

Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud



El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se propuso garantizar el acceso universal a servicios de salud de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad, subrayando la necesidad de avanzar hacia la integración funcional del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Con el fin de orientar los esfuerzos necesarios, se han desarrollado diversas enfocadas a que los usuarios puedan obtener atención a la salud en cualquier institución del SNS, independientemente de su residencia geográfica o de su condición de beneficiario de un esquema de aseguramiento público, así como a la coordinación de las instituciones del SNS para compartir recursos y reducir costos administrativos. Para impulsarla se han instrumentado los siguientes componentes:

- El expediente clínico electrónico (ECE)
- El padrón general de salud (PGS)
- El intercambio de servicios
- Las guías de práctica clínica (GPC)
- El Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud (PMSRS)
- La adquisición y compra coordinada de medicamentos
- La formación y disponibilidad de recursos humanos

Dos componentes más tienen un carácter transversal en la integración funcional.

- La calidad de la atención a la salud
- El marco legal y la gobernabilidad

Sobre estas bases, el objetivo general del proyecto fue identificar el estado actual y el desarrollo de la implantación de los componentes mencionados anteriormente a fin de obtener una visión integral y sincronizada entre los mismos desde la cual hacer recomendaciones para avanzar hacia una integración funcional del SNS.

Este resumen ejecutivo presenta los aspectos más relevantes del trabajo realizado, su metodología y resultados tanto en términos de los hallazgos que permiten establecer un diagnóstico situacional de los diferentes componentes de portabilidad y convergencia, como de las 88 iniciativas recomendadas para avanzar en la integración funcional del SNS tanto en el corto plazo (2011-2012), como más allá de 2012.



Instituto Nacional
de Salud Pública



ISBN: 978-607-511-009-7

9 786075 110097

Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud

R E S U M E N ● E J E C U T I V O



Instituto Nacional
de Salud Pública

**Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia
hacia la integración del Sistema Nacional de Salud
Resumen Ejecutivo**

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa Amaría Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos México
www.insp.mx

ISBN 978-607-511-009-7

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

**Proyecto financiado por la Dirección General de Evaluación
del Desempeño de la Secretaría de Salud.**

Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública

Equipo de Investigación

Miguel Ángel González Block, investigador principal
Carlos López Santibáñez, co-investigador principal

Investigadores

Nelly Aguilera Aburto, Andrés Aldama, María Elena Barajas, Víctor Becerril Montekio, Elizabeth Candia Fernández, Sandra Carpio, Rodrigo Elvira, Gaudencio Gutiérrez Alba, Ileana Heredia Pi, Ignacio Ibarra Espinosa, Rodrigo Juárez Olay, Karla Lara, Juan Lozano, Fernando Mancilla, Gabriel Martínez González, Martha Miranda Muñoz, Juan Francisco Molina, Gonzalo Moyao, Liliana Muñoz, Gustavo Nigenda López, Carlos Núñez, Emanuel Orozco Núñez, Aldo Piedras, María Quintana Citter, Alejandro Ramírez Rosales, Hortensia Reyes Morales, José Arturo Ruiz Larios, Diego Valadez, Jesus Vértiz Ramírez, Paula Villaseñor Torres, Veronika Wirtz, Fernando Oscar Zapata

Contenido

I	Descripción general del proyecto	5
II	Resumen del trabajo realizado	7
III	Metodología	9
IV	Principales hallazgos	11
	4.1 Percepción de los usuarios	11
	4.2 Componentes para la integración funcional	12
	4.2.1 Expediente Clínico Electrónico	12
	4.2.2. Padrón General de Salud	14
	4.2.3. Intercambio de servicios	15
	4.2.4. Guías de Práctica Clínica	16
	4.2.5. Plan Maestro Sectorial de Recursos	17
	4.2.6. Adquisición y compra coordinada de medicamentos	17
	4.2.7. Formación y disponibilidad de recursos humanos	18
	4.3 Componentes transversales	19
	4.3.1. Calidad de la atención	19
	4.3.2. Gobernabilidad y marco legal	20
V	Principales recomendaciones y resumen del plan maestro de trabajo. 2011-2012	25
VI	Plan de ejecución de mediano plazo. Posterior a 2012	33
VII	Plan Maestro de Ejecución	35
	7.1. Portafolio de Proyectos	35
	7.2. Administración del Plan Maestro de Ejecución	36
VIII	Estrategia de administración del cambio y plan de comunicación	39
IX	Conclusiones	41

I. Descripción general del proyecto

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se propuso garantizar el acceso universal a servicios de salud de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad, subrayando la necesidad de avanzar hacia la integración funcional del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Con el fin de orientar los esfuerzos necesarios, se han desarrollado diversas herramientas enfocadas a que los usuarios puedan obtener atención a la salud en cualquier institución del SNS, independientemente de su residencia geográfica o de su condición de beneficiario de un esquema de aseguramiento público, así como a la coordinación de las instituciones de SNS para compartir recursos y reducir costos administrativos. Para impulsarla se han instrumentado los siguientes componentes:

- El expediente clínico electrónico (ECE)
- El padrón general de salud (PGS)
- El intercambio de servicios
- Las guías de práctica clínica (GPC)
- El Plan Maestro Sectorial de Recursos en Salud (PMSRS)
- La adquisición coordinada de medicamentos
- La formación y disponibilidad de recursos humanos

Dos componentes más tienen un carácter transversal en la integración funcional.

- La calidad de la atención a la salud
- El marco legal y la gobernabilidad

Sobre estas bases, el objetivo general del proyecto fue identificar el estado actual y el desarrollo de la implantación de los componentes de portabilidad y convergencia a fin de obtener una visión integral y sincronizada entre los mismos desde la cual hacer recomendaciones para avanzar hacia una integración funcional del SNS.

Este informe ejecutivo resume los aspectos más relevantes del trabajo realizado, su metodología y resultados tanto en términos de los hallazgos que permiten establecer un diagnóstico situacional de los diferentes componentes de portabilidad y convergencia, como de las iniciativas recomendadas para avanzar en la integración funcional del SNS tanto en el corto plazo, 2011-2012, como en el mediano plazo, después del 2012.

II. Resumen del trabajo realizado

A fin de ofrecer evidencias sobre el estado actual de los diversos componentes y el grado de adecuación de los mismos para avanzar en la integración funcional del SNS se llevaron a cabo diversas actividades.

- Entrevistas y visitas de verificación de las capacidades y situación operativa de los sistemas de ECE y de su grado de cumplimiento de la NOM-024 en 382 unidades médicas seleccionadas en todo el país.
- Entrevistas a profundidad con los responsables de cada uno de los componentes en los 32 servicios estatales de salud (SESA) a fin de obtener información de primera mano brindada por los actores más relevantes.
- Cuatro grupos focales en Chiapas, Jalisco y Tamaulipas destinados a conocer la opinión de usuarios acerca del intercambio de servicios entre instituciones sobre calidad y libre elección del servicio de atención de salud. Cabe aclarar que varios participantes ya contaban con experiencia en el intercambio de servicios.
- Análisis documental de numerosas fuentes nacionales e internacionales relacionadas con cada uno de los componentes del proyecto.
- Con base en los diagnósticos situacionales de todos los componentes derivados de las actividades mencionadas, se elaboraron 88 iniciativas para avanzar hacia la integración del SNS.

El resultado de estas actividades se resume en:

- Recomendaciones para la operación, administración y definición de un esquema organizacional del PGS.
- Diagnóstico situacional del avance en el uso del ECE a partir de las entrevistas y visitas a 382 UM de la SSA.
- Propuesta de cambios para mejorar el intercambio de servicios y los instrumentos necesarios para impulsarlo con base en las mejores prácticas nacionales e internacionales y en la organización del SNS.
- Identificación y análisis de los instrumentos jurídico-administrativos para sustentar la formulación de propuestas sobre modificaciones o adecuaciones normativas que favorezcan la institucionalización del intercambio de servicios personales de salud y garanticen la coordinación en el uso compartido de los recursos entre las instituciones públicas del SNS.

Sobre estas bases, se generaron un Plan Maestro de Trabajo a corto plazo para 2011-2012 y un plan de ejecución más allá de 2012 en los cuales se definen elementos y acciones de cambio para la integración del SNS y recomendaciones puntuales sobre las acciones necesarias para su implantación en etapas y plazos tentativos.

III. Metodología

La información del diagnóstico de los componentes de portabilidad y convergencia procede de dos fuentes principales: a) la revisión de documentos oficiales y de trabajo proporcionados por los responsables de la ejecución de cada uno de los componentes en las Direcciones de la SSA y b) entrevistas a los funcionarios y responsables institucionales a nivel federal y de los 32 SESA.

La revisión documental también incluyó publicaciones científicas y literatura gris, así como sitios en Internet de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otras organizaciones importantes.

Para profundizar en el conocimiento del ECE y del intercambio de servicios, se realizaron otras 10 entrevistas en varios estados y se visitaron 364 UM de los SESA y 18 UM de la SSA federal en donde se verificaron las capacidades y situación operativa de sistemas y proyectos de ECE.

Esta verificación se llevó a cabo mediante entrevistas directas al personal responsable de la operación del ECE y la revisión física de funcionalidades de sistemas de ECE y registros de datos incluidas en una lista de verificación alineada a la NOM-024.

La selección de las 382 UM se hizo con base en “Encuesta ECE Nacional 181110” de la SSA, la cual incluye un universo de 709 unidades médicas.

- Se consideró con probabilidad $p=1$ a aquellas unidades que respondieron contar con sistema ECE. Lo anterior permitió asegurar que la muestra obtenida considera un censo de todas las unidades hospitalarias en las que se tiene información preliminar de la existencia de sistemas de ECE. Este estrato (censal) comprende 109 unidades hospitalarias.
- Se consideró con probabilidad $p=1$ a todas las unidades hospitalarias que respondieron no contar con ECE o que no respondieron, ubicadas en las entidades que la SSA identificó como prioritarias: Baja California, Campeche, Colima, Estado de México, Nuevo León, Sinaloa y Veracruz. Esto permitirá revisar a profundidad el avance en estas entidades en este estrato (censal) de 140 unidades hospitalarias.
- Se consideró con $p=1$ a los 9 Institutos Nacionales de la SSA por su importancia en términos de pacientes. Este estrato (censal) comprende 9 unidades hospitalarias.
- De las 451 unidades hospitalarias restantes, se seleccionaron unidades adicionales tomando en cuenta criterios probabilísticos proporcionales al número de camas censables. Este estrato (muestral) comprende 124 unidades hospitalarias.

Lo anterior confirma que los resultados obtenidos en las visitas de verificación a las 382 unidades hospitalarias son válidos para las 709 unidades hospitalarias existentes en los servicios estatales de salud y la SSA.

Con el objetivo de conocer la opinión de los usuarios sobre calidad y posibilidades de libre elección del prestador de servicios de atención a la salud se realizaron cuatro grupos focales con 44 participantes en tres unidades de tercer nivel y una de primero en los estados de Chiapas, Jalisco y Tamaulipas.

Por último, para facilitar la administración de las iniciativas generadas a partir del diagnóstico de la situación actual, se elaboró un portafolio de proyectos que permite cumplir con los objetivos estratégicos de la SSA de manera coordinada e integral, considerando los diferentes proyectos como un todo y no como iniciativas aisladas. El portafolio permite a los tomadores de decisión priorizar y seleccionar los proyectos necesarios para la obtención de beneficios, bajo el principio que todas las organizaciones tienen recursos finitos y prioridades cambiantes.

IV. Principales hallazgos

4.1 Percepción de los usuarios

La realización de los grupos focales permitió conocer la opinión de los usuarios y/o derechohabientes sobre la calidad del servicio de atención de salud prestado por diversas instituciones a nivel nacional e indagar sobre su elección en caso de poder acceder a cualquier institución pública. La recopilación de la información se hizo a partir de una guía de 13 preguntas; ocho sobre la calidad del servicio, incluyendo trato de pacientes, tiempo de espera, información de problemas de salud hacia los usuarios, abasto de medicamentos, expediente clínico, capacitación al personal operativo, infraestructura y selección de institución; y cinco más sobre el intercambio de servicios entre instituciones.

Las UM seleccionadas para la realización de los grupos focales fueron las siguientes:

- Tamaulipas: Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE), Ciudad Victoria.
- Jalisco: Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Instituto de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos, Secretaría de Salud, Guadalajara.
- Chiapas: Centro de Salud de Tapachula y HRAE, Tapachula.

Para contextualizar es conveniente señalar que los HRAE y los institutos mencionados cuentan con una infraestructura y equipamiento de punta y en excelentes condiciones. Adicionalmente, el personal de salud que labora en dichas instalaciones es altamente calificado.

A partir de los criterios de calidad mencionados arriba, los participantes identificaron a la SSA como la institución con la mejor calidad de atención, seguida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en tercer lugar a las instituciones privadas y por último al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Cuadro 1). En cuanto al intercambio de servicios, las respuestas permitieron determinar que el principal tipo de intercambio consiste en que el IMSS y el ISSSTE refieren a sus pacientes a la SSA, con lo cual suelen quedar satisfechos dada su percepción de la mejor calidad de atención que ofrecen las unidades de la SSA.

Se puede concluir que sin importar la institución que preste el servicio ni la afiliación del usuario, se deben cubrir los siguientes elementos de calidad:

- Disminuir el tiempo de espera
- Abastecer las recetas de medicamentos
- Proporcionar información clara sobre los problemas de salud hacia cada paciente
- Proporcionar mayor equipamiento para poder prestar un servicio digno hacia los usuarios

Cuadro 1

Calidad percibida por los usuarios en las instituciones de atención de salud en temas que determinarían su elección si pudieran escoger dónde atender sus problemas de salud

	Trato a los pacientes	Tiempo de espera	Información de problemas de salud	Abastecimiento de medicamentos	Capacitación de médicos y enfermeras	Equipamiento
SSA	✓	✓	✓			✓ ¹
IMSS				✓ ²	✓ ³	✓ ⁴
ISSSTE						
Privados	✓	✓		✓	✓	✓

¹ Cuenta con un equipo moderno y completo en Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE)

² Se tiene la percepción de que el IMSS surte medicamentos controlados de alto costo

³ Sólo en cuanto a médicos especialistas

⁴ Se tiene la percepción de que el IMSS cuenta con equipo adecuado de ultrasonido y radiografías

4.2 Componentes para la Integración Funcional

4.2.1 Expediente clínico electrónico nacional

La situación operativa de los sistemas de ECE en los ámbitos federal y estatal en 382 unidades hospitalarias de los SESA y la SSA en todo el país es la siguiente:

- El ECE se encuentra en plena fase de implementación: 24% de las UM cuentan con un sistema en operación; 19% se encuentran en situación de proyecto y 6% en iniciativa para su implementación (Cuadro 2).
- A nivel nacional se tienen 4 millones de registros electrónicos de pacientes en 94 UM que cuentan con ECE.
- 82% del personal de salud que utiliza las aplicaciones del ECE tiene buena disposición y apertura ante el cambio.
- En 64% de las unidades médicas el ECE es considerado como prioridad alta.
- El promedio de apego a la NOM 024 en las unidades médicas que cuentan con sistemas de ECE es de 42%, con un nivel máximo de cumplimiento de 71% y mínimo de 7%.
- Las principales carencias identificadas se hallan en:
 - Infraestructura de telecomunicaciones para intercambiar información entre aplicaciones al exterior de la unidad hospitalaria (63% de los hospitales)
 - Recursos humanos especializados en tecnología para administrar las aplicaciones actuales (61%) o para desarrollar nuevas aplicaciones (76%)
 - Recursos financieros para desarrollar nuevas aplicaciones (67%).

Cuadro 2

Situación operativa del ECE en UM de los SESA por entidad federativa y SSA federal con base en operación, proyectos e iniciativas

Hospitales con sistemas ECE operando en julio 2011		Hospitales con proyectos de ECE en desarrollo en julio 2011		Hospitales con iniciativas de ECE en julio 2011		Hospitales sin proyectos ni iniciativas de ECE en julio 2011		Total de hospitales
Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
94	25%	73	19%	23	6%	192	50%	382

Por lo que respecta a las capacidades y la situación actual de los sistemas de ECE en las unidades médicas de todos los niveles de los SESA y la SSA se tienen los siguientes resultados a julio de 2011:

- 21 entidades federativas (88%) cuentan con proyectos en desarrollo para la integración de los sistemas de ECE basados la NOM-024 y el estándar HL7 en su versión 3.0. En 15 casos estos proyectos tienen una importancia estratégica alta, aunque sólo cinco cuentan con presupuesto.
- En 38% de las entidades federativas se considera alta la posibilidad de interoperar en el corto plazo, pero más de 70% de las entidades requiere mejoras de infraestructura tecnológica.

Por lo que respecta a las instituciones de seguridad social

- Todas las instituciones cuentan con proyectos para la integración de sistemas de ECE y consideran el cumplimiento de la NOM-024.
- El promedio de cumplimiento actual de la NOM-024 en las UM donde existe el ECE es de 60%.
- Las capacidades de infraestructura de cómputo y telecomunicaciones así como de personal técnico permiten operar los sistemas actuales, salvo en el caso del DIF.
- Se están definiendo convenios de intercambio de información e interoperabilidad entre el IMSS y el ISSSTE.
- Hay consenso en cuanto a la importancia de formalizar el uso de la firma electrónica avanzada para darle validez jurídica y evitar la duplicidad de expedientes en papel y en electrónico.

Se identificaron retos importantes en cuanto a: i) la disponibilidad de recursos tecnológicos, financieros y humanos; ii) las estrategias de estandarización de procesos de referencia y contra-referencia que implican el intercambio de información; y iii) aspectos legales y de gobernanza.

El diagnóstico permitió identificar cinco importantes áreas de oportunidad para el desarrollo del ECE:

- Fortalecimiento de los mecanismos y canales de comunicación, asesoría y capacitación.
- Obtención y asignación de recursos financieros para el fortalecimiento tecnológico de las unidades médicas los SESA.
- Establecimiento de la obligatoriedad del ECE y certidumbre jurídica (firma electrónica avanzada).
- Formalización de los proyectos en desarrollo en instituciones de seguridad social y entidades, dando seguimiento al cumplimiento de las metas.
- Desarrollo gradual de una plataforma de cuarta generación bajo la normatividad de la SSA.

4.2.2 Padrón General de Salud

El PGS es una herramienta indispensable para el desarrollo del intercambio de servicios y el ECE. En general, se entiende que el PGS no sustituirá a los procesos de afiliación de cada organismo, sino que será un sistema que permitirá la consulta de cada uno de esos padrones de forma oportuna. Por ello, la calidad el PGS dependerá en forma crítica del éxito de cada organismo en formar y mantener adecuadamente actualizada su propia base de datos. Sin embargo, no hay una idea clara de los mecanismos para integrar el PGS en el ámbito legal; aunque existe disposición a apoyar la iniciativa una vez que cuente con los vehículos legales necesarios, los cuales todavía no han sido desarrollados.

La iniciativa del PGS carece de una definición clara del actor responsable de su organización y coordinación, así como de los roles, responsabilidades y acuerdos jurídicos que cubran aspectos de confidencialidad de la información y seguridad de los datos, cumplimientos regulatorios y directrices.

El proyecto identificó a los actores principales y los temas eje a desarrollar para el análisis de factibilidad de las estrategias de intercambio de información y el funcionamiento del PGS. Actualmente está en desarrollo un modelo de gobierno bajo un esquema autónomo vinculado con las instituciones federales. En la SSA existe una propuesta de grupos de trabajo, mecanismos y acciones para identificar los recursos necesarios para implementar el PGS.

En relación con el tema del identificador y de su desarrollo, la Clave Única del Registro de Población (CURP) aparece como la llave del sistema, pero existen problemas para su aplicación y no hay un plan para su adopción como número único.

Todas las instituciones y particularmente el IMSS y el ISSSTE, han avanzado en la estandarización y depuración de sus bases de datos, lo que facilita el intercambio de datos entre instituciones para la integración de sus beneficiarios.

Las dos principales áreas de oportunidad para el desarrollo del PGS son la asignación de recursos financieros para su instrumentación y la elaboración de acuerdos jurídicos para el intercambio de la información de afiliados.

4.2.3 Intercambio de servicios

En general no existe un impedimento legal al intercambio de servicios. La ley de las instituciones de la seguridad social no las limita a la subrogación de servicios ni a la venta de los mismos, aunque sí establece condiciones. Así mismo, el Seguro Popular de Salud (SPSS) ha establecido lineamientos que permiten la contratación de servicios indirectos. Las principales instituciones compradoras son IMSS, ISSSTE y el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSA); mientras que las principales vendedoras son los SESA, los HRAE y, en casos puntuales, las unidades de especialidades médicas. El IMSS no vende servicios y el ISSSTE sólo lo hace de manera esporádica.

El gobierno federal ha implementado tres convenios marco para ordenar y dinamizar partes específicas del mercado del intercambio de servicios: i) Convenio de Portabilidad 32x32 del SPSS con los SESA; ii) Convenio Marco para la Atención de la Emergencia Obstétrica, entre el IMSS, el ISSSTE y la SSA; y iii) Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios Interinstitucional, que fija los lineamientos de los compromisos de intercambio de servicios entre las delegaciones y UMAES del IMSS, las unidades médicas del ISSSTE, los SESA, los Institutos Nacionales de Salud (INS), los Hospitales Federales de Referencia (HFR) y los HRAE. Además existen convenios específicos entre instituciones que no se refieren a un convenio marco o acuerdo de colaboración.

En cuanto a la iniciativa de la SSA federal se refiere, se definió y adoptó el “Catálogo nacional de servicios, intervenciones, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y tabulador de tarifas referenciales” (el Catálogo), con el fin de incidir en la optimización de la infraestructura y recursos disponibles en el SNS, mejorar la oportunidad y la calidad de los servicios de atención médica y brindar posibilidades de atención a grupos de población con padecimientos específicos.

El contenido del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios Interinstitucional incluye los derechos y las obligaciones de las partes involucradas dentro del intercambio de servicios y establece que deben crearse convenios específicos que cubran las necesidades de cada entidad federativa e institución, en cuanto a los servicios, situación geográfica y demás factores relevantes.

Adicionalmente se desarrolló el Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios, producto del trabajo interinstitucional (SSA, IMSS e ISSSTE), en el que se tienen definidos 376 servicios de alta especialidad para intercambiar, así como su respectiva tarifa referencial con base a la información que las instituciones han acordado.

Asimismo, se definió una garantía de plazo para 18 servicios y especialidades; y precisó que debe referirse a un paciente siempre que la capacidad de respuesta de la unidad, no se encuentre dentro de la garantía de plazo establecida.

En este sentido, para la aplicación de garantías de plazo se consideran dos enfoques: el primero se refiere a las garantías en tiempos de atención que deben establecerse en un convenio de compra venta de servicios (definición exacta de los servicios, el lugar y el precio) y que es parte de todo convenio y resultado de la negociación entre las partes. El segundo tiene que ver con las políticas nacionales que permitan empoderar a los pacientes para reclamar los servicios y es una política de Estado que requiere una definición clara respecto a la selección de intervenciones, actores, procesos de actualización y mecanismos de transparencia de la información, entre otros.

En meses pasados la SSA, los SESA, el IMSS y el ISSSTE emprendieron un esfuerzo para consolidar información sobre servicios excedentes y faltantes e identificar oportunidades de intercambio.

En general el intercambio de servicios está limitado por aspectos operativos, básicamente problemas en el registro, pago, normativos, entre otros.

4.2.4 Guías de práctica clínica

Las GPC son un conjunto de recomendaciones sistematizadas para mejorar la calidad de la atención a la salud y disminuir las acciones innecesarias, inefectivas o dañinas para el paciente. La Subsecretaría de Innovación y Calidad de la SSA estableció el desarrollo de GPC mediante el Programa de Acción Específico del Programa Sectorial de Salud (POSESA) 2007-2012. El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) es responsable de la elaboración y recopilación de las GPC, mientras que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) es la encargada de coordinar y dar seguimiento a las acciones del Plan Estratégico Sectorial 2011 para la difusión, capacitación, implantación y seguimiento de las GPC.

A fines de junio 2011, el Catálogo Maestro de GPC contaba con 348 GPC en sus modalidades de Evidencias y Recomendaciones y Guía de Referencia Rápida, cumpliendo o superando las metas planteadas en el PROSESA 2007-2012. Además, 141 (53%) de las 275 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), 46.9% de las 49 intervenciones de atención del Fondo para Gastos Catastróficos y 12.5% de las 128 intervenciones del Seguro Médico de Nueva Generación cuentan con GPC.

A pesar de estos importantes logros, el avance de la difusión y capacitación a nivel nacional desde la aprobación en 2011 del Plan Estratégico Sectorial para la Difusión, Capacitación, Implantación y Seguimiento de las Guías de Práctica Clínica ha sido heterogéneo entre los estados. Por otra parte, cada institución del sector define las acciones de dicho plan en las entidades federativas sin objetivos claros hacia la integración.

Aunque los criterios generales para priorización de las GPC a desarrollar están bien establecidos y son relevantes para cada problema de salud, es necesario establecer indicadores sectoriales. Además, la elaboración de la mayoría de las GPC por grupos de trabajo institucionales puede limitar su aplicabilidad a nivel sectorial, dada la variabilidad de cada institución en infraestructura y organización.

Otras oportunidades que deben ser consideradas incluyen:

- Finalizar la validación de las GPC por las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, a fin de obtener la confirmación del sustento científico de las recomendaciones.
- Detallar Plan Estratégico Sectorial 2011 a fin de considerar las diferencias entre las instituciones. Además, incluir iniciativas y actividades con indicadores clave, o métricas de desempeño, de nivel federal o estatal, que permitan su monitoreo y control.

4.2.5 Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud

El PMSRS debe ser el instrumento rector para la promoción, desarrollo, planeación, reordenamiento y aprobación de la infraestructura, equipamiento y recursos humanos del sector salud con base en los recursos actuales y el perfil socio-demográfico y epidemiológico de la población. Actualmente se cuenta con los siguientes instrumentos de planeación desarrollados por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES): Certificado de Necesidades (CDN), la herramienta Geo-referenciada y El Plan Maestro de Infraestructura Física (PMI).

Actualmente, en los SESA la planeación se realiza a nivel institucional y no sectorial, en general de manera reactiva y a corto plazo. El ISSSTE y el IMSS también cuentan con instrumentos para justificar sus necesidades de inversión en infraestructura. Es importante destacar que la DGPLADES está trabajando para solventar estas limitaciones.

El CDN funciona como un filtro para la gestión de recursos y representa un buen mecanismo de control como requisito para aprobar obras e incluirlas en el PMI.

Los SESA intentaron emplear la herramienta geo-referenciada que fue desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Pública para visualizar los recursos de salud en el territorio nacional, pero dejaron de utilizarla debido a dificultades en su operación y a la falta de información actualizada, especialmente sobre el IMSS y el ISSSTE. La DGPLADES está evaluando la herramienta de planeación dinámica, para definir las acciones necesarias para que cubra las necesidades actuales de las instituciones de SNS y sea de uso generalizado.

La mayoría de los estados tienen inscritos sus proyectos de inversión en el PMI, lo que permite a la SSA conocer el inventario de obras solicitadas por los SESA, pero no por las otras instituciones del sector. Aunque en los SESA existe acuerdo sobre la implementación del PMSRS, algunos funcionarios responsables de la planeación no conocen su existencia para sustituir al PMI. La DGPLADES está trabajando de manera integral en el desarrollo de esta iniciativa en coordinación con las demás instituciones del SNS.

4.2.6 Adquisición y compra coordinada de medicamentos

En 2008, se constituyó la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS). Si bien la Comisión cuenta con reglas de operación, de acuerdo con los funcionarios entrevistados, opera con recursos humanos insuficientes. A pesar de ello, durante los tres años de operación, la CCNPMIS contribuyó a la contención de precios de medicamentos prioritarios y generó ahorros dentro del sector por más de 11,600 millones de pesos. Y aunque en el futuro se presente una disminución de los porcentajes de descuentos obtenidos, su acción sigue siendo efectiva para la contención de las disparidades en los precios de adquisición entre instituciones y estados, volviendo muy riesgoso restar continuidad o no fortalecer las estrategias de la CCNPMIS.

La presente administración ha realizado esfuerzos para integrar una política nacional de medicamentos (PNM). Sin embargo, aún no existe suficiente claridad sobre el tema entre los actores en los estados ni en las instituciones de seguridad social. A fin de integrar la PNM, se han definido cuatro ejes rectores: i) la calidad de los

medicamentos, ii) asegurar su efectividad y seguridad, iii) garantizar la disponibilidad sin pago para el usuario al momento de la utilización, y iv) el uso racional.

En general, los funcionarios en las entidades federativas cuentan con insuficiente experiencia en la compra coordinada e identifican el marco normativo como una de las barreras más relevantes para la integración funcional en este rubro. Además, hace falta información clara sobre los objetivos de la compra coordinada y los mecanismos que permitirían alcanzarlos. Se considera que la implementación de cualquier estrategia exige mejorar tanto la comunicación de la SSA con los SESA, el IMSS y el ISSSTE como al interior de cada una de estas.

4.2.7 Formación y disponibilidad de recursos humanos para la salud

Desde su creación en 1983, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) ha tenido como objetivo coordinar acciones de instituciones formadoras y empleadoras de todo el sector salud. Los avances logrados gracias a su trabajo y el de las comisiones similares en cada estado, se reflejan en acciones concretas como el Programa de Acción de la Comisión Permanente de Enfermería 2007-2012, el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, la Operación del Servicio Social y el Programa de Odontología, entre otros. No obstante, la integración del SNS no ha estado presente en las consideraciones de las comisiones.

Para evaluar este componente a profundidad se definieron aspectos clave que permiten visualizar su avance. A continuación se muestra un resumen de estos aspectos y de su situación actual.

Gobierno y organización. En algunos estados la participación de las secretarías de educación locales en la CIFRHS no es regular. No todas las comisiones estatales tienen claras sus capacidades, objetivos y estrategias para regular la formación y disponibilidad de recursos humanos en salud (RHS). No existe un plan de trabajo detallado con objetivos e indicadores para la integración y que haya sido diseñado en acuerdo con las instituciones responsables del desarrollo de iniciativas sobre formación y disponibilidad de RHS.

Formación. En los últimos cinco años, la CIFRHS han emprendido varias acciones relacionadas con el Sistema Nacional de Residencias Médicas, el mejoramiento del servicio social de estudiantes de carreras del área de la salud, la evaluación de planes y programas de estomatología y la creación de un programa de regularización de la formación de enfermeras de niveles auxiliar y técnico entre otras.

La mayoría de las comisiones estatales participan en la autorización de planes de estudio de las áreas de salud. En más de la mitad de los estados ha sido posible participar en la regulación de matrículas en el área de la salud. En una cuarta parte de las entidades las comisiones no participan en la regulación de la apertura y registro de escuelas y facultades, que es de vital importancia para regular la oferta y la demanda de RHS.

Prácticamente en todas las entidades federativas existen convenios entre las instituciones formadoras y las empleadoras para efectos de servicio social y residencias médicas.

En poco más de la mitad de los estados se busca que las Comisiones Estatales Interinstitucionales participen en la formulación de políticas y, aunque no están enmarcadas en un proceso de integración del SNS, podrían converger.

Como parte del proyecto Observatorio de Recursos Humanos de la Salud promovido por la OPS, en la mitad de los estados se está elaborando un diagnóstico de RHS, aunque su avance es todavía incipiente y no considera la integración funcional del SNS.

En dos terceras partes de las entidades federativas hay acuerdos para regular el ingreso a las facultades de medicina, pero no existen mecanismos legales para hacerlos obligatorios, por lo cual se sugiere mayor participación de la Secretaría de Educación Pública.

Las comisiones estatales interinstitucionales empiezan a recomendar un mayor control en el ingreso a escuelas de enfermería técnica, así como el cierre de algunas de ellas dado que las instituciones empleadoras públicas ya no contratan a ese personal.

Disponibilidad. Si bien el Observatorio de Recursos Humanos para la Salud está realizando acciones, todavía no existe un diagnóstico de la disponibilidad de RHS ni se encontró evidencia alguna de un plan nacional de RHS orientado hacia la integración del SNS. No obstante, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SSA realizó un estudio detallado sobre la suficiencia de médicos y enfermeras por estado en las principales instituciones públicas abriendo un horizonte para la planeación de mediano y largo plazo.

Todavía existen importantes diferencias en los indicadores de productividad usados en las diferentes entidades e instituciones, lo cual representa un reto hacia la integración funcional del SNS.

4.3 Componentes Transversales

4.3.1 Calidad de la atención

Este componente muestra un avance relativamente alto y es el más claramente orientado hacia la integración del SNS. Está directamente ligado al Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), el cual está integrado por 34 líneas de acción agrupadas en cuatro categorías: Calidad percibida, Calidad técnica y seguridad del paciente, Calidad en la gestión de los servicios de salud y Proyectos de apoyo y reconocimiento.

Existe un avance considerable en el reconocimiento de la importancia de las acciones para garantizar la homogeneidad de la calidad y seguridad de los pacientes. Se informó sobre la participación del IMSS, del ISSSTE y de otras instituciones diferentes de los SESA en 20 de las 34 líneas de acción, lo que lleva a pensar que dichas acciones en aras de la integración del sector han sido efectivas.

Como una de las áreas de oportunidad más importantes para el avance de SICALIDAD se señala fortalecer la visibilidad y el papel asignados a SICALIDAD entre los componentes de la estrategia de convergencia. Como segunda área de oportunidad, se menciona la posibilidad de establecer una unidad del IMSS responsable de las funciones de calidad de la atención.

Esto abre la posibilidad de trabajar para posicionar a SICALIDAD como un conjunto de acciones articuladas para la integración del sector en sinergia con los otros componentes de la convergencia. Respecto a las barreras a la incorporación del IMSS, se puede aprovechar la coordinación con otras instancias con objetivos comunes con SICALIDAD; como serían la comisión interinstitucional formada a raíz de la firma del Convenio General de Colaboración celebrado entre la SSA, el IMSS y el ISSSTE para la Atención Universal de Emergencias Obstétricas, el Consejo de Salubridad General y el CENETEC.

4.3.2 Gobernabilidad y marco legal

Estos componentes se encuentran íntimamente ligados y son de carácter transversal respecto del resto. Los resultados se presentan temáticamente destacando consideraciones importantes sobre gobernanza.

Expediente Clínico Electrónico

No existe un parámetro legal uniforme y suficiente que regule la integración y uso del expediente clínico. La NOM-024 no establece la obligatoriedad para el uso del ECE en el sector público. Las instituciones públicas cuentan con diferentes normatividades jurídicas para la integración del ECE y no hay evidencia sobre la relación entre la normatividad internacional (HL7) y la nacional, si bien hay señales de avance en la materia. Ciertas disposiciones jurídicas impiden sustituir la firma autógrafa y otros requerimientos relacionados con la naturaleza de la información obstaculizando la adopción del ECE. Por otra parte, mientras a nivel federal se reporta la falta de un presupuesto específico para el desarrollo y mantenimiento del ECE, se encontró que cada estado tiene la prerrogativa de invertir o no en esta herramienta.

Padrón General de Salud

No existe fundamento legal para un padrón único de salud. Si bien un decreto presidencial de 2006 regula una figura concomitante denominada Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales, el cual integra, por ejemplo, a programas como LICONSA y Oportunidades, no incluye a las instituciones de seguridad social ni al SPS. Se busca mantener un esquema de afiliación diferenciado por institución cuya información pueda compartirse centralmente, pero la diversidad jurídica y organizacional de las instituciones dificulta establecer un padrón único.

Intercambio de servicios

Si bien la Ley General de Salud (LGS) no es muy específica en cuanto a favorecer el intercambio de servicios, existe reglamentación genérica que describe pautas para la celebración de convenios que consideran figuras como la subrogación de servicios. El sustento legal y de política pública disponible ha coadyuvado a establecer niveles aceptables de factibilidad y sostenibilidad política. En algunos casos, los arreglos institucionales existentes no han generado incentivos organizacionales para optimizar la utilización de los recursos y para responder a las necesidades y satisfacción de los pacientes. Por

ejemplo, los convenios para la atención cruzada de emergencias obstétricas no cuentan con un esquema de pago entre instituciones. Se requeriría también generar estándares de calidad que favorezcan el trato adecuado de los usuarios sin distinción de su proveedor de servicios, a fin de contar con lineamientos para el intercambio con base en criterios de tiempos de espera y ejercicio de derechos de los pacientes.

Guías de Práctica Clínica

Las GPC pueden funcionar como herramientas del intercambio si se logra darles un marco jurídico que las sustente en el corto plazo. La responsabilidad de implementarlas recae principalmente en la Federación y aunque se piensa que no son obligatorias y que se traslapan con otras NOM obligatorias, los actores consideran que favorecen la convergencia institucional para la homologación de la práctica clínica.

Adquisición y compra consolidada de medicamentos e insumos

Los mecanismos de contratación coordinada implican que cada entidad federativa participante e instancias federales realicen sus compras independientemente pero de manera sincronizada para poder obtener los beneficios de la compra consolidada. Sin embargo, al contar los SESA con márgenes de autonomía en cuanto al ejercicio de sus recursos, la legislación actual no permite impulsar un esquema obligatorio de compras coordinadas entre los mismos ni con la Federación, y los acuerdos de la CCNPMIS sólo son obligatorios para las dependencias y entidades federales.

Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud

El actual Plan Maestro de Infraestructura carece de un marco normativo que permita una verdadera administración inmobiliaria; la inclusión de registros no ha sido más que un proceso mecánico de inscripción de nuevas obras, previa emisión del certificado de necesidad.

Alcances y limitaciones legales del sector salud, del Sistema Nacional de Salud y de las instituciones “sectoriales”

Si bien hay consenso en que la SSA es “rectora” del SNS, este concepto no es preciso y en la LGS sólo se utiliza en dos ocasiones. De hecho, es válido hablar de un ente rector federal y diversos entes rectores estatales. El análisis jurídico obliga a diferenciar entre SNS y sector salud. El 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. En cambio, según la LGS, el SNS, coordinado por la SSA, está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto federal como local y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud. No es claro que las instituciones paraestatales dedicadas a la salud y que están fuera del sector salud formen parte del SNS. Por ejemplo, por disposición explícita, las instituciones de seguridad social están excluidas de la LGS.

El Consejo Nacional de Salud (CNS) es un órgano colegiado de pares, al cual el Secretario de Salud invita a participar a los secretarios estatales de salud. Según el Acuerdo Presidencial que creó al CNS, se desprende que el SNS surge de la amalgama de los 32 SESA, rectores de la salud en su entidad en los términos de las leyes locales. La presente administración invitó a las sesiones del CNS a los representantes de las otras instancias federales que proveen servicios de salud, resaltando ahora la ausencia del sector privado. El CNS debe fortalecer la capacidad rectora de la Secretaría de Salud dando seguimiento a los acuerdos con los estados y los convenios en que los SESA se adhieren a intercambios de servicios particulares entre instituciones de salud.

Obstáculos a la portabilidad e integración del SPSS

La portabilidad de derechos entre instituciones que estuvo en el centro del diseño del SPSS fue dificultada por las modificaciones a la LGS de diciembre de 2009. Antes, el financiamiento de los REPSS se tasaba por familia a fin de hacerla compatible con la seguridad social; ahora se define al individuo como base de la contribución federal, dificultando la compatibilidad en la portabilidad de beneficios.

Aunque el SPS tiene alcance nacional su operación es responsabilidad del ámbito estatal. El financiamiento del programa ha enfatizado la verticalidad y predominancia federal.

Resulta problemático que la Federación etiquete el destino de los recursos del SPSS y revise su ejercicio, en vez de enfocarse en la evaluación del desempeño con base en resultados de servicio e impactos en la salud, ya que esto reduce la capacidad de los estados para vincularse con otros proveedores fuera de la SSA. Incluso, sin un sustento legal, la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión ha marcado un destino de gasto específico para los recursos del SPSS en el Presupuesto de Egresos. Como resultado, las entidades no cuentan con libertad para hacer una planeación real de sus servicios.

La separación de funciones

La experiencia internacional demuestra que la portabilidad, tal y como se desea para México, sólo se logra cuando la financiación del seguro de salud puede migrar entre “organismos” que, en este contexto, son propiamente planes de servicios asegurados de salud. Esa migración permite que haya movilidad de las personas entre los diversos organismos que funcionan como organizadores, administradores y coordinadores (OAC) de la atención, y que cada OAC pueda comprar servicios de distintos proveedores.

Existe un amplio consenso sobre la posibilidad de conservar las instituciones de salud actuales permitiendo que el asegurado se movilice libremente de acuerdo a su elección, movilizándolo sus fondos per cápita hacia la institución que escoja. Se puede lograr un desarrollo institucional que separe la financiación de la administración del consumo y de la provisión. Se ha insistido también en la necesidad de crear un fondo nacional de financiamiento y eliminar las cuotas obrero-patronales para pasar a financiar la salud exclusivamente con recursos fiscales.

La descentralización también puede facilitar la integración funcional y la portabilidad. La mayor autonomía en la gestión de los servicios por las entidades

federativas acerca las decisiones de atención a la comunidad, asigna a los gobiernos estatales una autoridad clara en la administración de los servicios y facilita la posibilidad de flexibilizar la oferta de servicios finales.

Se reconocen tres tipos básicos de barreras para la adopción de medidas para mejorar el sistema: i) la falta de normatividad para implementar los cambios necesarios; ii) la desigualdad en la distribución de recursos entre las distintas instituciones del sector; y iii) la existencia de culturas organizacionales cerradas que generan tanto duplicidad como carencia.

Notas para el mediano plazo

Se abren dos opciones de política para lograr la portabilidad de derechos y la convergencia efectiva entre instituciones en beneficio de la población ampliamente aceptables por los pagadores y proveedores. La primera es ampliar la política de protección social en salud a todos los esquemas de servicios médicos financiados con fondos públicos. La segunda es dotar a todos los prestadores de servicios de salud de autonomía de decisión, sin importar si permanecen integrados verticalmente con el pagador o si operan como proveedores desvinculados de los pagadores y con personalidad jurídica propia.

Un plan de mediano plazo para la integración debe incluir cambios estructurales. Los mecanismos de financiación pueden definirse desde el nivel constitucional hasta las leyes que asignan los recursos a cada esquema de prestación de servicios. Un cambio constitucional podría precisar el significado del “derecho a la protección de la salud” con base en el “derecho a un seguro de salud”.

V. Principales recomendaciones y resumen del plan maestro de trabajo. 2011-2012

El diagnóstico situacional y las principales iniciativas para avanzar en la integración del SNS en el corto plazo 2011-2012 en relación con los componentes para la integración funcional, así como de aquellos considerados como transversales dada su influencia sobre el resto, se pueden ver de manera esquemática más abajo (Cuadros 3, 4 y 5).

Cuadro 3

Hallazgos y recomendaciones - Componentes de Portabilidad

* Se muestran en negritas las iniciativas de mayor impacto y menor esfuerzo

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
	<ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de las entidades federativas, la falta de recursos financieros representa una barrera para el desarrollo de proyectos, a pesar de que existen iniciativas definidas. 	<p>Asignar y controlar los recursos financieros para apoyar el desarrollo de proyectos y el monitoreo de los programas presupuestales definidos. *</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Sólo 6 entidades federativas, y ninguna institución federal salvo la CCINSHAE, identifican un plan formal de comunicación con la SSA sobre estrategias de integración y operación del ECE. En 53% de las entidades federativas es necesario fortalecer los canales y medios de comunicación con la SSA. 	<p>Fortalecer los mecanismos y los canales de comunicación para lograr un entendimiento estandarizado de la estrategia de implementación y operación del ECE.</p>
Expediente Clínico Electrónico	<ul style="list-style-type: none"> La DGIS desarrolló un plan estratégico que establece líneas de acción a nivel nacional para el desarrollo del sistema nacional de ECE. 	<p>Adoptar el modelo de gobernabilidad definido para coordinar y monitorear el desarrollo de proyectos.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> El promedio de apego con la NOM 024 en las unidades visitadas que cuentan con sistemas de ECE es de 42%. El nivel máximo de cumplimiento de la NOM-024 es de 71% y el nivel mínimo de 7%. 	<p>Actualizar el marco normativo para facilitar la adopción del ECE. Crear mecanismos de adopción paulatina en relación con la NOM-024.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Las entidades federativas y las instituciones federales en general no han permeado las actuales iniciativas. 	<p>Alinear los procesos de interoperabilidad hacia un modelo evolutivo para alcanzar, de manera estratégica, los objetivos propuestos.</p>

...Continúa

Continuación...

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
Padrón General de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Nula tendencia a asignar recursos financieros para la promoción y la instrumentación del PGS. 	<p>Proveer de un esquema financiero al PGS para su institucionalización estableciendo servicios de valor al ciudadano.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Existen limitaciones legales para el intercambio de la información de afiliados. • No hay acuerdos jurídicos para operar e integrar las bases de datos de los beneficiarios en el PGS. 	<p>Implementar instrumentos legales que blinden la integración y el funcionamiento del PGS.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • El esquema organizacional no se ha institucionalizado debido a la falta de definición del actor responsable del PGS • Se requieren decisiones de política, legales y administrativas que no puede resolver un grupo puramente técnico. 	<p>Organizar e integrar la prestación de servicios del PGS</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • El PGS fue concebido para lograr la interoperabilidad; de ahí la importancia de fortalecer la estrategia entre los involucrados. 	<p>Fortalecer la estrategia de interoperabilidad entre los actores</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento del PGS sólo se da entre los tomadores de decisiones que han acordado su desarrollo, y los expertos técnicos que han participado en él. 	<p>Promover la implementación y la difusión de procedimientos, herramientas y lineamientos relacionados al PGS</p>

Cuadro 4

Hallazgos y recomendaciones - Componentes de Convergencia

* Se muestran en negritas las iniciativas de mayor impacto y menor esfuerzo

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
	<ul style="list-style-type: none"> Existen sistemas de registro diferentes entre instituciones para la referencia y contra-referencia. Falta de automatización del registro por lo que no se puede asegurar que la información sea consistente y oportuna. La información correspondiente al intercambio interestatal (32x32) presenta desfases. Falta de estandarización en el registro de pacientes referidos. 	Mejorar el Registro de pacientes. Establecer los procedimientos para el registro oportuno y confiable de los pacientes que se atienden en una institución diferente a la cual se encuentran afiliados.
	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con lineamientos establecidos para la compra-venta de servicios, en el caso específico del 32x32 también se cuenta con un sistema electrónico. La falta de firma de partes sustantivas de los convenios, de políticas explícitas sobre el pago y de herramientas tecnológicas dificultan el pago de los servicios intercambiados. 	Mejorar el proceso de pago. Fortalecer el proceso de pago para garantizar la conclusión exitosa del intercambio de servicios
Intercambio de servicios	<ul style="list-style-type: none"> Los manuales o lineamientos para el intercambio inter-estatal o interinstitucional no están formalmente establecidos como instrumentos normativos. Las entidades enfrentan incertidumbre sobre cómo desarrollar convenios de colaboración interinstitucionales. Falta un estándar en la terminología de los servicios para dar seguimiento a los pagos, definir los servicios excedentes y faltantes y reorganizar la oferta y demanda. La existencia de tarifas únicas puede limitar el intercambio. 	Mejorar el Manual de Lineamientos y Convenios Marco y realizar acciones para la implementación y/o ejecución exitosa de los convenios marco (32x32, Emergencias Obstétricas, Alta Especialidad).
	<ul style="list-style-type: none"> Falta un sistema automatizado que capture los servicios excedentes y faltantes de cada unidad médica con oportunidad y confiabilidad. 	Reorganizar la oferta y la demanda para el Intercambio de Servicios para lograr un mercado de servicios ordenado. *
	<ul style="list-style-type: none"> La saturación en las unidades médicas y la falta de recursos impide garantizar plazos. La falta de estandarización de la capacidad de las unidades para otorgar garantías de plazo limita el número de proveedores que pudieran brindar estos servicios El desconocimiento de los plazos podría fomentar el incremento excesivo de las listas de espera. Actualmente las unidades médicas no están en condiciones de otorgar garantías de plazo. 	Evaluar las garantías de plazo propuestas para su implementación exitosa y justa.
	<ul style="list-style-type: none"> Alcanzar un Sistema Único de Salud requiere reformas en los elementos financiero (financiamiento, asignación y pago) y de diseño del sistema (separación de funciones, rol de los jugadores y número de jugadores). La existencia de convenios que no estén alineados a los convenios marco obstaculiza el intercambio de servicios. La falta de difusión y convencimiento de la iniciativa de Intercambio de Servicios puede provocar resistencia al cambio por parte del personal de las instituciones. 	Alinear convenios y establecer indicadores e incentivos encaminados al logro de un Sistema Único de Salud. Alinear las cláusulas de los convenios existentes y establecer indicadores e incentivos que promuevan el intercambio de servicios a fin de lograr un Sistema Integrado de Salud.
	<ul style="list-style-type: none"> No existe una estrategia de administración de cambio en materia de intercambio de servicios 	Definir acciones encaminadas a la buena administración del cambio dentro de la organización. *

...Continúa

Continuación...

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
Guías de Práctica Clínica	<ul style="list-style-type: none"> El Plan Estratégico Sectorial 2011 para la difusión, capacitación y seguimiento de GPC no incluye un Programa de Trabajo que defina tiempos de ejecución, recursos necesarios, métricas de desempeño, factores críticos de éxito, ni responsables de llevar a cabo cada una de las iniciativas. 	<p>Elaborar un Programa de Trabajo detallado sectorial para la ejecución del Plan Estratégico Sectorial 2011. *</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Los indicadores actuales para el desarrollo de GPC son insuficientes para un monitoreo y control eficiente del Programa. La fase de difusión, capacitación e implementación carece de indicadores clave de desempeño de nivel federal o estatal. 	<p>Definir indicadores clave de desempeño a nivel central y estatal para el monitoreo y control de las Guías de Práctica Clínica en cuanto a su desarrollo, difusión, capacitación, implantación y seguimiento.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> La coordinación, participación y compromiso para cumplir con el Plan Estratégico Sectorial 2011 se presenta heterogéneo entre las instituciones y entidades federativas 	<p>Definir una estrategia interinstitucional para la administración central y estatal del cambio en relación con la difusión y la implementación de iniciativas y actividades clave contenidas en el Plan Estratégico y en el Programa de Trabajo, así como para el monitoreo de indicadores de desempeño</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de iniciativas de integración y operación de las GPC como parte de un programa dirigido a la convergencia por deficiencias en el marco normativo, la infraestructura y los recursos humanos. 	<p>Identificar y desarrollar iniciativas con carácter sectorial para la integración formal de las GPC como parte de los componentes de convergencia.</p>
Plan Maestro Sectorial de Recursos de Salud PMSRS	<ul style="list-style-type: none"> La SSA tiene el proyecto de migrar del PMI al PMSRS como instrumento rector de la planeación para el desarrollo y el reordenamiento sectorial de infraestructura, equipamiento y RHS. 	<p>Conformar un comité intersectorial responsable de integrar los instrumentos de planeación y gestionar los planes de mediano y largo plazo a nivel sectorial para consolidar el PMSRS.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de los SESA considera el Certificado de Necesidades de Infraestructura como un buen mecanismo de control para aprobar obras; pero su uso por el resto de las instituciones de salud es limitado. Falta incorporar en los requisitos algunos elementos que puedan brindar una mejor información sobre los proyectos. 	<p>Fortalecer y mejorar el actual Certificado de Necesidades para hacerlo sencillo, ágil, homogéneo, actual, sectorial y validado por todas las instituciones de salud.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Los SESA no realizan una planeación sectorial. En general la planeación es reactiva y de corto plazo. Sólo en algunos estados los SESA consideran información de otras instituciones estatales de seguridad social. 	<p>Establecer una guía metodológica que permita tener una planeación homogénea en los 32 SESA, que establezca los criterios o las variables sociodemográficos, epidemiológicos y financieros por utilizar, y las fuentes oficiales de información para cada uno de esos criterios</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Los SESA intentaron emplear la Herramienta Geo-referenciada pero dejaron de usarla porque no les resulta operable. Existen problemas y severa lentitud para acceder a la página web y en el despliegue de información. La información no está actualizada. En algunas entidades los responsables de la planeación en materia de infraestructura no cuentan con claves de acceso vigentes. 	<p>Evaluar la Herramienta Geo-referenciada actual contra lo requerido.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de los SESA tienen inscritos sus proyectos de inversión en el PMI; no así las otras instituciones del sector. Algunos funcionarios responsables de la planeación en los SESA desconocen el PMSRS y su papel para substituir al PMI. 	<p>Concluir la integración del nuevo PMSRS para substituir el PMI e integrar La guía metodológica de planeación, el Certificado de Necesidades y la Herramienta Geo-referenciada.</p>

...Continúa

Continuación...

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
Adquisición y Compra Coordinada de Medicamentos e Insumos	<ul style="list-style-type: none"> No existe un documento integrador de una política nacional consolidada de medicamentos con un plan coordinado de objetivos y estrategias para el sector farmacéutico. Los funcionarios de los SESA desconocen toda iniciativa relacionada con algún plan en este sentido. 	Desarrollar una Política Nacional de Medicamentos coherente, integral y de largo plazo.
	<ul style="list-style-type: none"> No existe un mecanismo de alineación y monitoreo de los insumos definidos en las GPC con los definidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud. No se han definido los mecanismos de homologación para los criterios de selección de los insumos. 	Implementar la alineación del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, las GPC y las intervenciones que formarán parte del intercambio de servicios.
	<ul style="list-style-type: none"> El Manual de Lineamientos del Intercambio de Servicios no define claramente cómo se hará la inclusión de los medicamentos en el contrato marco y los contratos específicos, ni los mecanismos para medir su calidad y, en caso de que ésta no se cumpla, los mecanismos para establecer los precios máximos de reembolso. 	Definir el intercambio de medicamentos y el establecimiento de Precios Máximos de Reembolso de medicamentos dentro del Manual de Lineamientos del Intercambio de Servicios
	<ul style="list-style-type: none"> No existen estrategias clave para lograr una integración funcional en esta área; sólo existen diferentes estrategias locales en niveles iniciales de desarrollo. Falta información sobre los objetivos de la compra coordinada y los mecanismos para lograrlos. 	Definir lineamientos y requisitos para una compra coordinada para lograr mejor eficiencia en la adquisición de los medicamentos en los estados.
	<ul style="list-style-type: none"> Los funcionarios no tienen experiencia en la compra coordinada de medicamentos. Falta un marco jurídico definido, rectoría y disponibilidad de recursos financieros. Cada entidad cuenta con mecanismos y leyes locales de adquisiciones que fijan parámetros y procedimientos muy diversos. 	Generar una empresa paraestatal u organismo descentralizado federal que realice la adquisición consolidada de medicamentos e insumos para la salud.
	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de los funcionarios entrevistados considera exitosa la experiencia de la compra de vacunas a nivel central con precios estandarizados para todos los estados para la coordinación interinstitucional. Se requiere garantizar la sostenibilidad de la capacidad de respuesta del sistema de salud en este rubro. 	Promover la compra coordinada interinstitucional de vacunas para aumentar la eficiencia y ampliar la intercambiabilidad de servicios preventivos
	<ul style="list-style-type: none"> La Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud carece de un marco jurídico-legal sólido y opera con recursos insuficientes. En los estados se considera favorable extender la negociación de precios de medicamentos de patente hacia los aquellos sin patente, pero de proveedor único y a productos biotecnológicos. 	Fortalecer el rol de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud y ampliar su marco de operación a otros insumos.
	<ul style="list-style-type: none"> No hay una definición clara de los tiempos y las líneas de comunicación, la detección de la necesidad de fortalecimiento en la difusión de los avances y los resultados anuales, ni estadísticas que ayuden a fortalecer los procesos de planeación. 	Fortalecer el rol rector de la federación como ente coordinador de las acciones encaminadas a la integración de funciones del sector.

...Continúa

Continuación...

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
Formación y Disponibilidad de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> No existe un diagnóstico completo de la disponibilidad de RHS ni un plan nacional de RHS orientado hacia la integración sectorial. Se puede aprovechar la información recopilada por la DGCES de la SSA y la OPS. 	Elaborar un diagnóstico situacional sobre el número y la distribución de médicos y enfermeras.*
	<ul style="list-style-type: none"> Aunque existen registros sobre matrícula, primer ingreso, egresos, titulación y número de escuelas públicas y privadas de educación superior; los diagnósticos situacionales sobre formación de técnicos y profesionistas en el área de la salud han sido escasos o muy limitados a ciertas disciplinas, principalmente medicina. 	Elaborar un diagnóstico situacional sobre el número y la distribución de médicos y enfermeras para la integración del sector.
	<ul style="list-style-type: none"> Los diferentes indicadores de productividad usados en los estados representa un gran reto a la integración en términos de capacidad y calidad de la atención. 	Definir criterios e indicadores interinstitucionales para la medición del desempeño de médicos y enfermeras

Cuadro 5

Hallazgos y recomendaciones - Componentes Transversales

* Se muestran en negritas las iniciativas de mayor impacto y menor esfuerzo

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
Calidad de la Atención	<ul style="list-style-type: none"> A pesar de la aportación de SICALIDAD a la integración sectorial, se identifica la necesidad de darle mayor visibilidad y destacar su papel articulador aprovechando sus vínculos con los demás componentes de la estrategia de convergencia. 	Posicionar SICALIDAD como componente central en la estrategia de convergencia. Aprovechar la red de responsables estatales y de gestores de calidad, así como las instrucciones y los boletines SICALIDAD para hacer explícito su propósito de contribuir a la integración del sector a través de la estandarización de los procesos de atención y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad y la seguridad de los pacientes independientemente de la institución que les brinde el servicio. *
	<ul style="list-style-type: none"> Dada la importancia del IMSS, las dificultades para su incorporación a acciones impulsadas por SICALIDAD representa un obstáculo a la integración funcional del sector. Esta situación se puede superar si en los próximos meses se promueve la mejora de la calidad y la seguridad del paciente con base en iniciativas sectoriales como el Convenio General de Colaboración para la Atención Universal de Emergencias buscando sinergias con instancias afines como el Consejo de Salubridad General y el CENETEC. 	Estandarizar los procesos para la atención de emergencias obstétricas Enfocar acciones de SICALIDAD en el mejoramiento de la atención a emergencias obstétricas en los estados con razones de mortalidad materna más elevadas con base en el convenio firmado por el IMSS, el ISSSTE y la SSA, ofreciendo garantías para un alto nivel de calidad y seguridad basados en los criterios y estándares de acreditación y certificación, así como en la implementación de GPC

...Continúa

Continuación...

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
Marco Legal y Gobernabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un parámetro legal uniforme y suficiente que regule la integración y el uso del expediente clínico, y la NOM-024 no establece la obligatoriedad del uso del ECE. • No hay un presupuesto específico para el desarrollo y el mantenimiento del ECE. • Las instituciones públicas cuentan con diferente normatividad jurídica para la integración del ECE, y no hay evidencia sobre la relación entre la normatividad internacional (HL7) y la normatividad nacional. 	<p>Impulsar el establecimiento obligatorio del ECE, fijando un plazo de transición, un programa de implantación y un parámetro de comunicación basado en el modelo HL7.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • No existe fundamento legal para la existencia de un padrón único de salud. • No hay parámetros normativos uniformes ni un marco legal que lo sustente. 	<p>Desarrollar una adecuada arquitectura jurídica que le dé sustento e institucionalidad a la consolidación de un registro único nacional de beneficiarios de salud. Construir parámetros uniformes, consolidar el esquema de traslado de recursos entre instituciones y establecer planes de trabajo formales consensados.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • El uso del término "sectorial" es impreciso pues el IMSS y el ISSSTE no forman parte de dicho sector de manera formal. 	<p>Dar formalidad al Manual de Lineamientos para el intercambio de servicios en el Sector Salud con mayor claridad conceptual.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • La responsabilidad de la implementación de las GPC recae principalmente en la Federación y se aprecia como una buena herramienta que favorece la convergencia institucional para homologar la práctica clínica. • Se piensa que las GPC no son obligatorias (y que se traslapan con otras NOM que sí lo son) y que requieren de un marco legal que las sustente. 	<p>Generar un marco jurídico que de sustento normativo a las GPC como herramientas del intercambio.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Con la legislación actual no es factible impulsar un esquema obligatorio para la realización coordinada de compras entre estados ni con la Federación. • Los estados no pueden hacer transferencias de recursos a otras convocantes como el IMSS, el ISSSTE o la Secretaría de Salud para que realicen las operaciones de compra en su nombre. 	<p>Integrar una empresa paraestatal u organismo descentralizado y dotarla de un marco jurídico siguiendo el modelo utilizado por PEMEX para potenciar el poder consolidado de compra. Esta entidad podría recibir órdenes de surtimiento, como un intermediario para la compra, pagos por cuenta de terceros y realizar la adquisición consolidada de medicamentos e insumos.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • El Plan Maestro de Infraestructura carece de una metodología adecuadamente normativa que permita una verdadera administración inmobiliaria. 	<p>Revisar el contexto normativo del PMSRS para consolidarlo.</p>

...Continúa

Continuación...

Componente	Hallazgos – Diagnóstico	Recomendaciones Iniciativas Prioritarias
Marco Legal y Gobernabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • La portabilidad de derechos entre instituciones que estuvo al centro del diseño del SPSS fue dificultada por las modificaciones a la LGS de 2009 que hacen pasar el financiamiento de los REPSS por familia (compatible con la seguridad social) al individuo. • La Federación etiqueta el destino de los recursos del SPS (limitando la integración funcional efectiva del financiamiento de la protección social en salud) y revisa su ejercicio en vez de enfocar la evaluación del desempeño con base en resultados. • Existe un desfase entre el paquete de servicios garantizado y su financiamiento. 	<p>Seguro Popular de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un esquema de organización homogéneo a nivel nacional que fomente la evaluación del desempeño y la eficiencia. • Definir claramente su esquema del financiamiento • Consolidarlo como tercer esquema de aseguramiento público.
	<ul style="list-style-type: none"> • No hay claridad conceptual ni legal en cuanto a que la SSA sea rectora del SNS • El análisis jurídico obliga a diferenciar entre SNS y sector salud. • Por disposición explícita, las instituciones de seguridad social están excluidas de la LGS y dado que dicha ley institucionaliza el SNS, aparentemente las excluirá de este último. • Del Acuerdo Presidencial que creó al CNS se desprende que el SNS surge de la amalgama de los 32 SEESA, rectores de la salud en su entidad en los términos de las propias leyes locales. 	<p>Papel rector de la SSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituir a la SSA como rectora de las acciones centrales de conducción del SNS integrado abandonando el control directo del ejercicio de las actividades que corresponden a los estados. • Dar precisión a las funciones de la SSA en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. • Consolidar normativamente el esquema de convenios de desempeño entre la Federación y los estados, transformándolos en sistemas de medición de efectividad con indicadores de impacto y resultados.

VI. Plan de ejecución de mediano plazo. 2012 - 2016

Principales iniciativas en relación con los componentes más relevantes de portabilidad y convergencia que se considera necesario implementar más allá del final de la presente administración con el fin de consolidar la integración del SNS (Cuadro 6).

Cuadro 6
Plan de ejecución de mediano plazo para la integración del Sistema Nacional de Salud - Resumen de iniciativas

Componente	Iniciativas para el mediano plazo
Padrón General de Salud	Implementar instrumentos legales que blinden la integración y el funcionamiento del PGS
	Proveer de un esquema financiero al Padrón General de Salud para su institucionalización estableciendo servicios de valor al ciudadano
	Fortalecer la estrategia de interoperabilidad entre los actores
	Organizar e integrar la prestación de servicios del Padrón General de Salud
Guías de Práctica Clínica	Promover la implementación y la difusión de procedimientos, herramientas y lineamientos relacionados al Padrón General de Salud
	Implementar y monitorear el Programa de Trabajo y la estrategia para la administración del cambio.
	Coordinar y supervisar; junto con los líderes del ECE a nivel estatal e institucional, la incorporación de las GPC al flujo operativo del ECE
	Continuar con el proceso de validación externa de las GPC
	Continuar con el trabajo coordinado entre los responsables del desarrollo de GPC y la CICBISS, y monitorear su aplicabilidad
	Fortalecer el programa sectorial para la formación de expertos a nivel nacional para el desarrollo de GPC y capacitación al personal médico
	Coordinar el desarrollo de GPC entre el CENETEC y la Comisión Interinstitucional para el Intercambio de Servicios
	Consolidar la normatividad para la asignación permanente de presupuesto a nivel estatal e institucional del programa de GPC
Desarrollar e implementar una plataforma educativa (LMS y repositorio de objetos digitales) para la difusión y capacitación de GPC	

...Continúa

Continuación...

Componente	Iniciativas para el mediano plazo	
Intercambio de servicios	Establecer los sistemas para el registro y monitoreo oportuno y confiable de los pacientes que se atienden en una institución diferente a la cual se encuentran afiliados	
	Implementar los mecanismos y sistemas de monitoreo del pago, con el fin de garantizar la conclusión exitosa del intercambio de servicios de manera automatizada	
	Adecuar y realizar acciones para la implementación de los convenios específicos para Alta Especialidad	
	Acciones encaminadas para el logro de mercado de servicios ordenado automatizado	
	Establecer los mecanismos financieros que permitan el cumplimiento de las promesas de garantías de plazo propuestas	
	Desarrollar acciones complementarias a los esfuerzos realizados que permitan madurar la integración funcional del SNS y una transición ordenada hacia el Sistema Único de Salud	
	Desarrollar acciones complementarias a los esfuerzos realizados que permitan establecer las bases de un Sistema Único de Salud	
	Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Salud	Gestionar cambios al marco legal para integrar el PMSRS
Ejecutar el plan trabajo para implementar el PMSRS		
Definir y establecer Indicadores del PMSRS		
Integrar resultados del PMSRS en el PNI		
Futuro de la protección social en salud	Impulsar un esquema de organización homogéneo a nivel estatal, que fomente la evaluación del desempeño y la eficiencia	
	Reformular el esquema del financiamiento del Seguro Popular	
	Impulsar la afiliación obligatoria al Seguro Popular Impulsar un esquema de organización homogéneo a nivel estatal, que fomente la evaluación del desempeño y la eficiencia	
Gobierno y Marco Legal	Consolidación de las funciones rectoras	Construir un modelo conceptual del ejercicio compartido de la rectoría, entre federación y estados.
		Impulsar un esquema de financiamiento para la salud pública
	Actualizar las funciones de la Secretaría de Salud federal	
	Revisión legal profunda para generación de propuestas	Revisar el marco legislativo integral que regula la prestación pública de servicios de salud
Generar iniciativas de actualización		
Reforma del sistema de salud	Integrar un paquete de servicios para toda la población	
	Generar la figura de un pagador único	
	Consolidar la figura de organizaciones articuladoras o compradoras de servicios	

VII. Plan Maestro de Ejecución

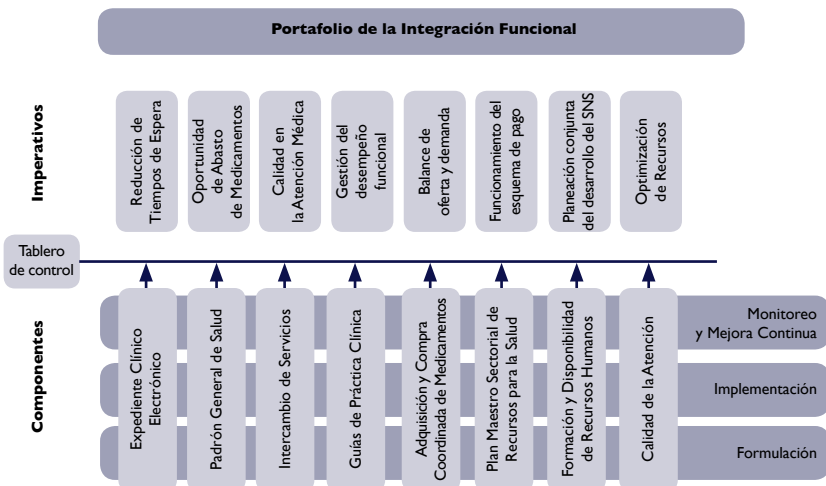
7.1 Portafolio de proyectos

Las iniciativas de los diversos componentes de la integración del SNS demandan una alta inversión de recursos, tiempos diferentes de ejecución y múltiples responsables. De ahí se desprende la importante tarea de administrar y monitorear su ejecución, y más importante aún, percibir y concretar los beneficios para los que fueron concebidos. Lograr sostenibilidad y constancia en el seguimiento es uno de los factores más críticos para el éxito de la integración funcional del SNS.

El Portafolio de proyectos para la integración funcional del SNS busca otorgar a los tomadores de decisiones un marco integral para identificar el avance y acciones necesarias en el tiempo adecuado e impulsar con pragmatismo el cumplimiento de los planes y proyectos, así como incluir, modificar o eliminar iniciativas de acuerdo con las prioridades y necesidades del SNS.

Para ello, el portafolio se constituyó bajo la siguiente estructura:

Cuadro 7
Estructura del Portafolio de Proyectos

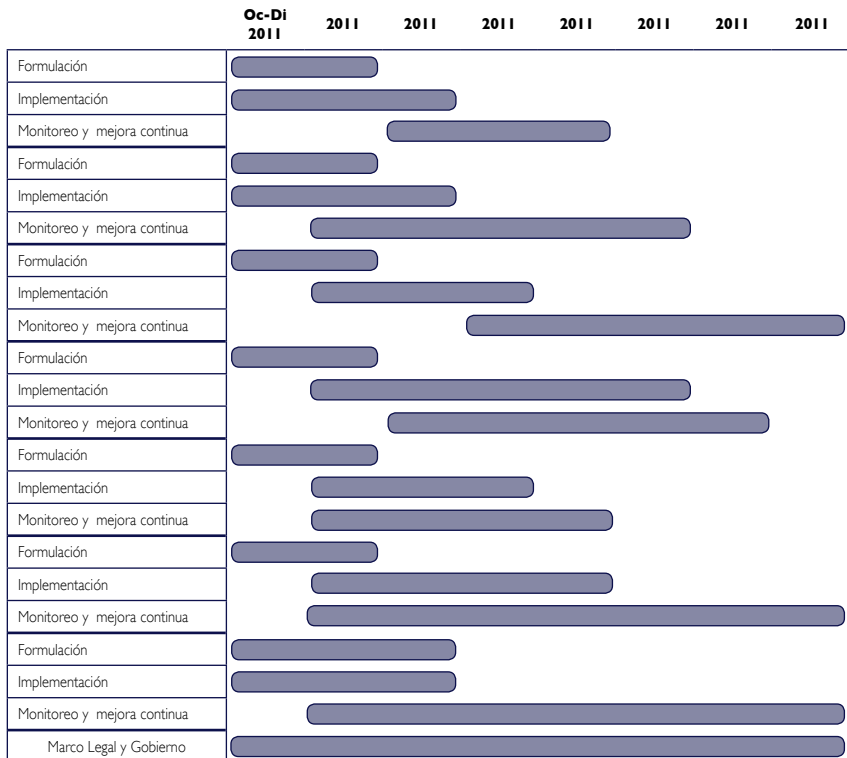


El portafolio de proyectos no solamente considera las iniciativas derivadas de los componentes de portabilidad y convergencia en sus distintos niveles de madurez evolutiva, sino que también las agrupa bajo imperativos que deben suceder para avanzar hacia la integración funcional del SNS. Además, establece la pauta para poder llevar a cabo una administración y monitoreo de las iniciativas definidas no solo bajo un enfoque de componentes independientes, sino de iniciativas agrupadas en torno a beneficios esperados.

7.2 Administración del Plan Maestro de Ejecución

El Cuadro 8 permite ver los tiempos en que cada uno de los componentes pasa desde la formulación y la implementación hasta llegar al monitoreo y la mejora continua, tomando en cuenta las 88 iniciativas. Este plan facilita a los responsables de cada componente de nivel estratégico encaminar sus esfuerzos y reorientar sus recursos para la consecución de los objetivos específicos que, de manera eficiente y efectiva, permitan alcanzar la integración funcional del SNS.

Cuadro 8
Plan Maestro de Ejecución



Esta evolución agrupa las 88 iniciativas resultado del estudio. Cada iniciativa será monitoreada por eventos y/o hitos que indicarán el nivel de cumplimiento. Para este fin, el portafolio de proyectos cuenta con un tablero de control que será administrado por el responsable que designe la SSA.

Cabe mencionar que las etapas de formulación, implementación y monitoreo y mejora continua, son clasificaciones para administrar los avances de las iniciativas, que no muestran correlaciones detalladas ni ruta crítica de los planes de trabajo detallados.

El tablero de control (Cuadro 9) permite analizar el avance de las diferentes iniciativas que conforman la estructura del portafolio de proyectos mediante la comparación de los indicadores clave del progreso de las actividades que integran las iniciativas de cada componente, que a su vez contribuyen al logro de los beneficios de cada imperativo, contra el avance esperado de cada una de estas actividades. De esta forma, los responsables y actores involucrados en la ejecución de las iniciativas podrán ver un estatus

Cuadro 9

Tablero de Control Portafolio de Proyectos

Fecha del reporte		01/09/2011		Conforme al esperado			
Desviación aceptable		-30.0%		Desviación de hasta 30%			
				Desviación mayor al 30%			
		Fecha Inicial	Fecha esperada de terminación	Avance Esperado	Avance real	Ponderación	
Reducción de Tiempos de espera	ECE	Expediente Clínico Electrónico	01/10/2011	31/12/2016	0.0%	0.0%	33.3%
	PGS	Padrón General de Salud	01/10/2011	30/11/2018	0.0%	0.0%	33.3%
	INTS	Intercambio de Servicios	01/01/2013	31/12/2030	0.0%	0.0%	33.3%
	GPC	Guías de Práctica Clínica	01/01/2013	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%
	PMSRS	Plan Maestro Sectorial de Recursos	01/01/2013	31/12/2016	0.0%	0.0%	33.3%
	RHS	Formación y Disponibilidad de Recursos Humanos	02/04/2016	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%
	CA	Calidad de la Atención	01/01/2013	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%
	MLG	Marco Legal y Gobierno	01/10/2011	30/08/2014	0.0%	0.0%	33.3%
	Subtotal Reducción de Tiempos de Espera		01/10/2011	31/12/2030	0.0%	0.0%	33.3%

...Continúa

Continuación...

			Fecha Inicial	Fecha esperada de terminación	Avance Esperado	Avance real	Ponderación	
Oportunidad de Abasto de Medicamento	ECE	Expediente Clínico Electrónico	01/10/2011	31/12/2016	0.0%	0.0%	33.3%	
	INTS	Intercambio de Servicios	01/01/2013	31/12/2030	0.0%	0.0%	33.3%	
	GPC	Guías de Práctica Clínica	01/01/2013	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%	
	ACMI	Adquisición y compra Coordinada de medicamentos e insumos	01/01/2013	31/12/2015	0.0%	0.0%	33.3%	
	CA	Calidad de la Atención	01/01/2013	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%	
	MLG	Marco Legal y Gobierno	01/10/2011	30/08/2014	0.0%	0.0%	33.3%	
	Subtotal Oportunidad de Abasto de Medicamentos			01/10/2011	31/12/2030	0.0%	0.0%	33.3%
	Calidad en la Atención Médica	ECE	Expediente Clínico Electrónico	01/10/2011	31/12/2016	0.0%	0.0%	33.3%
GPC		Guías de Práctica Clínica	01/01/2013	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%	
PMSRS		Plan Maestro Sectorial de Recursos	01/01/2013	31/12/2016	0.0%	0.0%	33.3%	
RHS		Formación y Disponibilidad de Recursos Humanos	02/04/2016	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%	
CA		Calidad de la Atención	01/01/2013	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%	
MLG		Marco Legal y Gobierno	01/10/2011	30/08/2014	0.0%	0.0%	33.3%	
Subtotal Calidad en la Atención Médica			01/10/2011	31/12/2018	0.0%	0.0%	33.3%	
Subtotal Igualdad de Oportunidades en Salud			01/10/2011	31/12/2030	0.0%	0.0%	33.3%	

VIII. Estrategia de administración del cambio y plan de comunicación

El objetivo general de la estrategia de administración del cambio y plan de comunicación es difundir la iniciativa de integración funcional del sector buscando la mayor implicación de los actores clave potenciales agrupados en audiencias clave, así como dar a conocer a los involucrados el esfuerzo que se está realizando en este sentido.

El análisis cualitativo de las entrevistas realizadas permite concluir lo siguiente:

- Esta iniciativa de cambio requiere trascender el plazo sexenal de la administración estatal y federal.
- No se cuenta con un plan de comunicación ni mecanismos formales para comunicar las estrategias a implementar para la integración del sistema nacional de salud.
- La falta de claridad sobre el alcance, objetivos y expectativas de la iniciativa genera poca participación.
- Se requiere del apoyo y compromiso de las instituciones públicas del SNS para liderar la implementación del proyecto y fomentar la colaboración.
- Existe conciencia de la necesidad de trabajar conjuntamente entre las instituciones de salud para establecer las estrategias de la iniciativa.

Con el fin de formalizar una estrategia de administración del cambio se recomienda que la SSA considere:

- La difusión de un plan de comunicación, estableciendo compromisos en forma de prioridades y objetivos que puedan ser evaluados durante el proceso de implementación de la iniciativa de integración funcional del SNS.
- La formalización de un proceso de diálogo, negociación y concertación entre los grupos de interés.
- Crear una red de comunicación formada por las instituciones que integran el SNS y los grupos de interés.

Para lograr el cumplimiento de estas premisas, se recomiendan cinco líneas de acción:

- Fomentar los niveles de compromiso para la adopción al cambio.
- Establecer mecanismos de comunicación y coordinación entre las instituciones a nivel estatal y federal.

- Definir el Plan de Comunicación Federal y/o Estatal respecto al avance de la iniciativa.
- Facilitar la generación de la normatividad para implementar los cambios necesarios.
- Establecer una comisión integrada por líderes de las instituciones federales que garantice la coordinación y cooperación con la iniciativa.

IX. Conclusiones

El trabajo y esfuerzo realizados han arrojado beneficios en diversas dimensiones y con distintos avances. Dichos beneficios son resultado de haber contado con esfuerzos de armonización de los actores del SNS y de la propuesta de una estrategia estructurada hacia la integración del SNS.

En virtud de ello, se identifican iniciativas factibles de integración funcional al fin de la administración para concretar beneficios para la ciudadanía, entre ellas:

- Consolidar el intercambio actual en materia de servicios de alta especialidad reduciendo tiempos de espera.
- Generar una masa crítica de UM preparadas para compartir información clínica entre proveedores.
- Homogeneizar la calidad del servicio a través de guías de práctica clínica y garantía de calidad.
- Apoyar la sustentabilidad de la cobertura universal mediante acciones para la integración del Padrón General de Salud.

Buscando impulsar un proyecto que beneficie a la población y a las instituciones del país, se recomienda la discusión de diversas medidas para avanzar en la integración funcional a mediano plazo y crear condiciones para la cobertura universal, entre ellas:

- Modelos para la integración de la gestión del financiamiento que faciliten la utilización eficiente de los proveedores públicos.
- Cambios al marco legal para dar sustento a la integración del SNS.
- Desarrollo de una plataforma nacional para el intercambio de información clínica entre actores del SNS.

**Evaluación y estrategias de
portabilidad y convergencia
hacia la integración del Sistema
Nacional de Salud**

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Se terminó de imprimir en septiembre de 2011.

La edición consta de 1,000 ejemplares

