Posición Institucional Aspectos Susceptibles de Mejora 2013

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)

Antecedentes

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud derivado de las evaluaciones establecidas en el Programa Anual de Evaluación 2012 que son: Las Evaluaciones de Consistencia y Resultados correspondientes al U-005 Seguro Popular y S-201 Programa Seguro Médico Siglo XXI, y la evaluación de Costo Efectividad para el Seguro Popular, con las cuales se establecieron observaciones y recomendaciones para generar aspectos susceptibles de mejora.

a) Indicadores de la matriz de resultados e indicadores, resultados y reglas de operación

1. Precisar y mejorar la articulación de la Matriz de indicadores

Las Matrices de Indicadores de Resultados (MIR) del Seguro Popular y del Seguro Médico para una Nueva Generación (hoy Seguro Médico Siglo XXI) han sido construidas y actualizadas de manera permanente considerando que la función de ambas políticas es contribuir al acceso financiero a los servicios de salud de las personas y familias que carecen de servicios de salud por seguridad social y evitar el empobrecimiento en el caso de las enfermedades catastróficas.

Se precisarán los conceptos y lógica de las MIR con base en los documentos normativos del Seguro Popular y aquellos que regulan al actual Seguro Médico Siglo XXI (Reglas de Operación), se debe decir que los documentos son previos a la actualización de las MIR y estas se diseñan hasta la actualización de los mismos.

2. Actualizar la información del indicador de Gasto de Bolsillo

El indicador de Fin en ambas matrices *(Porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares)* es un indicador bianual y no se cuenta con información anual para el mismo, solo se obtiene cada dos años, debido a que la fuente de información, la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH), esta encuesta se realiza de forma bianual y el proceso de documentación es hasta de 6 meses después de su finalización para hacer pública la información, además de que pasa un tiempo posterior (3 a 4 meses) para realizar el cálculo del indicador por parte de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaria de Salud, por lo cual este indicador no se encuentra disponible al cierre puntual de cada dos años para documentar los resultados.

3. Integrar un indicador de calidad de los servicios de salud

Se tomará como tarea incorporar un indicador de la encuesta anual de satisfacción que refleje la calidad de los servicios financiados, en particular los del Seguro Popular, es importante señalar que tanto el Seguro Popular como el Seguro Médico Siglo XXI no se encuentran en control de la calidad de los servicios, la cual depende de los proveedores en las entidades del país.

4. Establecer y definir las metas de cobertura del Seguro Popular y Siglo XXI con base en los datos y proyecciones del Censo de Población y Vivienda 2010

La cobertura de la población atendida por parte del Seguro Popular y del Seguro Médico Siglo XXI debido a su carácter universal para toda aquella población sin acceso a los servicios de salud sin seguridad social que lo solicite, por esta razón se encuentra ligada a los ritmos del crecimiento demográfico de la población, así como de la demanda del servicio, esto hace cambiante las metas de la cobertura, tomando este factor en consideración se realizarán los esfuerzos pertinentes para establecer de forma más específica las definiciones y cálculos de las población potencial, objetivo y atendida.

b) Evaluaciones externas

1. Realizar evaluaciones externas que midan el impacto

La normatividad del Sistema de Protección Social en Salud las mismas externas indica la realización de manera anual por parte de la Dirección General de Evaluación de Desempeño (DGED) de la Secretaria de Salud la cual contrata investigadores externos para indagar sobre aspectos relacionados con los efectos del Seguro Popular y por ende del Seguro Médico Siglo XXI en el gasto en salud de los afiliados, así como del uso y acceso de los mismos a los servicios financiados además de otros aspectos de administración.

Se hace patente que la función del Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMS-XXI) es financiar los servicios de salud para la población afiliada con los proveedores acreditados, no es atribución del mismo definir acciones estrictas en el impacto y la calidad de la salud de la población afiliada. No obstante el Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva generación (el hoy llamado Seguro Médico Siglo XXI) han realizado una agenda amplia de investigaciones concernientes en el año 2012 para temas sobre el gasto en salud, condiciones de salud de los afiliados, calidad y gestión de los servicios así como de la relación del Seguro Popular y los mercados de trabajo además de la informalidad, las cuales se encuentran ampliamente documentadas para observar los efectos del financiamiento a los servicios proporcionados.

En la medida de que se autoricen los recursos necesarios se establecerá una agenda de evaluaciones, como es la realización de la evaluación de costo efectividad de un conjunto de intervenciones del Seguro Popular, así para que en el mediano plazo (2015) se realicen las acciones para llevar a cabo la evaluación de impacto del Seguro Médico Siglo XXI.

Conclusión:
El formato de la evaluación de consistencia y resultados de donde parten los aspectos susceptibles de mejora a realizar, se encuentra pensado en estricto sentido para emitir opiniones sobre programas que funcionan bajo la lógica de reglas de operación emitidas anualmente, como se encuentra diseñado el Seguro Médico Siglo XXI, mientras que el Seguro Popular es una política de estado normada desde la Ley General de Salud y la legislación derivada de la misma; por lo cual su lógica de operación y estructura es diferente a este tipo de programas. Es por dicha lógica y estructura de evaluación que varias sugerencias de aspectos susceptibles no aplican de manera directa.