



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Ibarra, Ignacio; Martínez, Gabriel; Aguilera, Nelly; Orozco, Emanuel; Fajardo-Dolci, Germán E;
González-Block, Miguel A

Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la
integración funcional

Salud Pública de México, vol. 55, núm. 3, mayo-junio, 2013, pp. 310-317

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628332009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional

Ignacio Ibarra, PhD,⁽¹⁾ Gabriel Martínez, PhD,⁽²⁾ Nelly Aguilera, PhD,⁽⁵⁾ Emanuel Orozco, Msc,⁽³⁾ Germán E Fajardo-Dolci, MD,⁽⁴⁾ Miguel A González-Block, D en C,⁽³⁾

Ibarra I, Martínez G, Aguilera N, Orozco E, Fajardo-Dolci GE, González-Block MA. Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. *Salud Publica Mex* 2013;55:310-317.

Resumen

Objetivo. Evaluar la capacidad del marco legal federal para gobernar el financiamiento de las instituciones públicas de salud mediante esquemas innovadores que les permiten comprar y vender servicios de salud de y a otros proveedores públicos, como una estrategia para mejorar su desempeño.

Material y métodos. Con base en indicadores de alineamiento normativo respecto de la integración funcional entre instituciones proveedoras públicas y de gobernanza, se analizó el contenido de los programas nacionales de salud y de leyes y lineamientos oficiales pertinentes para la coordinación financiera. **Resultados.** Se identificó un avance considerable en la implementación de convenios para la coordinación de las instituciones públicas. No obstante, el marco legal en apoyo al Sistema Nacional de Salud y al sector salud muestra deficiencias y contradicciones que limitan su alcance, mientras que el Padrón General de Salud carece del sustento legal necesario para convertirse en una herramienta de amplio beneficio para la integración. Si bien los convenios de intercambio de servicios están avanzando con base en tarifas y lineamientos compartidos, se carece de incentivos que promuevan su expansión. **Conclusiones.** Es recomendable actualizar el marco legal para la coordinación del Sistema Nacional de Salud, procurando un enfoque más armónico y general que impulse la integración funcional.

Palabras clave: financiamiento de la salud; legislación en salud; México

Ibarra I, Martínez G, Aguilera N, Orozco E, Fajardo-Dolci GE, González-Block MA. Capacity of the legal framework of public health institutions in Mexico to support their functional integration. *Salud Publica Mex* 2013;55:310-317.

Abstract

Objective. Evaluate the capacity of the federal legal framework to govern financing of health institutions in the public sector through innovative schemes –otherwise known as functional integration–, enabling them to purchase and sell health services to and from other public providers as a strategy to improve their performance. **Materials and methods.** Based on indicators of normative alignment with respect to functional integration across public health provider and governance institutions, content analysis was undertaken of national health programs and relevant laws and guidelines for financial coordination. **Results.** Significant progress was identified in the implementation of agreements for the coordination of public institutions. While the legal framework provides for a National Health System and a health sector, gaps and contradictions limit their scope. The General Register of Health is also moving forward, yet it lacks the necessary legal foundation to become a comprehensive tool for integration. The medical service exchange agreements are also moving forward based on tariffs and shared guidelines. However, there is a lack of incentives to promote the expansion of these agreements. **Conclusions.** It is recommended to update the legal framework for the coordination of the National Health System, ensuring a more harmonious and general focus to provide functional integration with the needed impulse.

Key words: health financing; health legislation; Mexico

(1) Consultor independiente.

(2) Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, DF, México.

(3) Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Cuernavaca, Morelos, México.

(4) Secretaría de Salud. México, DF, México.

(5) Unidad de análisis económico, Secretaría de Salud. México, DF, México.

Fecha de recibido: 3 de mayo 2012 • Fecha de aceptado: 31 de octubre de 2012

Autor de correspondencia: Dr. Miguel A. González Block. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán, 62100, Cuernavaca Mor., México
Correo electrónico: miguel.gonzalezblock@insp.mx

Las instituciones públicas de salud en México están avanzando hacia la cobertura universal de la protección social en salud, con la expectativa oficial y el compromiso legal de lograrlo hacia diciembre de 2012 mediante los esfuerzos complementarios del Seguro Popular y de las instituciones de protección social en salud.¹ Para consolidar esta política, se propuso la integración funcional de las instituciones públicas con base en adecuaciones normativas, financieras y de prestación de servicios, que lleven a reducir la segmentación del sistema y a atender a todos los residentes del país de manera integral.²

La Secretaría de Salud definió la integración funcional (IF) como una estrategia para adecuar el Sistema Nacional de Salud (SNS) a las necesidades sociales actuales.² Sus objetivos son los de corregir las deficiencias del modelo segmentado; facilitar el flujo de recursos entre las instituciones; lograr la eficiencia en el uso de infraestructura y otros activos; crear incentivos basados en desempeño, y alcanzar la adherencia a estándares de calidad y seguridad de la atención médica. Se implementaron diversas estrategias de portabilidad de derechos de acceso a servicios de salud y de convergencia del marco normativo de las diversas instituciones. La portabilidad se definió como la atención médica de los beneficiarios de diversas instituciones en cualquier institución proveedora pública, gestionada mediante un padrón de beneficiarios, un expediente clínico electrónico interoperable y el desarrollo de herramientas de rectoría. La convergencia se definió como la homologación de procedimientos y políticas entre instituciones para favorecer el intercambio de pacientes, incluyendo los convenios de intercambio y las guías de práctica clínica, entre otras estrategias.

La segmentación del sistema de salud implica riesgos para la población: la pérdida del empleo formal significa la discontinuidad de la atención; el acceso a las unidades más cercanas se ve comprometido por barreras legales, mientras que los proveedores no tienen incentivos claros para lograr la satisfacción de una población que carece de libertad de elección del proveedor. El mercado privado alivia la presión sobre los servicios públicos, pero expone a la población a gastos catastróficos.³ Así, la política nacional de salud ve mermados sus esfuerzos para combatir la pobreza e incidir en el desarrollo económico.⁴ La segmentación también incide en una pérdida importante en la eficiencia técnica: contribuye a generar infraestructura no competitiva y redundante, generando costosas diferencias de ocupación y de productividad. Por otra parte, la segmentación obliga a la población a demandar servicios fuera de sus instituciones de cobertura legal. Así, una fracción importante de beneficiarios de la seguridad social acceden

a los servicios públicos destinados a la población no asegurada, a la vez que la población no asegurada logra acceso limitado a los servicios de la seguridad social.⁵

La integración de las instituciones públicas es una función básica de gobernanza en la búsqueda de formular políticas para atender al interés público.⁶ La integración tendría importantes beneficios para una economía globalizada y altamente competitiva, sobre todo al garantizar la continuidad de la atención para una fuerza laboral como la mexicana, caracterizada por altas tasas de desplazamiento entre sectores.^{7,8} No puede hablarse de diferentes poblaciones “derechohabientes”, sino de una sola población que cambia continuamente de asegurador y, por lo mismo, de proveedor de servicios médicos. Los flujos financieros federales a las instituciones de seguridad social y al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), tienden a ser inestables y a generar ineficiencias de asignación.

Este artículo evalúa la capacidad del marco legal federal para gobernar los esquemas de financiamiento de las instituciones públicas de salud, a fin de alcanzar la asignación equitativa de los recursos públicos mediante estrategias de intercambio de servicios de salud. El trabajo forma parte de la evaluación realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública, por encargo de la Secretaría de Salud, de las estrategias de portabilidad y convergencia implementadas en la administración 2006-2012.⁹

La integración funcional se define como la percepción, por parte de la población, de un horizonte plano de proveedores públicos, esto es, el acceso legal y sin barreras de cualquier residente en México a los servicios públicos de primer nivel y hospitalarios en función de residencia y necesidad de salud, sin importar la fuente de financiamiento.¹⁰ Los proveedores públicos habrían de percibir un horizonte plano de pagadores de sus servicios, mientras que los organizadores y administradores del consumo (OAC) —comúnmente conocidos como pagadores— percibirían un horizonte plano de proveedores en función de calidad y costos. La experiencia internacional sugiere que, para alcanzar la integración funcional, se requiere separar las funciones de prestación y OAC al interior de las instituciones y establecer vínculos efectivos para la prestación eficiente y el financiamiento remunerativo entre OAC y prestadores.

Material y métodos

Se revisó el marco legal entre mayo y septiembre de 2011, mediante análisis de contenido, para identificar la congruencia del marco legal respecto de su capacidad para orientar la integración funcional entre pagadores y prestadores, para dar libertad de elección a los usua-

rios y para gobernar la integración en su conjunto. Se incluyó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud (LGS), las leyes de los institutos de seguridad social, así como otras leyes y reglamentos complementarios y los programas nacionales de salud. Se revisó la literatura internacional para establecer los retos para el desarrollo en México de funciones integradoras en el financiamiento y OAC.

Se identificaron cinco ámbitos pertinentes a la integración financiera: el competencial de la Secretaría de Salud; la definición de la función rectora nacional y estatal; la conformación del SNS y la participación en él de los servicios estatales de salud y de las instituciones privadas; la sectorización de las instituciones federales de salud, y la celebración de convenios interinstitucionales. En el marco normativo interno de cada institución, también pueden identificarse diferentes grados de convergencia hacia un modelo único de gobernanza financiera.

Resultados

Marco legal y de gobierno

El Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, le confiere a la Secretaría de Salud la competencia de “Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general”, así como:

Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

No obstante, la misma Ley llevaría a la invasión de funciones financieras que son ya competencia de las secretarías estatales de salud, entre ellas:

administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública...

y

organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República, que preste directamente o en coordinación con los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal.

El término “rectoría” se utiliza en la LGS sólo en dos ocasiones, ambas en contextos muy específicos. En

el artículo 77 bis 5, apartado A, fracción III, refiere la competencia de la Secretaría de Salud:

en su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios a que se refiere el artículo 77 Bis 18 y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el artículo 77 Bis 29.

En el artículo 77 bis 20, dicha Ley señala un concepto distinto de rectoría al momento en que establece dicha atribución también para las entidades federativas.

El Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.

Ningún precepto legal define la función rectora como tal, ni coloca el concepto al nivel de generalidad que se esperaría por su importancia política.

En su Artículo 5, la LGS define el “Sistema Nacional de Salud” como constituido por:

... las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, ... y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Las instituciones de seguridad social están excluidas del alcance normativo de la LGS, en virtud de que no están dirigidas a la salubridad general:

Artículo 34.- Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en... II. Servicios a derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social o los que con sus recursos propios o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.

El Artículo 3° de la misma ley, en su fracción I, señala que es materia de salubridad general:

La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley.

Puede apreciarse que la fracción I del Artículo 3º no incluye la fracción II del artículo 34, relativa a las instituciones de seguridad social. El razonamiento puro excluye, así, a las instituciones de seguridad social del Sistema Nacional de Salud. No obstante, los funcionarios entrevistados reconocen la inclusión de las instituciones de seguridad social dentro del Sistema Nacional de Salud, a pesar de que la Secretaría de Salud carece de la capacidad legal para convocarlos en este ámbito.

La noción de "sector salud" surge de la competencia de las dependencias federales de la Administración Pública Federal para la coordinación sectorial de las entidades paraestatales que les estén adscritas, bajo su coordinación, por disposición explícita del titular del Ejecutivo Federal o de su instrumento legislativo de creación. Así, las instituciones de seguridad social no forman parte del Sector Salud por tres razones:

1. Su instrumento de creación no las agrupa al sector coordinado por la Secretaría de Salud ni se encuentran listadas en la relación publicada por la Procuraduría Fiscal de la Federación, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.¹¹
2. Existe una exclusión específica en diversas disposiciones de la LGS.
3. Son entidades de control presupuestal directo, lo que no prevé su agrupación a sector gubernamental alguno.

Bajo estos criterios, forman parte del Sector Salud sólo aquellas entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salud: los hospitales de alta especialidad e institutos nacionales de salud y el DIF.

Arquitectura financiera y esquemas de afiliación

La reforma a la LGS de 2003, mediante la cual se estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), incluyó un diseño financiero tripartito de financiamiento análogo a aquel de la seguridad social, que permitiría la portabilidad de derechos entre instituciones. La cuota social es la aportación gubernamental idéntica en nombre, concepto y monto, a la de la seguridad social. Las aportaciones solidarias federal y estatal son análogas al aporte patronal, mientras que las cuotas familiares son equivalentes a las cuotas obreras. No obstante, el monto de la cuota social dejó de ser el mismo entre las instituciones de seguridad social y el SPSS desde 2009.

Los recursos financieros que la Federación entrega a las entidades federativas a consecuencia de la descentralización, son transferidos mediante el Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), ramo de corte general que se ejerce por los estados. En la etapa de diseño del Seguro Popular, se consideró la opción de que la cuota social fuera asignada a través de un nuevo ramo presupuestal también de corte general (quizás 19-bis), adjunto al Ramo 19 del PEF mediante el cual la Secretaría de Hacienda y Crédito Público asigna el financiamiento a la seguridad social. Dicha arquitectura habría permitido garantizar uno de los puntales del Seguro Popular: que el financiamiento siguiera a la persona asegurada al transferir la cuota social de cada ciudadano ya fuera hacia la seguridad social o bien hacia el Seguro Popular.*

Otro aspecto clave del diseño de la arquitectura financiera del SPSS, es que sus recursos deberían de ser transferidos –como lo señala la Ley en su Artículo 77 bis 16– mediante un esquema similar al Fondo de Aportaciones para los servicios de Salud FASSA regulado en la Ley de Coordinación Fiscal, que permite la programación federal pero también la ejecución directa por los estados como recursos propios bajo su legislación y supervisión. No obstante, en la implementación del financiamiento del SPSS, la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión marcó, a partir del ejercicio presupuestal 2008, un destino de gasto específico para los recursos del SPSS, mediante el Ramo 12 en el PEF. Esta medida carece de sustento legal, pues el Ramo 12 está destinado a apoyar gastos propios de la Secretaría Federal de Salud. La Cámara de Diputados etiqueta, así, los recursos del SPSS en porcentajes definidos para su gasto en humanos, medicamentos, acciones preventivas, gastos de administración y promoción de la salud. El Congreso incluyó las disposiciones para el etiquetamiento dentro del Capítulo II de los Criterios Generales para Programas Específicos Sujetos a Reglas de Operación del Título Cuarto del PEF, mientras que el SPSS no está tipificado como tal, ni incluido en las listas de los anexos 7 o 18 (según el año) que los incluyen.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos fue instituido como un fideicomiso público federal pero, excepcionalmente, con aportaciones estatales, lo cual significa un reto para la gobernanza. El Seguro Médico para una Nueva Generación, introducido en la administración 2006-2012, es un programa de subsidio federal sujeto a reglas de operación y a un sistema de financiamiento y

* Análisis realizados por uno de los autores (IA) en el planteamiento de la construcción de la propuesta legislativa del SPSS, 2002-2003.

operación distinto al del Seguro Popular, situación que complica la gobernanza financiera de la protección social en salud. En su diseño, se procuró que el SPSS convergiera hacia los esquemas de afiliación de la seguridad social, sobre todo al mantener a la familia como unidad de afiliación, si bien con la excepción de la afiliación voluntaria en el primero y obligatoria en el segundo.

En diciembre de 2009 se modificaron los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de la LGS, para establecer como unidad de afiliación ya no a la familia sino al individuo. Esta medida procuró asignar los fondos del Seguro Popular a los estados, de acuerdo a una base demográfica más confiable y mejorar el financiamiento para alcanzar la cobertura universal. No obstante, con esta medida se rompió la convergencia entre instituciones en la unidad familiar de afiliación, lo cual podría implicar dificultades para la portabilidad.

La evaluación del marco jurídico sugiere que éste no favorece la integración funcional de las instituciones públicas y que podría representar un obstáculo importante para asignar de manera eficiente los recursos recaudados en los diferentes esquemas hacia los proveedores en mejor posición para resolver sus necesidades de salud.

Padrón de beneficiarios

La Secretaría de Salud ha promovido la creación de un Padrón General de Salud (PGS) de las instituciones públicas de salud, para facilitar la portabilidad de derechos. El padrón permitiría identificar el estatus de aseguramiento de las personas a fin de: a) garantizar el acceso a los servicios de cualquier clínica u hospital; b) identificar la capacidad de un proveedor o asegurador de obtener compensación por atenciones prestadas a personas provenientes de otros esquemas, y c) mejorar la comunicación entre aseguradores y proveedores.²

El padrón de beneficiarios de las instituciones de seguridad social es un resultado secundario a la contribución financiera obligatoria de los empleados y los empleadores. Tiene como funciones centrales la verificación de derechos para la entrega de beneficios y la planeación financiera. Las instituciones especializadas de salud de la Marina, las Fuerzas Armadas y PEMEX, brindan atención exclusivamente a sus empleados o miembros, por lo que el padrón es idéntico a la nómina y no constituye derechos. Por su parte, el DIF y los servicios privados tienen una cobertura que no se sustenta en padrones ni en financiamiento asociado a la afiliación.

El padrón de beneficiarios del SPSS es un determinante de la contribución y de los derechos de los beneficiarios. El registro en el padrón confiere derechos reclamables y dispara la asignación del presupuesto. Por

otra parte, la LGS excluye del padrón a personas afiliadas a la seguridad social, para lo cual la CNPSS debe integrar los padrones estatales y solicitar al Consejo de Salubridad General su cotejo anual contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social. No se cuenta aun con el marco legal ni reglamentario para que la información del PGS pueda ser utilizada para la portabilidad de derechos, esto es, para que el financiamiento etiquetado a la persona pueda pagar a otras instituciones prestadoras. La transferencia de datos de la seguridad social a la CNPSS carece, así mismo, del marco legal que la haga obligatoria o incluso que permita un cotejo continuo tal y como se requeriría para garantizar la portabilidad.

El análisis del marco legal sugiere cambios de fondo en las atribuciones del gobierno federal para apoyar el establecimiento del padrón de beneficiarios con el alcance necesario para la integración funcional del financiamiento público de la salud.

Intercambio de servicios

El intercambio de servicios se realiza a petición institucional, para solucionar servicios no satisfechos y aprovechar la capacidad existente entre las instituciones públicas de salud. Los principales instrumentos son el Convenio General de Colaboración de Emergencia Obstétrica de 2009 y el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios de 2011. Este último incluye como anexos el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud;¹² el Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y Tabulador de Tarifas Referenciales para 376 intervenciones del CAUSES,¹³ así como la especificación de tiempos de espera para la atención de especialidades. Cada entidad o institución es responsable de desarrollar los instrumentos normativos, apegados al Manual, que rijan el intercambio de servicios. Si bien el enfoque del intercambio ha sido el de procurar una mayor eficiencia institucional, las medidas carecen de incentivos que lo impulsen, como podría ser la libertad de elección de parte de los beneficiarios, o el establecimiento de incentivos económicos para los proveedores.

El marco legal para el intercambio de servicios está fragmentado en diversas disposiciones. La LGS dispone, en su Artículo 35, que los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios públicos dispuestos para la población en general, en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables. Estos convenios son regulados por lo dispuesto en el Artículo 8 de la propia LGS:

Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

Este precepto jurídico no cuenta con un reglamento, por lo que no está claro cuál es el patrón que debería regir la complementación y el apoyo recíproco. No existe una norma jurídica que delimite si la subrogación debería ser objeto o no de un convenio o de algún otro vehículo de vinculación, como la concesión o la autorización. Tampoco es claro si el intercambio es un servicio que debería ser licitado conforme a la normatividad que regula el proceso de las adquisiciones. Existen, incluso, barreras legales para la subrogación: el Reglamento de la LGS en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica requiere permiso previo perentorio de la autoridad sanitaria (Art. 224, fracción VI).

El intercambio de servicios médicos dentro del SPSS está regulado por el Título Tercero Bis de la LGS, relativo a la competencia de la Federación para establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del SNS, con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios (Art. 77 bis 5, apartado A, fracción XII).

El Artículo 13 del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud establece que los REPSS garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de dos maneras: de forma directa, a través de los establecimientos para la atención médica de los servicios estatales de salud, y de forma indirecta, a través de otros prestadores públicos o privados. El artículo 77 bis 5, apartado A, fracción XVI de la LGS, asigna a la Federación la responsabilidad por definir las bases para la compensación económica. Con la introducción, en 2006, del Seguro Médico para una Nueva Generación, se excluyó a los proveedores privados, salvo cuando estuviera plenamente justificada su participación.

La LGS prescribe la constitución de un fondo para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal como consecuencia de la prestación cruzada de servicios objeto de portabilidad, así como para garantizar el pago por la prestación interestatal de servicios (LGS, artículo 77 bis 18). La Federación administra este fondo a través del fideicomiso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y se fondea con un punto porcentual de las cantidades que surgen de las aportaciones solidarias federal y estatal, y de la cuota social. El marco normativo que regula al fondo impide el pago de servicios subrogados. El FPGC cubre, no obstante, intervenciones de gastos catastróficos a instituciones privadas.

El intercambio de servicios en el IMSS está normado por el artículo 89 de la Ley del IMSS, previéndose la contratación de terceros para la atención integral de sus afiliados mediante convenios; la prestación mediante el régimen de reversión de cuotas, donde un patrón puede ofrecer servicios a sus empleados regresando una parte de la cuota patronal y obrera en proporción y cuantía de los servicios relativos (como sucede con la banca), y mediante convenios de cooperación y colaboración con instituciones y organismos de salud de los sectores públicos federal, estatal y municipal, en términos que permitan el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada de todas las instituciones y organismos. En 2001 se adicionó una fracción al Artículo 89 mediante la cual el IMSS puede dar servicio a la población no asegurada de acuerdo con su disponibilidad y sin perjuicio de su capacidad financiera, beneficiando así a la población cubierta por el programa IMSS Oportunidades.

El intercambio en el ISSSTE está normado mediante el Artículo 31 de su nueva ley, que establece la prestación propia o por medio de convenios. Cabe destacar que el dispositivo jurídico previene que los convenios se celebren preferentemente con instituciones públicas. La normatividad garantiza el acceso a información suficiente para que el ISSSTE pueda monitorear el desempeño. El Artículo 31 prevé la oferta de la capacidad excedente a las instituciones del Sector Salud, siempre que no haya perjuicio financiero para el Instituto.

A pesar de las diferencias de los marcos jurídicos entre las instituciones, los actores expresan diversos grados de apoyo al intercambio de servicios a partir de las experiencias desarrolladas durante la última década, para responder a los retos de ampliación de cobertura.

Discusión

El marco legal vigente para la rectoría financiera, es el resultado de una larga historia de negociaciones entre diversos grupos de interés y órdenes de gobierno.^{14,15} Incluye un claro marco normativo que apunta hacia la integración sectorial y a la rectoría por la Secretaría de Salud. No obstante, el marco legal vigente es limitado y contradictorio para apoyar la gobernanza financiera de las instituciones públicas, pues no define las atribuciones de rectoría de la Secretaría de Salud de manera explícita y directa, y tampoco reconoce la función rectora que compete a los sistemas estatales de salud, además de que invade funciones de los estados. Más aun, el marco legal excluye a las instituciones de la seguridad social tanto del Sistema Nacional de Salud como del Sector Salud. Existen, así, tres acepciones de los conceptos de Sistema

Nacional de Salud y de Sector Salud: a) el restringido por el marco legal; b) el amplio en la percepción pública, donde ambos conceptos son sinónimos, y c) el que se define en los actos de coordinación y que es intermedio entre las otras dos acepciones.

El marco legal financiero ha tenido tendencias cambiantes hacia la mayor o menor homologación de cuotas, montos y unidades de afiliación. Mientras que el SPSS se inauguró con una fuerte tendencia convergente, cambios recientes llevaron a diferencias en las cuotas y en la unidad de afiliación, introduciendo limitaciones a la portabilidad. La gobernanza del SPSS también arrancó con un marcado enfoque de subsidio a la demanda y de incentivos a la conformación de redes de servicio. El etiquetamiento de los recursos para los estados, así como las reglas de financiamiento de nuevos programas, favorecen el financiamiento con base en la oferta de los servicios estatales de salud.

La diversidad en la naturaleza jurídica y organizacional de las instituciones que participan en el SNS limita la consolidación del Padrón General de Salud como un mecanismo de verificación de vigencia de derechos en tiempo real. No se ha identificado a través de qué medio pudiera lograrse la administración de un padrón único. La portabilidad de derechos requiere de mecanismos de identificación de personas en tiempo real para la identificación de estatus de aseguramiento, localización de expedientes clínicos, la admisión de pacientes o el enlace de eventos de servicio médico con entidades pagadoras. En otros países han sido principalmente las OAC, o bien las agencias que las regulan, las encargadas de constituir y vigilar los padrones de beneficiarios.¹⁶ Es importante que el empadronamiento no se convierta en requisito para el ejercicio del derecho a la protección de la salud y que se apoye en otros mecanismos de identificación personal.

Si bien existe un marco legal para facilitar el intercambio de servicios, éste se enfoca en la subrogación, es específico para las diversas instituciones o modalidades de intercambio y carece de lineamientos para su aplicación generalizada y expedita. La política de intercambio de servicios se ha enfocado, desde 2001, en convenios y lineamientos hacia una mayor coordinación voluntaria por parte de las instituciones. Así, el alcance del intercambio de servicios ha sido limitado y no incluye mecanismos de elección o presión por parte de los beneficiarios.

El reto de la gobernanza financiera es formular opciones con probada capacidad para avanzar hacia la equidad financiera, así como para alentar la eficiencia.

Se requiere superar el enfoque exclusivo en el traslado de recursos entre instituciones. Resulta importante considerar la libre elección de los usuarios de los servicios y la generación de normas institucionales que permitan el cobro a costos reales y la recuperación de recursos directamente por parte de las unidades que proveen los servicios. Impulsar sistemas de costeo uniformes y mejorar la capacidad de monitoreo, supervisión y comunicación entre las partes en convenio, favorecería en mucho la estrategia. Asimismo resulta fundamental plantear el intercambio entre unidades de primer nivel, a fin de mejorar la cobertura de servicios de salud preventivos y promocionales, así como la integración de redes bien articuladas que favorezcan la continuidad en tratamientos médicos de diversa resolución.

Conclusiones

La integración funcional del financiamiento de las instituciones de salud en México logró dar un paso adelante en la administración 2006-2012, gracias a la puesta en marcha del Padrón General de Beneficiarios y de los convenios que alientan el intercambio de servicios acorde con la LGS. No obstante, la integración efectiva enfrenta retos estructurales, normativos y operativos para establecer un horizonte plano para beneficiarios, proveedores y pagadores. Los retos estructurales deberán resolverse con reformas al sistema de gran calado como la separación de funciones en todas las instituciones entre la Federación y los estados, así como cambios sustantivos al arreglo financiero del sector público general, incluyendo la remuneración a los proveedores.

El marco institucional vigente puede fortalecerse normativa y operativamente mediante la definición de un marco legal coherente para el Sistema Nacional de Salud y mediante la solución de las limitaciones para el padrón de beneficiarios y para la facturación entre hospitales y entre éstos y los pagadores. El marco normativo y tecnológico debe establecer las bases para que funcione un mercado público de servicios, en el cual las decisiones sean descentralizadas en el plano del comprador y del vendedor directo de los servicios. Lo anterior implica mejorar el flujo de información, la elaboración de presupuestos de apoyo a las estrategias, la autonomía en la administración y financiamiento de los servicios de salud descentralizados a los estados, todo ello bajo una rectoría sólida del sistema de salud.

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

Referencias

1. Frenk J, Gomez-Dantes O, Knaul FM. The democratization of health in Mexico: Financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ* 2009; 87(7): 542-548.
2. Secretaría de Salud. México: Hacia la integración funcional del Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud: México DF, 2011.
3. Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez, Martínez A. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Publica Mex* 2005; 47 (Supl 1): 54-65.
4. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico. Secretaría de Salud: México DF, 2006.
5. González-Block MA, Saucedo AL, Santa Ana Y. Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. *Salud Publica Mex* 2010; 52(5):416-423.
6. Saltman RB, Ferrousier-Davis O. The Concept of Stewardship in Health Policy. *Bulletin of the World Health Organization* 78. No. 6(2000):732-739.
7. Azuara O, Marinescu I. Informality and the expansion of social protection programs: Evidence from Mexico. Working paper. University of Chicago. October, 2011.
8. Bosch M, Maloney W. Gross worker flows in the presence of informal labor markets: Evidence from Mexico, 1987-2002. Bonn: IZA Discussion Papers 2864, 2007.
9. Gonzalez Block MA, López Santibáñez, Aguilera N, Aldama A, Barajas ME, Becerril V, et al. Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Resumen Ejecutivo. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
10. Musgrove P, González Block MA. La integración funcional del Sistema de Salud de México: algunas consideraciones preliminares. Foro de Lide-razgo en Salud. Hacia la Integración Sectorial. Ciudad de México, 2007.
11. Diario Oficial de la Federación del 11 de agosto de 2011. México.
12. Secretaría de Salud. Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud. Secretaría de Salud: México DF., 2011.
13. Secretaría de Salud. Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico, Tratamiento y Tabulador de Tarifas Referen-ciales. Secretaría de Salud: México DF., 2011.
14. Elizondo Mayer-Serra C. El derecho a la protección de la salud *Salud Pública de México* 2007;49(2).
15. González-Block MA. Descentralización, integración y principios de vinculación en las relaciones centro-locales. *Salud Pública de México* 1991;27, septiembre-diciembre. .
16. Glassman A, Escobar ML, Giuffrida A, Giedion U. From few to many: ten years of health insurance expansion in Colombia. Banco Interamerica-no de Desarrollo-BID y Brookings Institution: NY, 2009.