y, en consecuencia, los indicadores de los hospitales. Es decir, las reglas operativas oficiales del Seguro Popular no solamente regulan las actividades del aseguramiento y atención de los pacientes, sino que tienen la posibilidad de incidir directamente en los procesos e indicadores hospitalarios.

El proceso de entrevista a los encargados del Seguro Popular en cada hospital, evidencia una clara homogeneidad en las respuestas de éstos al ser cuestionados sobre los procesos que menos valor agregan y que más afectan a su resultado global como hospital, teniendo una coincidencia de casi 100%.

La revisión de estudios previos y su contraste con la información disponible del Seguro Popular, junto con las entrevistas llevadas a cabo, muestran variación entre los procesos llevados a cabo para CAUSES y los procesos para Gastos Catastróficos dentro de los mismos hospitales para el Seguro Popular, al reportar mayor número de problemas para controlar procesos de CAUSES.

Los resultados de las entrevistas evidencian una tendencia general a reportar que en el Proceso del Seguro Popular, la “Conciliación de atenciones dadas entre Hospital y REPSS” es la actividad que menos valor agrega al hospital y sus pacientes, y a su vez afecta más los procesos hospitalarios y los indicadores. Esta última tendencia se repite en todos los responsables de controlar los procesos del Seguro Popular en los hospitales federales de referencia.

El Indicador oficial de “Promedio diario de Intervenciones Quirúrgicas por Quirófano” tiende a ser el más reportado como afectado por los retrasos en pago por parte del Seguro Popular, las entrevistas sugieren que al ser cuestionados por parte del REPSS al momento de la conciliación, los hospitales sufren un retraso en la recepción de recursos, lo cual retrasa la compra de insumos para quirófano, afectando así este indicador.

La evidencia obtenida y el análisis realizado validan la posibilidad de que las actuales regulaciones del Seguro Popular afecten el desempeño del hospital. Asimismo muestran que los encargados de controlar los procesos solicitados por el Seguro Popular en los hospitales coinciden al momento de reportar afectaciones en sus indicadores derivados de las reglas de operación, y exponen una probable área de mejora para lograr la recomendación de la OCDE sobre trabajar más eficaz y eficientemente dentro del sistema de salud mexicano.

7.2 Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos, se hacen las siguientes recomendaciones:

1- Revisión y Simplificación de la Conciliación - Se sugiere revisar el proceso de Conciliación entre REPSS estatales y hospitales federales, simplificando la aprobación de documentación y eliminando rechazos por errores de redacción, manteniendo sólo los requerimientos que agreguen valor al proceso.

Se reportó una incidencia alta de rechazos y atrasos de pago por errores de redacción en la documentación; estos controles de redacción no reportaron rechazo efectivo al final del proceso.

2- Eliminación de Intermediarios y delimitación del tiempo de respuesta - Se sugiere que el sistema de reglas operativas y el proceso médico-administrativo que rija el proceso de atención y cobro por parte de los hospitales al Seguro Popular no sea intervenido por intermediarios estatales para el caso de CAUSES. En cambio, se propone que el proceso de conciliación y posterior pago sea llevado a cabo por las oficinas centrales y se establezca un límite riguroso de pago una vez que la documentación haya sido validada.

Los reportes de procesos de pago por “Gastos Catastróficos” (evaluados y pagados directamente por oficinas centrales del Seguro Popular) reportaron menor tiempo de respuesta que los pagos de REPSS estatales por CAUSES. Se reporta en las entrevistas que la única variable diferente entre los procesos es la oficina que lleva a cabo la validación. Se recomienda replicar el proceso de cobro de Gastos Catastróficos en el caso de CAUSES.

3- Sistema de Incentivos - Se sugiere adicionar un sistema de incentivos a los departamentos de financiamiento del Seguro Popular, que promueva la agilización de pago por aprobaciones debidamente pre-validadas. No se reporta actualmente ningún sistema formal dentro del Seguro Popular que promueva la agilización de pagos de atenciones validadas.

4- Se recomienda la revisión del Proceso de Captura y cobro por atención de paciente con múltiples patologías, pues el sistema sólo permite capturar una atención por evento, cuando los hospitales son forzados a atender y costear ambas atenciones.

REFERENCIAS

Anthony Culyer, CBE, BA, Hon DEcon, Hon FRCP, FRSA, FMedSci, University of Toronto.

OCDE, ed. (2011). «Country statistical profile: Mexico» (Tabla). *Country statistical profile* (en inglés). OCDE..

INEGI, ed. (2011). «México en cifras. Información nacional, por entidades federativas y municipios» (Tabla). *Estadísticas*. México: INEGI.

INEGI, ed. (2011). «Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 2011» (PDF). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI.

Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud:
http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/inf_gobierno.html , fecha de consulta 5 de Agosto 2017.

To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Editors: Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Washington 2000

Health System Financing, OMS 2010, Suiza.

Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research, Organización Panamericana de la Salud, Washington 2006

Banco Mundial, ed. (2012). «Death rate, crude (per 1,000 people)» (Tabla). *Indicators* (en inglés). Banco Mundial. Banco Mundial, ed. (2012). «Mexico» (Gráficas y esquemas). *Data* (en inglés). Banco Mundial..

Banco Mundial, ed. (2012). «Mortality rate, infant (per 1,000 live births)» (Tabla). *Indicators* (en inglés). Banco Mundial. Banco Mundial, ed. (2012). «Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)» (Tabla). *Indicators* (en inglés). Banco Mundial..

Banco Mundial, ed. (2012). «Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)» (Tabla). *Indicators* (en inglés). Banco Mundial. Consultado el 14 de agosto de 2012.

SINAIS (ed.). «Principales causas de mortalidad general» (Excel). *Mortalidad*. México: SINAIS. Archivado desde el original el 25 de noviembre de 2015. Consultado el 14 de agosto de 2012.

Lewis, Sarah (1 de junio de 2011). «Enfermedades no transmisibles: Un riesgo mayor» (Artículo). México: México social. Archivado desde el original el 25 de noviembre de 2015. Consultado el 16 de agosto de 2012.

OMS, ed. (2012). «Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012» (PDF). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. OMS. Consultado el 14 de agosto de 2017.

SINAIS (ed.). «Principales causas de mortalidad general» (Excel). *Mortalidad*. México: SINAIS. Archivado desde el original el 25 de noviembre de 2015. Consultado el 14 de agosto de 2012.

Aguilera, Nelly (2010). Una Propuesta Integral Para Mejorar el Sistema de Salud en Los Grandes Problemas de México, X Microeconomía. Alejandro Castañeda, coordinador. México, D.F. El Colegio de México

BIBLIOGRAFÍA

Beck, K., Zweifel, P., Trottmann, M. (2010): "Risk adjustment in health insurance and its long-term effectiveness", *Journal of Health Economics*.

Mushkin, Selma (1999). 'Hacia una definición de la economía de la Salud. Espinosa, K., Zea, J. H. R., & Acosta, S. R.. Producción académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002. *Lecturas de economía*, (59), 7-53.

Mochón, F. (1996), *Principios de Economía*. Mac Graw-Hill. Madrid.

Samuelson, P.A.-Nordhaus, W. (1990): *Economía*. MacGraw-Hill. Madrid.

Varian, R. (1991): *Microeconomía intermedia*. MtoniBoch, Barcelona.

Dornbusch-Fischer (1990): *Macroeconomía*. MacGraw-Hill. Madrid.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Evaluación integral de las dependencias de la administración pública federal asociadas al desarrollo social 2011-2012. Secretaría de Salud. México, D.F. CONEVAL, 2013

Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México 2016, OCDE

Fuentes de consulta:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Énfasis artículo 4to constitucional: "...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución"
- Ley General de Salud Énfasis artículos 77 bis 1 a 77 bis 41 77 bis 1: "Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención..."
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud Énfasis capítulo segundo referente a la organización y atribuciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Incluyen artículos 4, 5 y 6. 5 COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SP. (http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGralSP.pdf-8/09/2016)