



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Martínez, Gabriel

Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones
Salud Pública de México, vol. 58, núm. 5, septiembre-octubre, 2016, pp. 577-583

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10647486011>

- 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

ENSAYO

Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones

Gabriel Martínez, PhD.^(I)

Martínez G.

Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones.

Salud Pública Mex 2016;58:577-583.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8248>

Martínez G.

Resource allocation in the Seguro Popular program: analysis and recommendations.

Salud Pública Mex 2016;58:577-583.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8248>

Resumen

Objetivo. Describir los mecanismos de asignación y compra del Seguro Popular, la forma en que operan y los controles que se dan sobre ellos. Discutir esquemas de incentivos que mejoren el desempeño en general, fortalezcan la atención primaria y mejoren el acceso a los hospitales de especialidades.

Material y métodos. Se evalúan las reformas de 2014 a la Ley General de Salud para entender su intención, que es fortalecer los sistemas estatales y la relación con la autoridad federal. Se discuten opciones para que los mecanismos de asignación incentiven mejor la atención primaria y el acceso a los tratamientos de especialidades para avanzar hacia mejores garantías de acceso a los servicios de salud. **Conclusiones.** Para convertir a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud en agentes para la expansión de los servicios debe superarse el enfoque programático para lograr una relación más eficaz entre la Federación y los Estados.

Palabras clave: seguro de salud; reforma de salud; atención primaria; atención hospitalaria; México

Abstract

Objective. To describe the mechanisms of allocation and purchase of the Seguro Popular program, the way they operate and how are controls applied. To discuss incentive schemes that can improve performance in general, strengthen primary care and improve access to specialty hospitals. **Materials and methods.** The 2014 reforms to the General Health Law are evaluated to understand their intent, which is to strengthen State systems and the relationship with the Federal authority. Options for allocation mechanisms to encourage better primary care and access to specialty treatments towards are discussed, to guarantee access to health services.

Conclusions. To make State schemes of social protection in health agents for the expansion of services, the programmatic approach shall be replaced to achieve a more effective relationship between the Federation and the States.

Keywords: insurance, health; health care reform; primary care; hospital health care; Mexico

(I) Maestría en Políticas Públicas, Instituto Tecnológico Autónomo de México. México.

Fecha de recibido: 21 de septiembre de 2015 • Fecha de aceptado: 3 de agosto de 2016

Autor de correspondencia: Gabriel Martínez. Av. Santa Teresa 930. 10700 México, DF.

Correo electrónico: jmartinez@itam.mx

Este documento describe los mecanismos de asignación y compra del Seguro Popular, la forma en que operan y los controles que se dan sobre ellos. El objetivo es discutir esquemas de incentivos que mejoren el desempeño en general, fortalezcan la atención primaria y mejoren el acceso a los hospitales de especialidades. La discusión tiene como marco las reformas legales aprobadas en abril de 2014 que han abierto la puerta a una oleada de mejora.

La calidad del servicio y la eficiencia del gasto no son variables que existan en forma independiente de la administración de un programa; son resultado de cómo el entorno financiero y regulatorio permite acomodar las aportaciones de recursos y desarrollar prácticas administrativas de mejora. El Seguro Popular (SPOP) concede un seguro de salud a personas que no están afiliadas a la seguridad social. Es el componente operativo del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS). En cada una de las entidades federativas se creó un Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), instancia que en principio juega el papel de administrador del SPOP en su territorio; se identifican cinco estudios que evalúan de alguna manera a los REPSS.¹⁻⁵ En la práctica, los REPSS no han tenido una estructura administrativa y organizativa homogénea. Explorar caminos para mejorar el funcionamiento de los REPSS resume el objetivo de este ensayo.

A continuación se definen conceptos generalmente conocidos en la literatura de economía de la salud para relacionarlos con el contexto institucional mexicano. Posteriormente se describen los mecanismos de financiamiento y asignación que utiliza el SPOP, se comentan las reformas legales de 2014 y se plantean propuestas para mejorar el desempeño, enfatizando la necesidad de ampliar una oferta sólida de atención primaria y de avanzar hacia la consolidación del sistema de salud del país. Finalmente se presentan las conclusiones.

Al hablar de un sistema de salud, el concepto “mecanismo de financiamiento” usualmente significa la forma en la cual el sistema se hace de recursos monetarios; “mecanismo de asignación” se refiere a las reglas explícitas o implícitas para que esos recursos lleguen a los planes de salud (por ejemplo, los REPSS); y “mecanismo de compra” se refiere a la forma en que los planes (los REPSS) definen la mezcla de insumos y productos en sus dimensiones de cantidad y calidad, tiempo y espacio, así como a la selección de las unidades proveedoras (públicas o privadas, propias o de terceros). Con frecuencia se da una integración vertical de estos procesos.

En el contexto mexicano identificamos tres modelos principales para la asignación y compra: el de seguridad social, el de las secretarías de salud y el de los hogares. En perspectiva numérica, el modelo de

seguridad social era 82% del gasto público en 1990, y sólo 55% en 2011.⁶ El gasto privado no se mide en forma directa, pero se estima que es más grande que el público (por ejemplo, para 2011 se reporta un gasto privado de 50.3% del total nacional).⁷

Los organismos de seguridad social resuelven los problemas de asignación y compra mediante modelos internos de servicio (primer, segundo y tercer nivel de atención) a los cuales proveen presupuestos programáticos (es decir, las unidades no reciben dinero sino personal, medicamentos, maquinaria, equipo y otros insumos y deben cumplir con metas de servicio). Así, la función de compra está subsumida en los mecanismos de programación y sólo por excepción un paciente es atendido por oferentes privados u otros organismos públicos, y siempre bajo decisión del organismo.

El modelo de las secretarías de salud recibe dinero de los presupuestos federales y estatales, e inclusive de los pacientes. Las unidades proveedoras reciben su presupuesto y su programa de la Secretaría de Salud de su ámbito, sea este federal (SSa) o estatal (Sesa). El mapa de cómo fluyen los recursos públicos es complejo. Una clínica u hospital estatal puede recibir recursos del gobierno federal vía la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), del gobierno estatal (vía típicamente la Secretaría de Salud del estado) y de los pacientes.

Finalmente, tenemos el modelo de asignación y compra de los pacientes, quienes disponen de recursos propios para pagar servicios finales, los cuales demandan predominantemente de proveedores privados.

Los mecanismos de financiamiento y asignación del SPOP tienen que trabajar en torno a los modelos descritos. En ocasiones, deben aceptarlos como una realidad para poder actuar con efectividad; en otras ocasiones el objetivo de la política es influir en su evolución.

Discusión

El SPOP recibe recursos predominantemente del presupuesto federal. Su estructura financiera cubre tres grandes conceptos: medicina general preventiva y curativa, con base en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes), que se financia mediante un pago per cápita; tratamiento a diagnósticos de alto costo, incluidos en una lista de intervenciones, pagándose cada caso de acuerdo a una tarifa (este es el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, FPGC); y un conjunto variado de conceptos que incluyen obras y equipo, pagos a proveedores y cobertura de déficit presupuestal (Fondo de Previsión Presupuestal).

La SSa constituye, administra y verifica las asignaciones presupuestales a los REPSS. Así, una vez definido el financiamiento nacional en el presupuesto federal, se

aplican las reglas de la Ley General de Salud y la SSa establece el presupuesto que se destina a cada entidad federativa (estas últimas pueden añadir recursos propios).

Los REPSS fueron creados para administrar el plan de salud del SPOP a nivel estatal, antes de llegar a la prestación de servicios. La SSa emplea a la CNPSS para su relación con las entidades federativas. El despliegue de los mecanismos de asignación de recursos depende críticamente de que los REPSS son parte de los gobiernos estatales y no tienen en general una estructura y relaciones homogéneas con sus gobiernos y con los usuarios. Cada Sesa opera su red estatal de servicios, por lo cual su demanda como pagadora se inclina hacia sus propias redes proveedoras; 23 de los 32 REPSS son parte de los Sesas, de manera que hay una subordinación jerárquica cotidiana. Del resto, siete son organismos desconcentrados y dos descentralizados; es decir, sólo dos tienen una personalidad y un patrimonio propios, y el resto operan como dependencia de la Sesa.⁸

La regulación al gasto se efectúa mediante el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y los Acuerdos de Coordinación entre la CNPSS y los estados. Estos acuerdos definen una regulación basada en límites al gasto en servicios personales, medicamentos, acciones de prevención y detección, y otro gasto operativo. Es decir, definen presupuestos programáticos con una inercia histórica.

En resumen, hay una distancia importante entre la asignación presupuestal, por un lado, y la decisión de provisión de un servicio de salud por el hospital o la unidad de atención primaria, por el otro.

La atención primaria

El financiamiento a la atención primaria es un reto especial porque en México las poblaciones rurales y alejadas son con frecuencia pobres, y en las ciudades la oferta de servicios se concentra en zonas más densamente pobladas y de mayor ingreso.

La atención primaria a la salud debe tener una base territorial, pues requiere garantizar el acceso de las personas, e incluye acciones preventivas y comunitarias.⁹ Aún para países desarrollados, la distancia es una barrera importante en el acceso a la atención primaria y en menor grado a la atención hospitalaria, como sucede en el Reino Unido.¹⁰ En ese sentido, Schuurman, Bérubé y Crooks señalan que “[A]unque la epidemiología tradicional se ha basado en utilizar cocientes de población a médicos para visualizar y evaluar el acceso, esa es una métrica insuficientemente matizada para describir adecuadamente acceso espacial en un país grande y altamente rural como Canadá”.¹¹ El diseño de políticas se ha basado históricamente en el cálculo de los costos

medios de provisión de un paquete de servicios, siendo que las familias de menores ingresos se encuentran típicamente en condiciones que determinan un costo marginal de expansión más elevado.¹² Es necesario dar un paso cualitativo en la calidad de la información y del diseño de la política, pues el reto no radica en la definición y financiamiento del usuario promedio, sino en la alta dificultad de acceder al usuario marginal.

Un aspecto relacionado con la oferta de atención primaria es el costo de expansión, que es elevado en los modelos públicos debido a que requiere de inversiones inmobiliarias y de un equipo de apoyo de varias personas para la operación de un consultorio. Por ejemplo, en el presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para 2014 se preveía la construcción de dos unidades de medicina familiar de 10 consultorios; una con costo de inversión de 144 millones de pesos, y la otra de 221 millones de pesos.¹³ Una solución que ha planteado la SSa es la de unidades móviles dentro del programa denominado “Caravanas de Salud”, el cual acerca la oferta a comunidades sin unidades fijas.¹⁴ Para 2012, se reportaban 1 448 unidades móviles cubriendo 1 007 municipios, y una población objetivo de 3.8 millones. Con un crecimiento estimado en la población a atender del orden de millones de personas cada año, la expansión de la oferta del sector público está siendo insuficiente.

Por lo anterior, la discusión de política debe incorporar el desarrollo que se ha dado de la oferta de consulta en farmacias privadas. En 2014 había 15 000 farmacias con consultorio.¹⁵ Según los censos económicos, en 2009 había 52 592 consultorios médicos, y en 2014 había 58 318.^{16,17} Es decir, aproximadamente uno de cada cuatro consultorios está en una farmacia privada. Este fenómeno no es exclusivo de México, y puede estar relacionado con el mayor urbanismo del país y el crecimiento que ha tenido el comercio moderno al menudeo. Sin embargo, también se asocia con el deficiente acceso de las personas (aún de las aseguradas) a los servicios médicos, en particular a los de atención primaria.¹⁸ La desconexión de esa fuente de oferta con el resto del sistema no permite contar con servicios preventivos y comunitarios integrales, ni establecer ligas funcionales con el sistema hospitalario. La política de salud tiene la opción de ignorar el crecimiento de la oferta privada de atención primaria, de regularla para impedir su crecimiento o buscar la mejor manera en que se puede integrar al objetivo de proveer mejor servicio a la población.

En este contexto, se resalta el papel que deben tener los REPSS como la instancia con capacidad para manejar una expansión estatal de la atención primaria a costo bajo.

Fondo para tratamientos de alto costo

Para financiar tratamientos de alto costo, el SPOP cuenta con el FPGC. Este Fondo opera con cierta indefinición acerca de las tarifas que paga, lo que disminuye la capacidad de atraer oferta hospitalaria.

El FPGC define una lista de diagnósticos de alto costo y baja frecuencia, la SSa certifica establecimientos autorizados a prestar servicios, y se paga una cuota por caso. Sin embargo, la ley no es clara al definir el mecanismo de compensación a proveedores: las unidades reciben recursos del fondo de acuerdo con lineamientos que definen "pautas y elementos necesarios" (artículo 77 bis 30). En la práctica, las tarifas cubren parte de los costos variables de la atención (medicamentos y material de curación), pero no cubren los costos fijos (depreciaciones), costos de personal y algunos otros costos variables. Es decir, no hay un sistema de tarifas integrales por un diagnóstico, sino que los pagos operan más bien como un subsidio.

Para la política de salud de mediano plazo es importante definir el carácter de estas tarifas: ¿son un pago integral por el diagnóstico o son solamente un subsidio? De la respuesta depende el conjunto de hospitales interesados en proveer servicios. Mantener las tarifas como un subsidio garantiza que solamente hospitales de los Sesas y la SSa estarán dispuestos a proveer el servicio, pues los hospitales de seguridad social y privados no tienen motivo para participar.

En fondos de salud para pagar diagnósticos de alto costo tiende a surgir un problema de control derivado de la mala clasificación de las enfermedades. Por ejemplo, para el sistema Medicare de Estados Unidos se ha encontrado que había 20.8% de errores de codificación y que 61% de los errores eran a favor del hospital.¹⁹ Este es un problema estructural que se pudo atender con una estrategia de mejores prácticas administrativas.²⁰ También debe atenderse el hecho de que los criterios para incluir diagnósticos en la lista no son explícitos, y hay escasa documentación al respecto.^{21,22} Aparentemente, el proceso ha estado politizado y no han sido exitosos los intentos por sistematizarlo (por ejemplo, con la adopción de criterios de "Rendición de Cuentas por Razonabilidad / Account for reasonableness A4R"). Adicionalmente, el fondo de protección contra gastos catastróficos ha sido una cuenta de reserva para otros gastos, como pago de obras y compra de vacunas, los cuales, si bien pueden tener motivos válidos, son de naturaleza distinta a los que busca financiar este fondo.

Finalmente, debe contemplarse que el gobierno federal necesita herramientas modernas para financiar el gasto en tratamientos de especialidades. Un adecuado funcionamiento de este fondo puede ser la clave para

acomodar el alto crecimiento esperado. La opción de pagar tarifas integrales puede fundamentar una expansión de largo plazo que cumpla con requisitos de transparencia y formación eficiente de tarifas, y facilite el acceso de pacientes a todos los hospitales del país. El objetivo debe ser que el paciente pueda dirigirse hacia el hospital de menor costo. Podemos notar que esto no implica que la decisión sea del paciente, pues por lo general el plan de salud tiene mejor información para tomar su decisión, ya que es la instancia que paga.

Reformas en 2014 y perspectivas

El Congreso aprobó en 2014 reformas a la Ley General de Salud en el ámbito del SPOP. ¿Qué corrige y qué incentivos genera esta reforma? La intención de las reformas se puede resumir en mejorar la gobernanza de los REPSS y su institucionalidad. Claramente, se busca aclarar sus funciones y fortalecer sus relaciones con los mecanismos de presupuesto y con la prestación de servicios. La reforma confirma que los REPSS tienen la misión de administrar el plan de salud, con independencia de la provisión de servicios.

La reforma define explícitamente que los REPSS deben llevar a cabo sus tareas de manera independiente de la prestación de servicios de salud (artículo 77, fracción A.I), que la operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se debe dar por medio de los REPSS (fracción A.IV); que las entidades federativas deben afiliar beneficiarios por medio de los REPSS (fracción B.II); sujetas a los estados a la Ley General de Contabilidad Gubernamental (fracción B.III), incluyendo las obligaciones de entregar directamente los recursos federales al REPSS (incluyendo rendimientos financieros) y basar en el REPSS la administración financiera (fracción B.VIII).

Los convenios entre el SPSS y las entidades federativas deben seguir el modelo definido por la SSa. Esos acuerdos se detallan para incluir las "modalidades orgánicas y funcionales" de los REPSS y el perfil de los titulares de los REPSS. Es decir, se busca una regulación más estrecha desde instancias federales. Por otro lado, la reforma no llega al punto de obligar a las entidades federativas a constituir a los REPSS como entidades con su propia personalidad y patrimonio, posiblemente por restricciones derivadas del pacto federal. Sin embargo, hay una definición de obligaciones para promover su especialización: deben tener cuentas financieras propias y cumplir funciones administrativas propias (artículo 77 bis 10).

Algunos puntos adicionales que también se entienden dentro del objetivo de mejorar la gobernanza de los REPS son los siguientes: a) regulación federal de precios de medicamentos (artículo 77 bis 15), b) pago

directo de la SSa a organismos federales que provean servicios a beneficiarios registrados con los REPSS, c) prohibición de embargar los recursos del SPSS (es decir, no se pueden dar en garantía para obtener crédito), d) establecimiento de un “certificado de necesidad” que deberá emitir la SSa para la construcción de instalaciones de alta especialidad, e) se deroga el Consejo Nacional de Protección Social en Salud, que era un órgano consultivo formado por funcionarios federales (se mantiene la Comisión, que es el órgano ejecutivo), f) se tipifica como delito desviar recursos a fines distintos al sistema.

La reforma de 2014 abre oportunidades para resolver problemas listados. El principal esfuerzo legislativo se relaciona con el fortalecimiento de las instituciones estatales. Se abre así un espacio para un proceso de mejora continua. En la siguiente sección se plantean escenarios factibles para avanzar en la universalización de los servicios de salud y, en particular, en la mejora de los sistemas estatales.

Conclusiones

Los REPSS deben ser el actor dominante para lograr la expansión de la atención primaria de calidad y transferir eficientemente los recursos federales para tratamientos costosos. Ello requiere mejorar los mecanismos presupuestarios al reconocer el problema de las poblaciones más alejadas y marginadas, el fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias y los mecanismos de comunicación entre los actores del sistema y los usuarios. El enfoque programático que ha definido las relaciones entre federación y estados es inadecuado pues no permite la innovación y la flexibilidad que requieren los REPSS. Los recursos del Seguro Popular para diagnósticos costosos (catastróficos) se asignan mediante tarifas inefficientes y se operan con procedimientos administrativos inciertos. Una adecuada relación entre los REPSS y las instancias federales es indispensable para lograr el paso de una estrategia de control a una en que los REPSS se conviertan en instancias auténticas de administración de los planes de salud a nivel estatal.

En el ámbito de la atención primaria se requiere:

1. Definir de forma explícita qué es la atención primaria a la que tiene como objetivo el SPOP y diseñar modelos que consideren el costo incremental de atención a poblaciones alejadas o marginadas. La definición debe incluir elementos de oportunidad y calidad, como por ejemplo distancia o tiempo a puntos de atención y certidumbre en acceso a medicamentos y consulta. El Causes es un avance importante que se puede complementar con estas definiciones.

2. Adoptar procedimientos que liguen a la atención primaria con los hospitales con un costo bajo para el médico y para el paciente. Se requieren mecanismos de información y comunicación interactivos entre hospitales y jurisdicciones sanitarias y otras instancias estatales. Dentro de los REPSS y de las jurisdicciones sanitarias, definir puestos directivos encargados de coordinar la atención primaria, con responsabilidad de cumplir funciones de gestión e imbuidos de liderazgo para el impulso de la actividad.
3. Adoptar un sistema de afiliación e identificación interactivo y ligado con la seguridad social y otros programas, así como con proveedores privados. Por ejemplo, para acceder en línea a información sobre vigencia de derechos y adscripción a unidades. Esto permitirá simplificar el proceso de afiliación al SPOP, la contratación de servicios por los REPSS con cualquier hospital del país y ligar la atención primaria que están recibiendo los hogares por parte de los proveedores privados con el sistema en general. Cabe señalar que esto es una estrategia distinta al “Padrón General de Salud”, que se ha intentado construir desde 2005.^{23,24} Dicho esfuerzo no ha logrado cumplir con las funciones listadas al inicio de este párrafo y a la fecha permanece como un esfuerzo de intercambio de información con fines estadísticos.²⁵ El nuevo enfoque debe centrarse en el ciudadano y estar integrado a la provisión de todos los servicios que provee el estado. Es decir, una estrategia basada en las mejores prácticas que han sido exitosas en otros países abandonaría el enfoque de centralización y control que permea al Padrón General de Salud.²⁶

En el ámbito de asignación a tratamientos costosos, la forma en que el financiamiento federal “sigue al paciente” y llega al hospital es un elemento de importancia para definir la organización de la industria pública y privada de servicios de salud. Las recomendaciones específicas son las siguientes:

1. Definir con claridad el procedimiento para la formación de tarifas del fondo para diagnósticos de alto costo. Esto es necesario para facilitar la movilidad de recursos entre proveedores, y para la reasignación de pacientes para cerrar desbalances entre oferta y demanda (por ejemplo, cuando un plan tiene alto costo marginal de atender a un grupo y prefiere contratar a un proveedor externo para que preste los servicios).
2. Definir los pagos por diagnósticos costosos como una tarifa integral, lo que permitirá la oferta de to-

- dos los hospitales del país, y facilitará las decisiones de atención e inversión por los hospitales estatales y federales. El proceso debe ser explícito y público, y debe incorporar la evaluación desde el diseño con metodologías aceptadas en el ámbito académico.
3. Hacer predecible y expedito el proceso administrativo para la aceptación de casos por el hospital y para su pago por el Fondo. En forma complementaria, adoptar un programa de integridad que reconozca el problema de correcta clasificación de pacientes y pago. Las acciones deben incluir no sólo aspectos administrativos y contables, sino también capacitación de médicos y administradores, código de honor y ética, un sistema consistente de inspección aleatoria y mecanismos de sanción administrativa (al hospital) y civil (a los individuos responsables).

En el ámbito de la relación entre federación y entidades federativas, el enfoque programático debe ser sustituido por uno de contrato de rendimiento.²⁷ Esto es clave para incentivar a los estados a cumplir el objetivo de la reforma de 2014 de fortalecer a los REPSS. En la medida que ello se logre, la CNPSS podrá estandarizar los procedimientos contables, informáticos y a otros para bajar costos, y se facilitarán los objetivos de movilidad de personas y de recursos.

Si bien este documento se aboca principalmente al análisis de los sistemas estatales en el marco del Seguro Popular, tiene implicaciones para el sistema de salud en general. La universalidad de los servicios de salud debe entenderse en sus distintas dimensiones: afiliación previa a un plan, paquete de servicios completo y estándares de calidad y oportunidad de todos los planes. De poco sirve la universalidad si consiste en inscribir a todos los residentes en un padrón y no se da un conjunto de servicios valioso, y de poco sirve incluir más diagnósticos en la oferta de un plan si en la práctica hay carencias en el acceso a medicamentos u otros insumos.

Considerando la situación actual del sistema de salud en México, se plantea consolidar un Fondo Solidario de Salud que tome las funciones de asignación para todo el sistema (incluyendo la seguridad social y el sector privado). Unificar el financiamiento federal permitirá que los REPSS y los organismos de seguridad social funcionen como planes de salud que recibirán recursos federales y podrán tener recursos adicionales de contribuciones estatales, de empleados y patrones. Posiblemente la primera acción en esta estrategia será transformar el FPGC en un fondo que pague por tratamientos en todos los esquemas.

Ese fondo fijará tarifas para la cobertura del Causes y de los diagnósticos de alto costo mediante procesos de negociación y regulación. Todos los proveedores de

servicios acreditados deberán atender pacientes en su plan de acuerdo con las tarifas fijadas. Cabe señalar que ésta sería una estrategia radicalmente distinta a la que se ha intentado desde la instauración del Seguro Popular, la cual está basada en la celebración de convenios entre instituciones (estatales y federales) que requieren de la intervención continua de autoridades centrales para coordinar el flujo de pacientes y dinero.²⁶ Al pasar a una estrategia basada en la regulación tarifaria, se dejaría en libertad a los proveedores finales para tomar decisiones de admisión de pacientes, y a los REPSS y otros planes de salud para tomar decisiones sobre dónde atender a sus pacientes.

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

Referencias

1. Secretaría de Salud. Misiones de supervisión estratégica del Sistema de Protección Social en Salud. México: SSa, 2006.
2. González-Robledo LM, González-Robledo MC, Nigenda G, Reich M. Separación de funciones en el Sistema de Protección Social en Salud, México 2009: avances y retos. *Salud Pública Mex* 2011;53(S4):S416-S424. <http://doi.org/bnxc>
3. Nigenda G (coord.). Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009, Informe Final. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: <http://transparenciac presupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/SED/Evaluaciones/CHPF2013/12u005compi09.pdf>
4. Merino M, Flamand L. Estudio para el fortalecimiento de la coordinación, administración efectiva y eficiente del Sistema de Protección Social en Salud en las entidades federativas. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2010.
5. Manuell G. Construcción de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2010.
6. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. México: SINAIIS, 2012 [consultado marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinaiis/estadísticas.html>
7. Organization for Economic Co-operation and Development. Health Statistics 2014. Paris: OECD Publishing [consultado marzo 2016]. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
8. Flamand L, Moreno Jaimes C. Seguro Popular y Federalismo en México: Un análisis de política pública. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2014.
9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Estrategia para la cobertura universal de salud. 154a Sesión del Comité Ejecutivo. Punto 4.3 del orden del día provisional, 2014;jun 16-20; Washington, DC, EUA.
10. Comber AJ, Brunsdon C, Radburn R. A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. *Int J Health Geogr* 2011;10:44. <http://doi.org/cd4tc8>
11. Schuurman N, Bérubé M, Crooks VA. Measuring potential spatial access to primary health care physicians using a modified gravity model. *The Canadian Geographer/Le Geographe Canadien* 2010;54(1):29-45. <http://doi.org/czbw7f>

12. Knaul F, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública Méx* 2013;55(2):207-235. <http://doi.org/bncz>
13. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Analíticos presupuestarios. Cartera de Programas y Proyectos de Inversión. Presupuesto de Egresos de la Federación 2014. México: SHCP, 2014.
14. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Programa de Acción Específico Caravanas de la Salud, 2007-2012. Actualización 2011. México: Secretaría de Salud, 2011.
15. Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios. Estrategia del Gobierno de la República para la Prevención y Combate de Servicios Médicos Ilegales. México: COFEPRIS, 2015 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/I2022015.pdf>
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo Económico 2009. México: INEGI. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/>
17. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo Económico 2014. México: INEGI [consultado en marzo de 2016]. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/>
18. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
19. Hsia DC, Krushat WM, Fagan AB, Tebbutt JA, Kusserow RP. Accuracy of diagnostic coding for Medicare patients under the prospective-payment system. *New Eng J Med* 1988;318(6):352-355. <http://doi.org/bvvpct>
20. Centers for Medicare & Medicaid Services. Comprehensive Medicaid Integrity Plan of the Medicaid Integrity Program FYS 2014-2018. 2014 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/DeficitReductionAct/CMIP.html>
21. Lozano R, Garrido F. Estudio de Caso sobre el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en Salud: Experiencia de México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2014.
22. Lakin J, Daniels N. The Quest for Fairness: A case study of the evolution of Mexico's Catastrophic Insurance Fund. Boston: HSPH, 2007 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/Case_Study_Mexico_041407.pdf
23. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: SSa, 2013.
24. Rugerio B, Cruz E. Integración de información del Padrón General de Salud. 2013 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/P_PGS.pdf
25. Secretaría de Salud. Convenio general de colaboración de intercambio de información entre SSA, CNPS, IMSS e ISSSTE. 2012 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CGC-AnexoTecnico-Firmado.pdf>
26. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Informe sobre la Seguridad Social en América 2008. Innovando los Modelos de Aseguramiento Social. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2008.
27. Petrie M. A Framework for Public Sector Performance Contracting. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2002.