

Sistema de
Protección Social
en Salud



Informe Final



Sistema de Protección Social en Salud

Informe Final

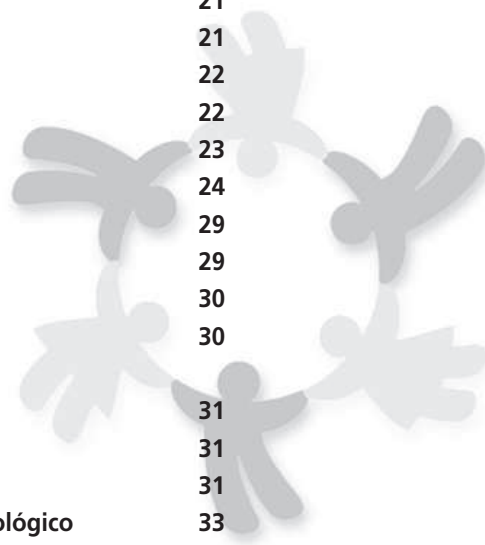
Primera Edición / mayo de 2008
ISBN 978-970-9874-84-6

D.R. ©
Secretaría de Salud
Lleja 7, Colonia Juárez
México 06696, D.F., México

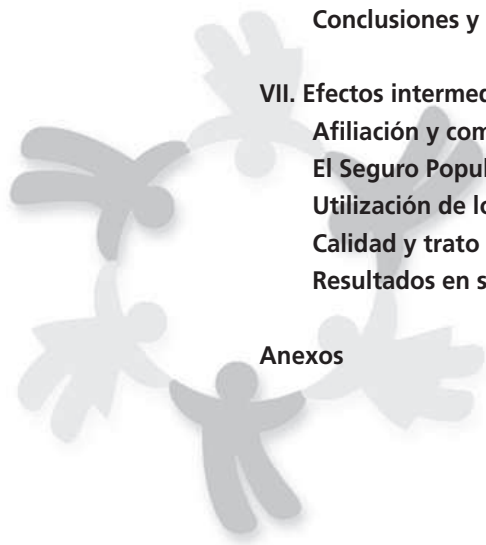
Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Presentación	7
I. Marco de referencia	9
Introducción	9
Sistema de Salud	9
Razones para instituir el Sistema de Protección Social en Salud	12
Evolución del programa	14
Antecedentes de la Evaluación del Sistema de Protección en Salud	17
II. Sistema de evaluación 2007	21
Introducción	21
Objetivos de la evaluación	21
Ámbito de la evaluación	22
Tipo de evaluación	22
Fundamentos del análisis	23
Fuentes de información	24
Fuentes de información cuantitativa	29
Componentes e indicadores incluidos en la evaluación	29
Formas de priorización	30
Limitaciones de la evaluación	30
III. Operación de fideicomisos	31
Introducción	31
Descripción de la casuística de beneficiarios del FPGC	31
Exploración de la cobertura del FPGC en relación con el perfil epidemiológico	33
Flujo financiero	33
Procesos de gestión del FPGC	40
Percepción de los pacientes beneficiarios del FPGC	44
Conclusiones y recomendaciones	46
IV. Separación de funciones	49
Introducción	49
Resultados de la evaluación	49
Separación de funciones entre autoridades de salud y agencias financieras	51
Separación de funciones entre agencias financieras o autoridades de salud y proveedores	54
Mecanismos de compra y pago de servicios	55
Mecanismos de supervisión y control	56



Fortalezas y debilidades de la separación de funciones	59
Discusión	64
V. Medicamentos	67
Introducción	67
Resultados	69
Conclusiones y recomendaciones	82
VI. Recursos humanos	87
Introducción	87
Volumen de contratación	88
Modalidades en la contratación de personal	93
Cambios en la dotación	95
Rotación de personal	96
Capacitación	99
Conclusiones y recomendaciones	103
VII. Efectos intermedios	105
Afilación y composición familiar de afiliados al SPSS	105
El Seguro Popular como un programa de protección financiera	120
Utilización de los servicios	123
Calidad y trato adecuado	128
Resultados en salud	131
Anexos	135



● INTRODUCCIÓN

El Seguro Popular ha significado un importante estímulo a la demanda de servicios de salud por parte de las familias afiliadas y la necesidad de fortalecer la oferta a través de recursos humanos mejor calificados. Durante la última década, la única modalidad bajo la cual se incorporó nuevo personal a los servicios de salud estatales (SESA) fue prácticamente la contratación temporal por honorarios. Éste ha sido uno de los efectos consecutivos a las restricciones presupuestales en el sector público. De acuerdo con la visión de los estados, se ha generado un gran déficit de trabajadores de la salud, que en algunos casos se ha subsanando con recursos económicos *frescos* provenientes del SPS, entre otras fuentes.

Los volúmenes y el tipo de categorías ocupacionales contratados han sido muy variados entre las distintas entidades federativas. Durante los primeros años de operación del Seguro Popular no se establecieron normas federales explícitas sobre la cantidad de recursos humanos que podían contratarse con recursos del SPS. Por lo tanto, algunos estados como Aguascalientes y Chiapas, en el año 2006, destinaron 70% del presupuesto del seguro para ese fin, mientras que Yucatán empleó sólo 4.6%, pese a que en el año 2007 la Comisión Nacional de Protección Social en Salud recomendó a través de los *Acuerdos de Coordinación* (anexo IV) consumir 25% del presupuesto para el pago del personal. De manera adicional, en este mismo documento se solicitó que otro 15% se invirtiera en el proceso de regularización de los empleados sin plaza que participaban en la operación del Seguro Popular, lo cual debían llevar a cabo las comisiones estatales para la Regularización de los Trabajadores en Situación Precaria.

En la evaluación se indagó sobre la suficiencia del personal para la operación del Seguro Popular, el volumen de nuevas contrataciones, las modalidades de contratación, la evolución en el tipo de categorías ocupacionales contratadas, la rotación del personal del SPS y la capacitación impartida.

Para la construcción de los últimos cuatro apartados se consultó la información generada a partir de los cuestionarios y el audio de las entrevistas realizadas a informantes clave de 32 entidades federativas, en particular a los responsables del área de recursos humanos de los SESA y los directores o coordinadores del REPSS, como se muestra en el cuadro 6.1.

Para el análisis del volumen de contratación con recursos del SPSS, además de consultar las fuentes ya mencionadas, se utilizó información documental entregada por los REPSS o SESA de 27 entidades federativas⁴⁹ al equipo de investigación en dos momentos diferentes. El primero tuvo lugar durante el trabajo de campo (octubre-noviembre, 2007), mientras que en el segundo la información solicitada se remitió en formato electrónico al INSP (febrero-marzo, 2008). Los cinco estados no incluidos en el reporte no entregaron la información con todos los detalles exigidos para su análisis.

VI. Recursos Humanos*



* Elaborado por: Gustavo Nigenda, Elizabeth Aguilar, José Arturo Ruiz, Rosa Bejarano

49 Es importante destacar que en uno de los 27 estados que pudieron ser evaluados, la información entregada corresponde únicamente al personal que labora en los SESA como prestadores de servicios, pues de acuerdo a informantes de los SESA y del REPSS, es imposible identificar específicamente el número y el tipo de personal contratado con fondos del Seguro Popular debido a que los recursos obtenidos a través del Sistema de Protección Social en Salud y el resto de sus fuentes de financiamiento conforman una “gran bolsa” con la cual se realizan las contrataciones del personal necesario para atender tanto a los usuarios generales de la SESA como a los afiliados del SP.

**CUADRO 6.1**

Número de directivos, mandos medios y personal operativo entrevistados por estado en relación con el componente de recursos humanos

ENTIDADES	DIRECTIVOS		MANDOS MEDIOS	PERSONAL OPERATIVO	TOTAL ESTATAL
	REPSS	SESA	SESA	SESA	
Aguascalientes	1	3	1	2	7
Baja California	1	2	1	2	6
Baja California Sur	1	3	-	2	6
Campeche	1	2	2	2	7
Coahuila	1	1	-	2	4
Colima	1	2	-	2	5
Chiapas	1	2	1	2	6
Chihuahua	1	2	-	2	5
Distrito Federal	1	2	1	3	7
Durango	1	2	1	2	6
Guanajuato	1	2	1	2	6
Guerrero	1	2	2	3	8
Hidalgo	1	2	2	2	7
Jalisco	1	2	1	3	7
México	1	2	1	2	6
Michoacán	1	1	1	2	5
Morelos	1	1	1	1	4
Nayarit	1	2	1	3	7
Nuevo León	1	2	1	2	6
Oaxaca	1	1	1	2	5
Puebla	1	1	1	2	5
Querétaro	1	2	1	2	6
Quintana Roo	1	2	1	2	6
San Luis Potosí	1	2	1	2	6
Sinaloa	1	2	1	2	6
Sonora	1	2	1	2	6
Tamaulipas	1	2	1	2	6
Tabasco	1	3	1	1	6
Tlaxcala	1	1	-	2	4
Veracruz	1	2	-	2	5
Yucatán	1	3	2	2	8
Zacatecas	1	2	1	2	6
Total nacional	32	62	30	66	190

● VOLUMEN DE CONTRATACIÓN

De acuerdo con las opiniones de los informantes clave de los 32 estados visitados, sólo 10 entidades declararon que su personal había aumentado en menos de 10% en relación con la plantilla total de los SESA, en tanto que 12 notificaron un incremento de 10 a 30% y en otras seis entidades se reconoció un crecimiento de personal mayor de 30%. El resto de las entidades no contestó o desconocía el porcentaje.

En cuanto a la suficiencia de los recursos humanos para atender la demanda generada a partir de la aplicación del Seguro Popular, 28 estados reconocieron la necesidad de contratar aún más personal (sobre todo médicos generales) y tres entidades (Baja California, Baja California Sur y Sinaloa) consideraron que sus recursos humanos eran suficientes.

En general, no fue posible encontrar algún lineamiento nacional que determinara el volumen o el tipo de personal contratado en los estados con los recursos del Seguro Popular. La realidad es que estos procesos se vinculan de manera directa con la cantidad de recursos del Seguro Popular que cada entidad destina al



pago del personal. Entre las entidades federativas hay grandes diferencias en relación con el monto total destinado al pago de personal con estos recursos. La distribución del presupuesto en el año 2006 es un buen ejemplo. Del total de recursos asignados a través del SPS, Aguascalientes dedicó al pago de nómina 70.3% y Yucatán 4.6% (véase la figura 6-1).

La polarización no es tan marcada en el resto de los estados, pero las diferencias son notables. Por ejemplo, Tabasco, Nayarit y Colima destinaron alrededor de 50%, mientras que Baja California Sur, San Luis Potosí y Zacatecas utilizaron alrededor de 16 a 11%. El promedio nacional fue de 29.5%; 16 entidades se hallaron por arriba de él y otras tres se aproximaron a dicho promedio (Jalisco, Nuevo León y Michoacán).

Como posible explicación de las diferencias señaladas entre los estados puede afirmarse que, al no existir una reglamentación o control real por parte de la federación respecto de la utilización de los recursos transferidos por concepto del Seguro Popular, cada uno de ellos ha tenido libertad para definir prioridades en la asignación de gasto. Por consiguiente, algunos prefirieron reforzar la infraestructura, otros el abasto de medicamentos y otros más la contratación de recursos humanos. Los que se inclinaron por esta última opción esgrimieron como argumento las dificultades y obstáculos normativos federales que, durante más de una década, les impidieron contratar personal. Los casos de Aguascalientes y Chiapas se pueden explicar con esa argumentación, pero no Tabasco, que no tenía esa grave carencia y que históricamente su inversión estatal ha representado el porcentaje más alto de todas las entidades respecto del gasto público en salud.

Otra posible explicación sobre la contratación de personal con recursos del Seguro Popular puede relacionarse con el hecho de que la creación de plazas en los SESA estaba casi por completo suspendida años antes de que iniciara la operación del Seguro Popular.⁵⁰ Se ha tratado de resolver la mayor demanda de servicios que significó el SPS con base en nuevas contrataciones y los fondos del programa.

Por lo tanto, las decisiones pueden depender de los siguientes criterios para determinar el volumen de contratación de personal con recursos del Seguro Popular: a) realizar un diagnóstico inicial sobre la situación de sus recursos humanos, calcular su déficit o suficiencia en función de la población sin seguridad social y con base en esa disposición iniciar el proceso de contratación; o b) contratar personal a partir del número de afiliados al Seguro Popular.

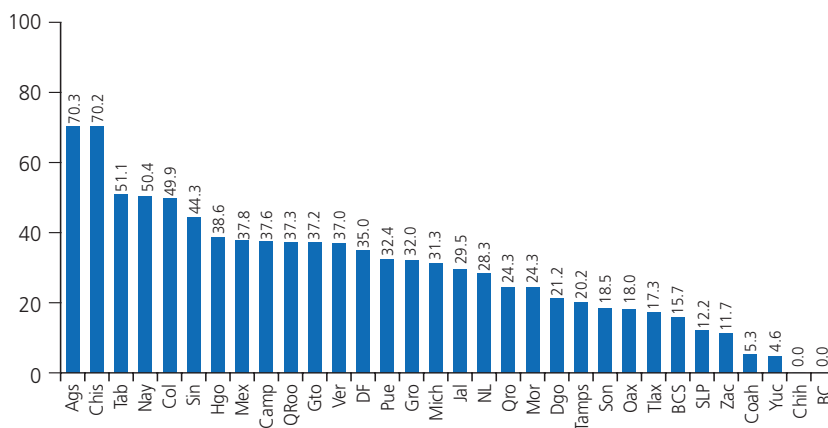


FIGURA 6.1
Porcentaje del presupuesto total del SPSS destinado a la contratación de recursos humanos por entidad federativa, 2006.

Fuente: información proporcionada por la CNPSS, 2007.

50 El proceso de descentralización del sistema de salud mexicano implicó nuevas modalidades contratación y gestión de recursos humanos (la externalización o contratación de terceros, compra de servicios, autonomía de servicios, etc). (Brito P, 2001).



Si la contratación de personal con recursos del Seguro Popular resolviera el rezago histórico de personal, se esperaría que los estados determinaran los volúmenes a partir de la diferencia que existiera entre el número de personas que garantice la suficiencia de los recursos humanos en las instituciones de salud y el número de trabajadores disponible. Sin embargo, debido a que en la actualidad ese indicador de suficiencia no se ha construido, para el presente análisis se toma como referencia la tasa estatal más alta de trabajadores con plaza por mil personas sin seguridad social.

Al calcular este dato en las 32 entidades federativas, la tasa más alta fue la de Aguascalientes, con 10.7 trabajadores por mil personas (véase la figura 6-2).

Si se asume que 10.7 es la tasa ideal de trabajadores que garantiza la suficiencia en recursos humanos, el resto de los estados tendría que igualarla a partir de las contrataciones de personal eventual con recursos del Seguro Popular, así que se computó también esta tasa, lo cual sólo fue posible con los datos proporcionados por 27 entidades, como se observa en la figura 6-3.

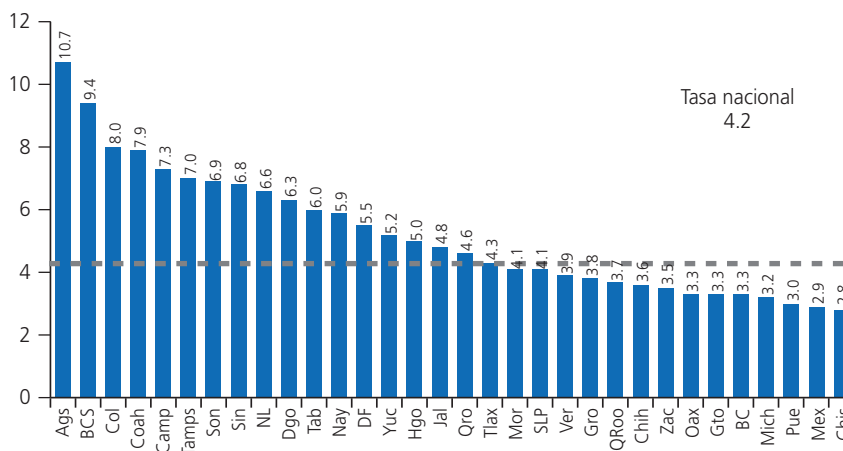
Sin embargo, al conjuntar ambas tasas (véase la figura 6-4), sólo Colima y Baja California Sur se acercaron al 10.7 de Aguascalientes; el resto se ubicó muy por debajo. También llama la atención que algunos de los estados que registraron las tasas de personal de base más altas fueron también los que más personal eventual contrataron (Aguascalientes, Colima y Tabasco). En contraparte, las entidades que en verdad justificaban una mayor proporción de contrataciones, no sólo mantuvieron su rezago en relación con la tasa ideal, sino que aun con sus nuevas contrataciones no alcanzaron siquiera la tasa nacional (Puebla, Michoacán, Oaxaca, Zacatecas, Quintana Roo y Guerrero).

Por lo tanto, no es posible afirmar que las contrataciones se realizan en los estados con el propósito de aliviar los déficit y rezagos que en materia de recursos humanos acusan los SESA.

Por otra parte, al comparar los volúmenes totales de personal por contrato con el de personas afiliadas y calcular la relación entre ambas variables para 2006 en 27 estados, se encontró una ρ de Spearman de 0.78 ($p < 0.000$), lo cual indica que existe una sólida correlación positiva. Esto implica que el volumen de afiliación individual determinó en casi 80% el aumento de la contratación del personal. Sin embargo, nueve estados se apartan de esta frecuencia, como se puede ver en la figura 6-5. En los casos de Puebla, Oaxaca, Guerrero, Yucatán y San Luis Potosí se advierte que se atiende a un mayor número de familias con una cantidad reducida de personal en comparación con el resto de los estados. Por su parte, Veracruz registra una situación contraria, ya que asigna un volumen de personal más alto para la atención de sus familias afiliadas.

FIGURA 6.2
Personal de base por cada 1 000 personas sin seguridad social, 2006.

Fuentes: SSA, Boletín de Información Estadística, 2006; información secundaria proporcionada por la CNPSS.



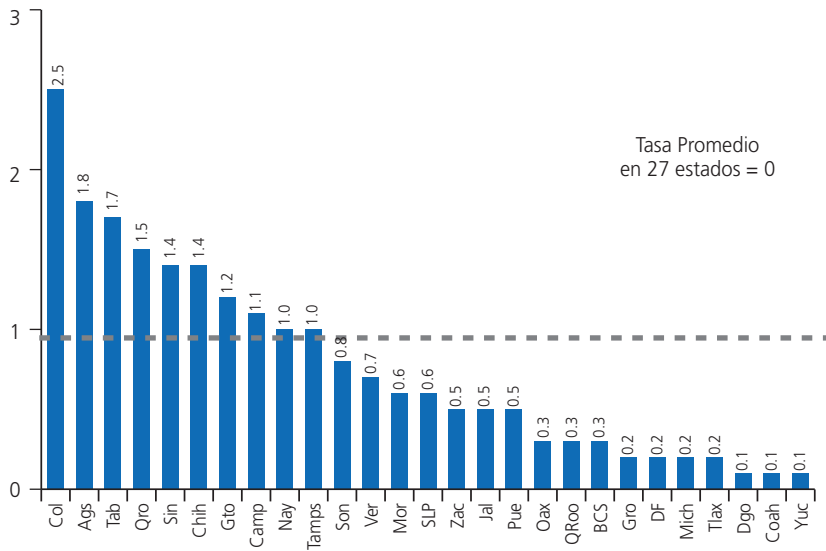


FIGURA 6.3
Personal de contrato por cada 1 000 personas sin seguridad social en 27 estados, 2006.

Fuentes: SSA, Boletín de Información Estadística, 2006; información secundaria proporcionada por la CNPSS y los SESA, 2007.

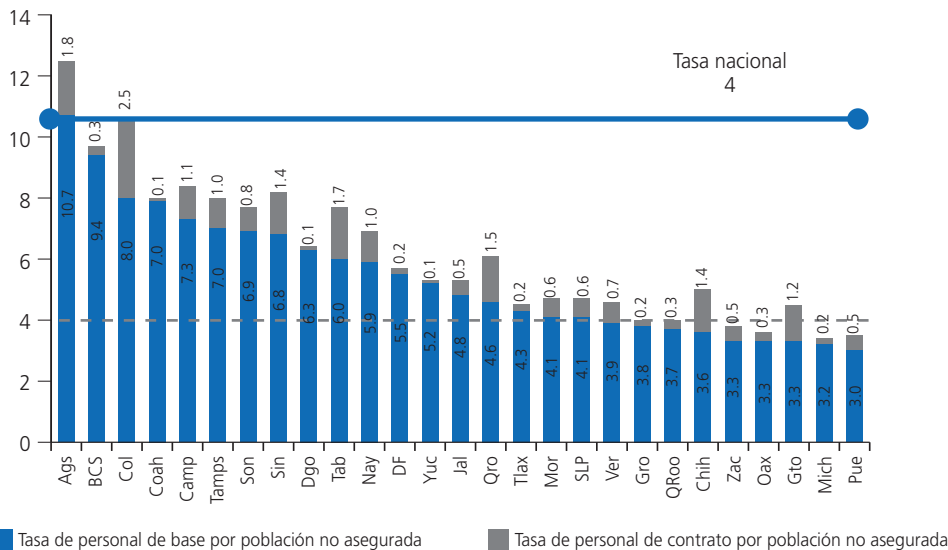


FIGURA 6.4
Personal de base y de contrato por cada 1 000 personas sin seguridad social en 27 estados, 2006.

Fuentes: SSA, Boletín de Información Estadística, 2006; información secundaria proporcionada por la CNPSS y los SESA, 2007.

Al vincular la afiliación y el tipo de personal contratado por entidad federativa se reconoció una relación muy estrecha con el número del personal técnico y profesional en contacto con los pacientes. En la figura 6-6 se observan 18 estados dentro de los límites de correlación (r de Spearman = 0.77, $p < 0.000$). De las nueve entidades restantes, cuatro (Veracruz, Sinaloa, Chihuahua y Querétaro) se sitúan por encima de dicho límite, lo que indica que su número de técnicos y profesionales de la salud es alto en relación con su afiliación, mientras que las otras cinco (Tabasco, Oaxaca, Tamaulipas, Guerrero y Yucatán) se encuentran en la situación opuesta.



FIGURA 6.5
Relación entre el total de afiliados y el personal contratado con recursos del Seguro Popular en 27 estados, 2006.

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA y la CNPSS, 2007.

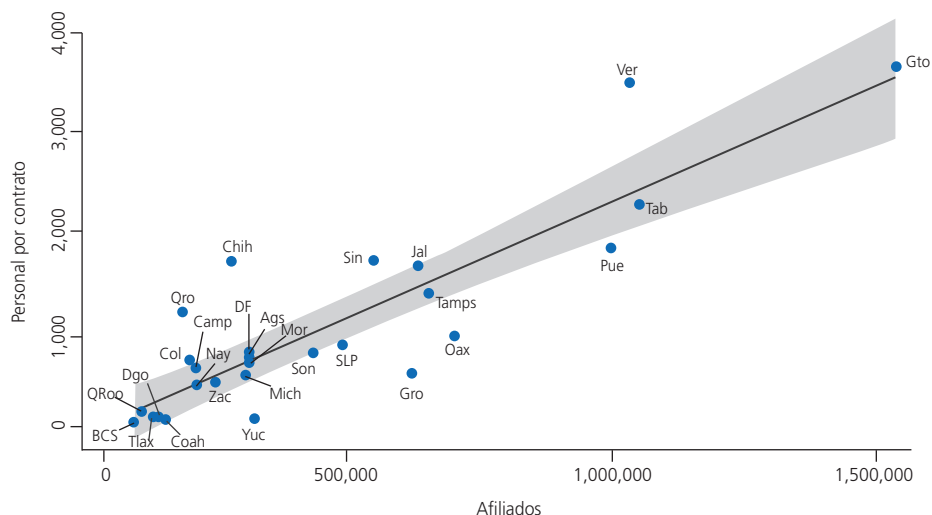
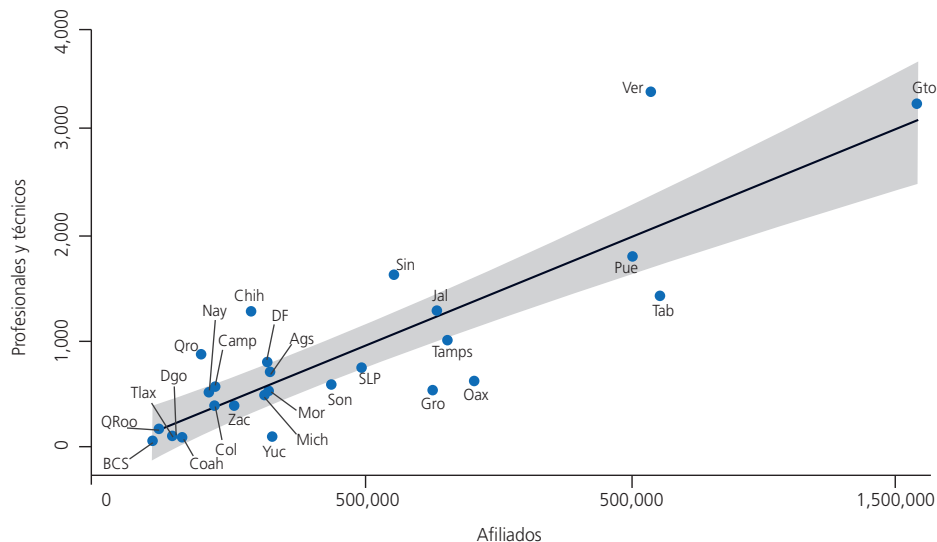


FIGURA 6.6
Relación entre el total de afiliados y el personal profesional y técnico contratado con recursos del Seguro Popular en 27 estados, 2006.

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA y la CNPSS, 2007.



Sin embargo, en el caso del personal administrativo se observó una relación muy diferente a las anteriores. Como puede verse en la siguiente gráfica, en términos generales no existe una correspondencia entre la contratación de personal administrativo y la afiliación de personas al Seguro Popular (ro de Spearman = 0.46, $p < 0.013$); sólo 13 estados de 27 se hallan dentro de la zona sombreada, lo cual indica que esas variables conservan límites aceptables de correlación; en los 14 estados restantes no se encontró relación alguna entre la cantidad de administrativos y el número total de afiliados al Seguro Popular. Tabasco es la entidad que alcanzó la contratación más alta de este tipo de personal, en el cual los administrativos representaron 36.4% del total. En contraparte, Campeche, sin ser la entidad que contrató el menor número de administrativos, es el estado en el que se identificó una mayor relación entre esta cifra y la de afiliación individual.

Con base en los hallazgos anteriores, se puede inferir que la contratación de recursos humanos en los estados no responde al déficit de trabajadores de la salud en los estados, sino al aumento de la población afiliada al Seguro Popular, lo cual no siempre es un criterio que beneficie a la operación del programa, ya

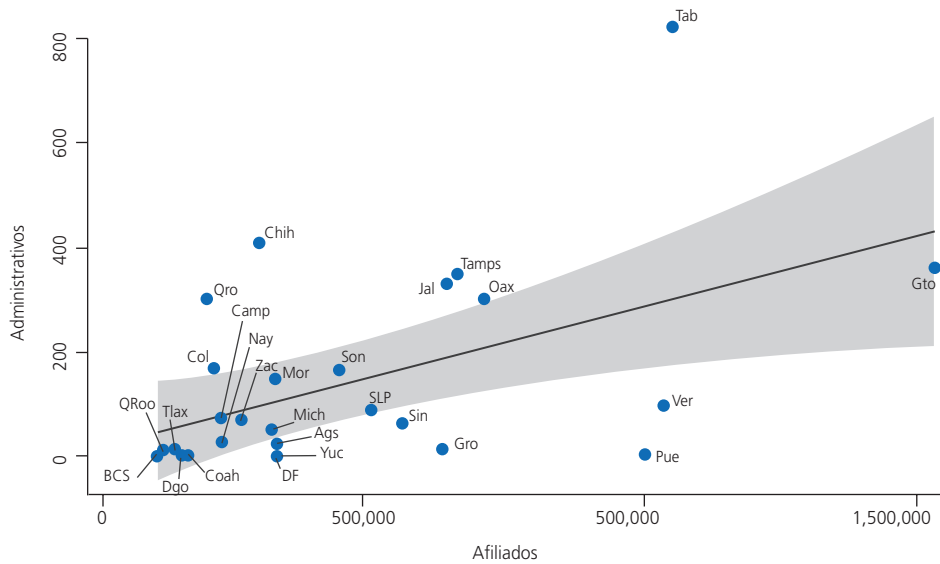


FIGURA 6.7
Relación entre el total de afiliados y el personal administrativo contratado con recursos del Seguro Popular en 27 estados, 2006.

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA y la CNPSS, 2007.

que además de solventar el incremento de la demanda de los servicios, es importante conocer cuáles son los servicios ofrecidos por el Seguro Popular que más se demandan entre los afiliados y que mayores dificultades (relacionadas con la insuficiencia de recursos humanos) oponen en su prestación.

Si se toma la información sobre las principales causas de mortalidad en las distintas entidades federativas se podría obtener un indicador sobre ciertas necesidades de prevención o atención a la salud (véase la figura 6-8). Por ejemplo, en el caso de Zacatecas, las enfermedades crónicas degenerativas ocupan el primer lugar (60.1%) entre las principales causas de mortalidad, mientras que Tlaxcala tiene como segunda causa las maternas, afecciones originadas en el periodo perinatal y deficiencias de la nutrición (25.4%). Se puede deducir que en Zacatecas es necesario contratar recursos humanos especializados en enfermedades crónicas degenerativas y que en Tlaxcala sería necesario reforzar la plantilla para abatir la mortalidad generada por ese segundo grupo de enfermedades.

MODALIDADES EN LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL

La contratación de personal adicional con recursos del Seguro Popular se realiza invariablemente en la modalidad de honorarios profesionales. Los contratos se plantean por obra determinada y tiempo limitado, firmados siempre de manera individual (y no colectiva como sucede con el personal sindicalizado). En las 32 entidades, todos los informantes coincidieron en que la Secretaría de Hacienda federal es la instancia que determina la modalidad de las contrataciones.

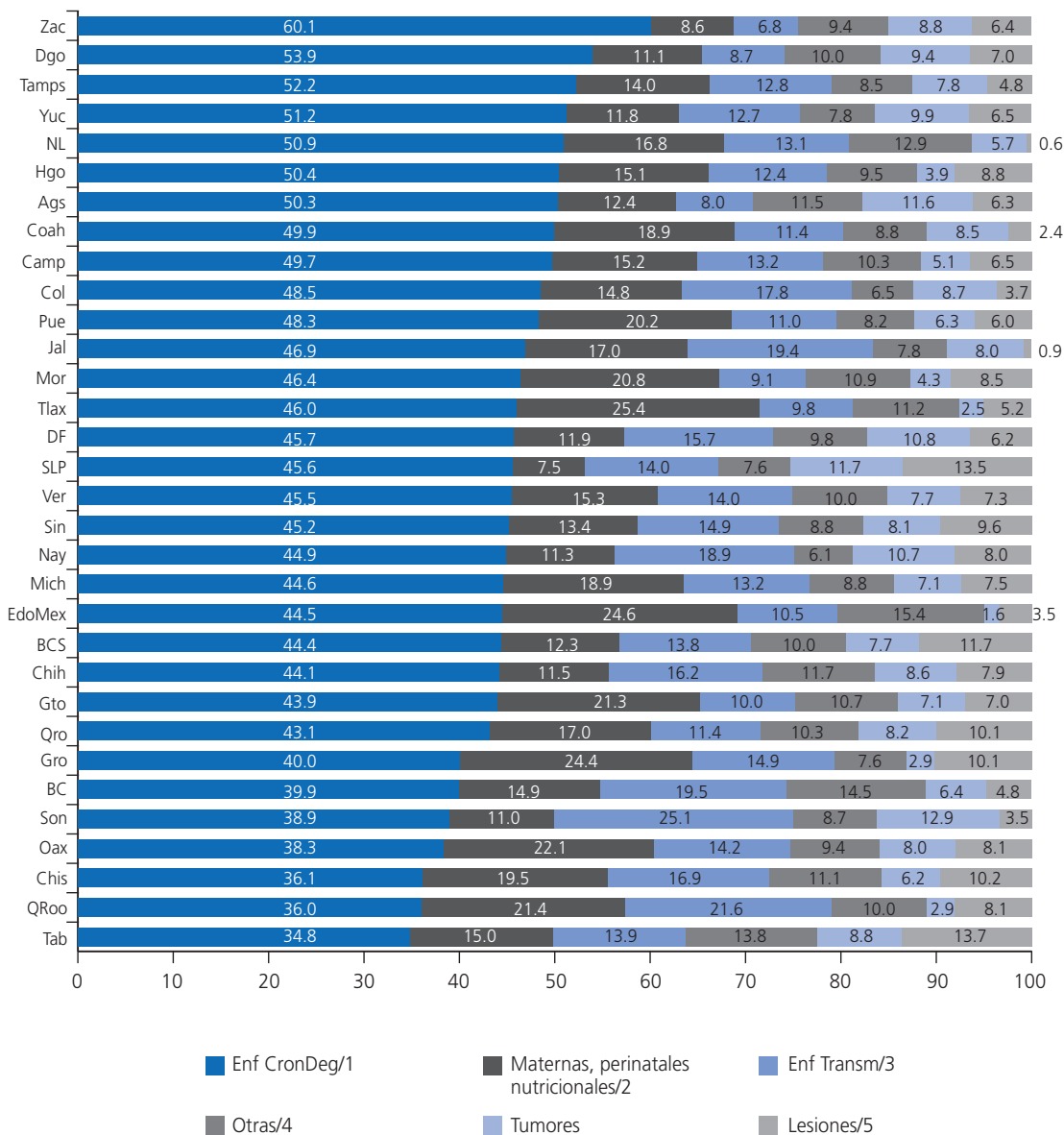
En cuanto a las prestaciones económicas y laborales existen diversas disposiciones en los estados. En 16 de ellos se le otorgan vacaciones pagadas al personal contratado con recursos del SPS; en 25 se les paga una compensación anual (algo similar al aguinaldo). Sólo en cinco tienen acceso a algún servicio de salud y en dos se les proporcionan vales por productividad. En síntesis, en ninguna entidad los trabajadores contratados con fondos del Seguro Popular reciben las prestaciones que se le otorgan al personal sindicalizado.

Para la mayoría de los estados, esta modalidad de contratación no ha representado grandes dificultades, con excepción de nueve entidades en las que sí propicia una frecuente rotación de personal y un estado más donde esta situación afecta de manera negativa la productividad.



FIGURA 6.8
Principales causas de mortalidad por grandes grupos de enfermedades, 2006.

Fuente: SSA, Boletín de Información Estadística, 2006.



^{1/} Incluye diabetes mellitus, enfermedades de los órganos de los sentidos, cardiovasculares, respiratorias, digestivas, del sistema genitourinario y músculo esquelético.

^{2/} Incluye causas maternas, afecciones originadas en el período perinatal y deficiencias de la nutrición.

^{3/} Incluye enfermedades infecciosas y parasitarias e infecciones respiratorias.

^{4/} Incluye enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus), trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, enfermedades de la piel, anomalías congénitas, enfermedades de la boca, causas mal definidas.

^{5/} Incluye accidentes, lesiones intencionales, eventos (lesiones) de intención no determinada.



En cuanto a la intervención del sindicato en las propuestas del personal para incorporarlo a los servicios de salud, en 19 entidades federativas se señaló que la mitad de los individuos contratados acude con recomendación sindical, mientras que a los SESA les corresponde el porcentaje restante. Sólo en dos estados se aseguró que la Secretaría dispone de más de 50% de los lugares. Las demás entidades no hicieron referencia a ninguno de los anteriores.

Por otra parte, existe la instrucción federal (por parte del área de recursos humanos de la SSA) de crear subcomisiones estatales para la *Regularización del Personal en Condición Precaria*, que tiene entre sus objetivos mejorar la situación laboral de todos los empleados que han renovado los contratos de honorarios por mucho tiempo, sin limitarse al personal contratado con recursos del Seguro Popular. Varios casos de trabajadores se encuentran en esa condición desde hace más de 10 años. De manera concreta, para el caso del SPS hay personal por honorarios que proviene de otras áreas de los SESA, pero ahora se les paga con recursos del Seguro Popular y realizan tareas para su operación.

En el marco de las subcomisiones, se planea otorgar a estos trabajadores una *plaza eventual*, que implica facilitar su afiliación al sindicato y obtener sólo algunas prestaciones económicas y sociales similares a las del personal sindicalizado. Al respecto se han expresado posiciones discordantes entre los responsables del área de recursos humanos en los estados; algunos consideran que esta política es una amenaza al funcionamiento del SPS, ya que se presume que el personal reduciría su productividad al sindicalizarse. Por otra parte, opiniones en favor de dicha disposición afirman que los estados deben cumplir cabalmente con las leyes laborales y que no existen formas legales para evitar que un trabajador acuda a las instancias jurídicas correspondientes en busca de regularizar su situación laboral.

Hay que tomar en cuenta otro elemento para tener un panorama más amplio sobre los recursos humanos. Al firmar los *Acuerdos de Coordinación* con la federación, los estados se comprometen a cumplir lo expuesto en el anexo IV (Conceptos de Gasto), que establece el porcentaje de recursos financieros destinado a los recursos humanos. Como se había mencionado antes, 15% del gasto debe ejercerse en la regularización del personal, con prioridad en médicos y enfermeras por recomendación central.

El funcionamiento de las subcomisiones en las diferentes entidades federativas y la concreción de sus objetivos, más la obligación de cumplir con el mencionado anexo IV por parte de los estados, pueden generar diversos escenarios conflictivos en más de una entidad, en especial donde el número de las contrataciones no guarda relación alguna con la demanda epidemiológica, ni con el porcentaje de afiliación de la población objetivo del SPS ni, en algunos casos, con el contenido del CAUSES.

Cualesquiera que sean las ventajas o desventajas que significa el proceso de regularización, el Sistema de Protección Social en Salud no debe destinar recursos propios para este propósito. Es importante que su participación se limite al fomento de la productividad, la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios a los afiliados.

● CAMBIOS EN LA DOTACIÓN

Otra cuestión detectada en los estados es la existencia de diversos criterios para definir las categorías del personal que se requiere contratar. En general, éstos no parecen responder a necesidades epidemiológicas ni a ejercicios de planeación estratégica. Existe una divergencia que se refleja en algunos estados con baja cobertura y un elevado número de personal administrativo, por ejemplo.

La información cualitativa revela una gran dependencia en recursos del Seguro Popular para la contratación de recursos humanos; en realidad, es la única fuente utilizada para ello. Se constató una mayor demanda actual de médicos generales y especialistas, de acuerdo con opiniones de funcionarios y usuarios. Aun cuando en los estados se aspira a contratar médicos especialistas, hay un conjunto de barreras para la contratación de este tipo de personal, como su escasez en el mercado y los elevados ingresos que exigen.



En 27 entidades federativas fue posible comparar en dos años los cambios en el tipo de recurso humano contratado. Del año 2006 al 2007, el total de personal en dichos estados pasó de 27 219 a 34 868, respectivamente, lo que significó un aumento porcentual de 28.31%. Una cuestión particular es que no cambia la proporción entre las distintas categorías ocupacionales. El porcentaje de médicos generales en el primer año fue de 15.5% y en el año 2007 de 15.8%, mientras que los nutriólogos pasaron de 0.5 a 0.7% (figura 6-9).

Al revisar la información correspondiente a cada uno de los 27 estados, se puede advertir cómo algunos han priorizado con claridad ciertas categorías; tal es el caso de Baja California Sur, ya que del total contratado en el año 2006 hasta 54.3% correspondió a médicos generales (cuadro 6-2).

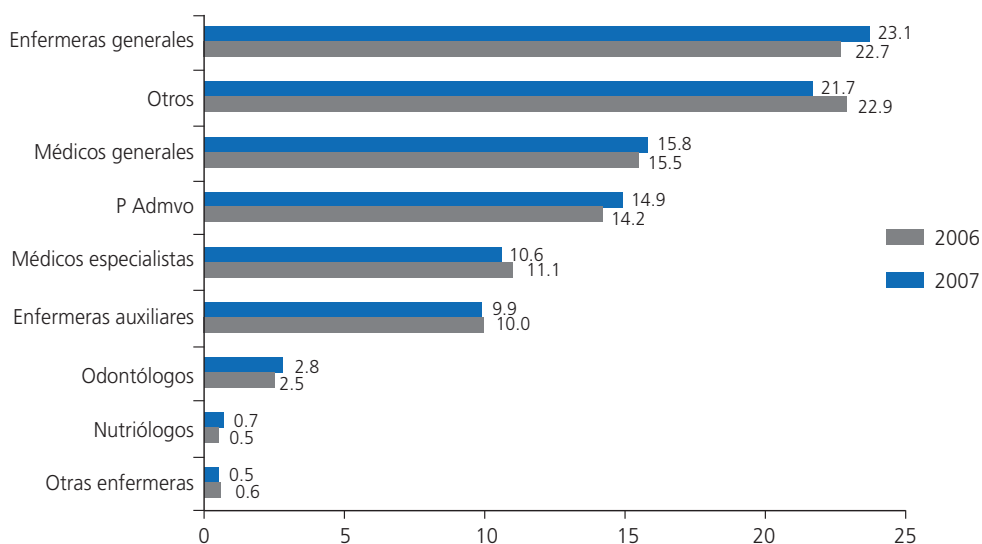
● ROTACIÓN DE PERSONAL

Los recursos humanos son parte fundamental para alcanzar los objetivos en toda organización; empero, para lograrlo es necesario que el trabajador se sienta motivado con las actividades que realiza y las condiciones laborales que éste le ofrece.⁵¹ Cuando la organización no proporciona a sus empleados una situación de trabajo favorable (p. ej., salario adecuado a sus funciones, prestaciones de ley, oportunidades de crecimiento profesional y promociones), puede generarse entre ellos una sensación de insatisfacción,⁵² falta de identidad con la institución y, en consecuencia, el abandono del trabajo que da lugar a la rotación del personal.

En general, la rotación del recurso humano ocasiona perjuicios a las instituciones empleadoras, desde los elevados costos de reclutamiento, selección y capacitación para contratar al personal sustituto hasta la pérdida de la experiencia técnica y el acervo de conocimientos que el antiguo trabajador había adquirido al desarrollar su actividad. En el sector salud hay que sumar a estas consecuencias la pérdida de la relación médico-paciente, puesto que la constante fluctuación de recursos humanos entre el personal operativo no permite establecer dicha relación de manera apropiada.

FIGURA 6.9
Porcentajes de categorías contratadas para el Seguro Popular en 27 estados, 2006-2007.

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.



51 Lefcovich M, Los Doce Ceros, México, 2005.

52 De acuerdo con Stephen Robbins "la satisfacción es la diferencia de la cantidad de recompensas que reciben los trabajadores y la cantidad que piensan debían recibir". Robbins S, Comportamiento Organizacional, EEUU, 1999.



ESTADOS	MÉDICOS GENERALES	MÉDICOS ESPECIALISTAS	ENFERMERAS GENERALES	ENFERMERAS AUXILIARES	OTRAS ENFERMERAS	ODONTÓLOGOS	NUTRIÓLOGOS	ADMIVO	OTROS
Aguascalientes	17	19.2	35.2	0	7.1	0	0.1	3	18.4
BCS	54.3	28.3	0	0	0	0	0	0	17.4
Campeche	28.4	0	0	38	0	2.3	0.2	16.6	14.5
Chihuahua	12.2	3.5	9.1	12.5	0	1.1	0.5	24.2	36.8
Coahuila	25	0	0	75	0	0	0	0	0
Distrito Federal	0	25.4	35.4	0	0	0	0	0	39.2
Durango	39.4	30.9	29.8	0	0	0	0	0	0
Guanajuato	11.4	8.7	16.0	0	1	2.8	1.6	9.9	48.5
Guerrero	17.8	5.7	29.3	14.4	0	2	0.2	2.2	28.3
Jalisco	18.7	10.6	12	17.7	0	3.7	0	20.4	17
Michoacán	24.2	8.9	1.1	0	0	7.2	0.2	9.1	49.3
Morelos	11.8	12.3	19.8	19.1	0.3	2.4	0	22	12.3
Nayarit	20.9	10.5	16.7	11.6	0	3.2	0.3	4.6	32.2
Oaxaca	9.2	6.8	3.7	30.6	0	1.3	0.2	32.9	15.2
Puebla	23.5	13	47.4	0	0	0	0	0	16.1
Querétaro	13.2	12.6	14	17.7	0.5	1.5	0.9	25.8	13.8
Quintana Roo	12.5	15	2.5	50	0	2.5	0	5	12.5
SLP	13.7	5.8	45.6	0	0	4.6	0.1	10.8	19.5
Sinaloa	14.4	18.1	44.1	0	0.3	4.6	0.9	3.6	14.1
Sonora	21.4	14.9	42	0	0	0	0	21.6	0.1
Tabasco	14.3	8.9	22.7	0	0	0.2	0	36.4	17.5
Tamaulipas	8.8	11	8.3	23.9	0.3	2.9	0.9	25.7	18.1
Tlaxcala	32	4.9	25.2	0	18.4	5.8	0	13.6	0
Veracruz	18.8	12.6	24.5	22.6	1.2	4.8	0.1	2.8	12.7
Yucatán	13.6	3.7	25.9	0	0	0	9.9	0	46.9
Zacatecas	24.4	13.4	15.9	10.4	0	5.5	0	15.6	14.8

CUADRO 6.2
Porcentaje de categorías ocupacionales contratadas en 27 estados, 2006

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.



También hay que considerar que la modalidad de contratación de estos trabajadores por honorarios implica no contar con las prestaciones y beneficios laborales del personal con plaza. Ante este panorama, se incrementa la probabilidad de que se acentúe la rotación del personal.

A partir de la revisión de las entrevistas realizadas a tres informantes del nivel directivo en cada uno de los 32 estados trabajados en la evaluación, y tras consultar las matrices de información cualitativa, se formaron tres grandes grupos: a) los estados donde no se percibe o se niega que la rotación del personal sea un tema relevante relacionado con los recursos humanos; b) los estados en los que se reconoce por completo la rotación del personal y se la considera un problema; y c) las entidades en las que al menos uno de los informantes difería de las opiniones del resto de los entrevistados (cuadro 6-3).

De acuerdo con la información recopilada, es importante destacar que en tres de los nueve estados donde las opiniones de los informantes no coincidieron, el único informante que consideró los constantes cambios en la plantilla como un problema importante fue el encargado directo de los recursos humanos en el estado, cuya opinión puede ser de mayor relevancia frente al resto de los informantes por tratarse del responsable del área (figura 6-10).

CUADRO 6.3

Opinión sobre la rotación del personal por entidad federativa, 2007

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.

ENTIDAD	NO HAY / NO SE CONSIDERA UN PROBLEMA	SÍ EXISTE ROTACIÓN / SE LE CONSIDERA UN PROBLEMA	FALTA DE ACUERDO ENTRE INFORMANTES
Aguascalientes			•
Baja California			•
Baja California Sur	•		
Campeche	•		
Chiapas			•
Chihuahua	•		
Coahuila	•		
Colima			•
Distrito Federal			•
Durango	•		
Guanajuato			•
Guerrero		•	
Hidalgo	•		
Jalisco	•		
México	•		
Michoacán		•	
Morelos	•		
Nayarit	•		
Nuevo León			•
Oaxaca			•
Puebla	•		
Querétaro	•		
Quintana Roo			•
San Luis Potosí		•	
Sinaloa	•		
Sonora	•		
Tabasco	•		
Tamaulipas	•		
Tlaxcala	•		
Veracruz		•	
Yucatán	•		
Zacatecas		•	

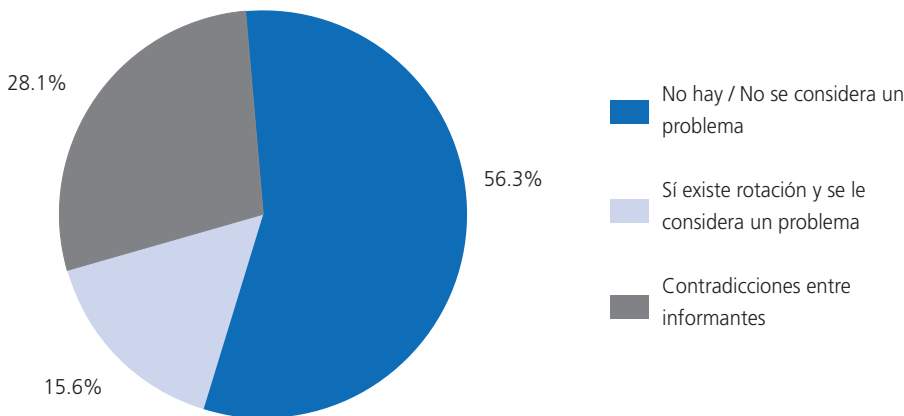


FIGURA 6.10
Distribución porcentual de los estados de acuerdo con la opinión de los informantes entrevistados sobre la rotación del personal, 2007

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.

● CAPACITACIÓN

Sobre los programas

La correcta implementación del Seguro Popular depende en buena medida del conocimiento y la experiencia que el personal de salud de los diferentes niveles y áreas posee sobre la ejecución del programa. Su capacitación y actualización son tareas primordiales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). El reglamento interno de la CNPSS señala que una de sus atribuciones consiste en “determinar los elementos que deberá contener la metodología y los materiales de capacitación que se requieran para la operación del Sistema,”⁵³ e incluso se encuentra prevista en la programación del gasto estatal de los recursos del SPSS⁵⁴ como parte de las remuneraciones del personal que suministra directamente servicios de atención médica a los afiliados del Seguro Popular.

En 2006, el Instituto Nacional de Salud Pública, a través del Núcleo de Liderazgo en Salud, diseñó el programa titulado *Modelo y métodos de atención en el Sistema de Protección Social en Salud* a petición expresa de la CNPSS. La duración del curso fue de 21 días y se dividió en cinco módulos distribuidos en dos modalidades, presencial (20 horas) y remoto (30 horas). Los temas discutidos fueron la atención según la línea de vida y la operación de redes, la normatividad del SPSS, el uso de la plataforma tecnológica, el CAUSES, la práctica clínica cotidiana, el arbitraje médico, la distribución de medicamentos y las habilidades gerenciales para la gestión de los servicios. Para la etapa presencial se establecieron cinco sedes con el propósito de facilitar el acceso de los participantes provenientes de las diferentes regiones del país, mientras que para la enseñanza a distancia se utilizó la plataforma Blackboard⁵⁵ que proporcionó el INSP. Al final se capacitó a unos 1 500 trabajadores de 31 estados, con una eficiencia terminal mayor de 74%.

A mediados del año 2007, el INSP fue de nueva cuenta el encargado de capacitar al personal de salud con el curso *Seguro Popular: Capacitación para la Operación y Atención Médica*, que se dividió en cuatro módulos expuestos en tres semanas y media. Se retomó la mayoría de los temas del curso anterior y se

53 Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Diario Oficial de la Federación, Capítulo Segundo, Artículo 4, Fracción XXXII. 27 de febrero de 2004.

54 Criterios Generales para la Programación del Gasto e Integración de la información estatal relativa al Manejo Financiero del Sistema de Protección Social en Salud, 2004.

55 Blackboard es una plataforma tecnológica basada en Web, que ayuda al manejo de cursos en línea. Esta plataforma es capaz de manejar diferentes cursos al mismo tiempo y en tiempo real teniendo accesos diferentes para cada usuario de la misma.



añadieron otros temas, entre ellos el panorama epidemiológico nacional, la política en medicamentos, la prevención y promoción de la salud según la línea de vida, el catálogo de padecimientos generadores de gastos catastróficos, el Seguro Médico para una Nueva Generación, así como otras políticas federales dirigidas a la salud (Caravanas por la Salud y el Sistema Integral de Calidad). En esta ocasión se eligieron 25 sedes y la impartición de los cursos se programó de manera mensual, por lo que el último curso se realizará a mediados del año 2009.

Sin embargo, ésta no es la única opción de aprendizaje disponible para los trabajadores de la salud; éstos también cuentan con el apoyo del área de capacitación y enseñanza médica de los SESA, que tienen entre sus funciones el diseño y la puesta en práctica de programas de adiestramiento para el personal sobre los diversos programas y políticas de salud con el propósito de apoyar su implementación.

Situación de la capacitación en los estados

Durante el trabajo de campo realizado en las 32 entidades federativas se le preguntó a los informantes su opinión acerca de la cobertura de la capacitación a las distintas categorías de personal durante 2007: médicos,⁵⁶ enfermeras, personal paramédico⁵⁷ y personal administrativo (figura 6-11).

Las entidades que impartieron capacitación sobre el Seguro Popular a todas las categorías del personal fueron Aguascalientes, Coahuila, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Tabasco y Sinaloa, que representan 31.2% del total. La única categoría que recibe capacitación en todos los estados es la de los médicos. En el caso de las enfermeras, sólo se encontraron seis estados (Baja California Sur, Campeche, Estado de México, Querétaro, Quintana Roo y Tlaxcala) que no las incluyen en el programa de entrenamiento, en tanto que el personal paramédico y el administrativo no se consideran para el adiestramiento en 15 entidades. En siete se capacita sólo al personal que participa de forma directa en la atención a la salud.⁵⁸ En cinco estados (Baja California, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí y Sonora) se incluye sólo a médicos y enfermeras, mientras que en tres la capacitación se restringe a los médicos.

En cuanto a los temas del Seguro Popular en los que el personal de los estados recibe capacitación, se indagó la frecuencia con la cual los describen las entidades y cuál es su cobertura.⁵⁹ Se cuestionó a los informantes acerca de ocho temas específicos, que se tomaron de los programas de capacitación que imparte el INSP. De ellos, el que se expone en la mayor parte de los estados se enfoca en el mejoramiento del conocimiento y utilización del CAUSES; sólo Veracruz y Colima no lo ofrecen a su personal.

En contraparte, el tema del arbitraje médico se impartió sólo en siete entidades (véase la figura 6-12). Entre los tópicos menos atendidos en los estados figuran, con una sola mención, los siguientes: operación del SPS, afiliación y operación, modelos de atención, flujo de recursos, calidad en la atención, Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) y sistema de referencia y contrarreferencia. De estos dos últimos temas llama la atención la escasa frecuencia con la que se los mencionó durante el levantamiento en campo: se esperaba que más estados abordaran el tema en sus capacitaciones ya que el SMNG fue una de las principales inclusiones al Seguro Popular en 2007. Por su parte, el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia aún presenta diversos problemas, razón por la cual también era esperable un mayor énfasis en su capacitación. Respecto de la gama de tópicos cubiertos por entidad, en tres de ellas se analizaron los ocho temas, en tanto que en tres sólo se describió uno de ellos. No deja de llamar la atención que, entre estas últimas entidades, se encuentran de nueva cuenta Colima y Veracruz.

56 Incluye médicos generales y especialistas.

57 Se agrupan odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales y personal técnico en contacto con el paciente.

58 Se considera a médicos, enfermeras y personal paramédico.

59 En esta gama se incluyeron las temáticas contenidas en los dos programas de capacitación diseñados por el INSP, por ser los autorizados por la CNPSS.

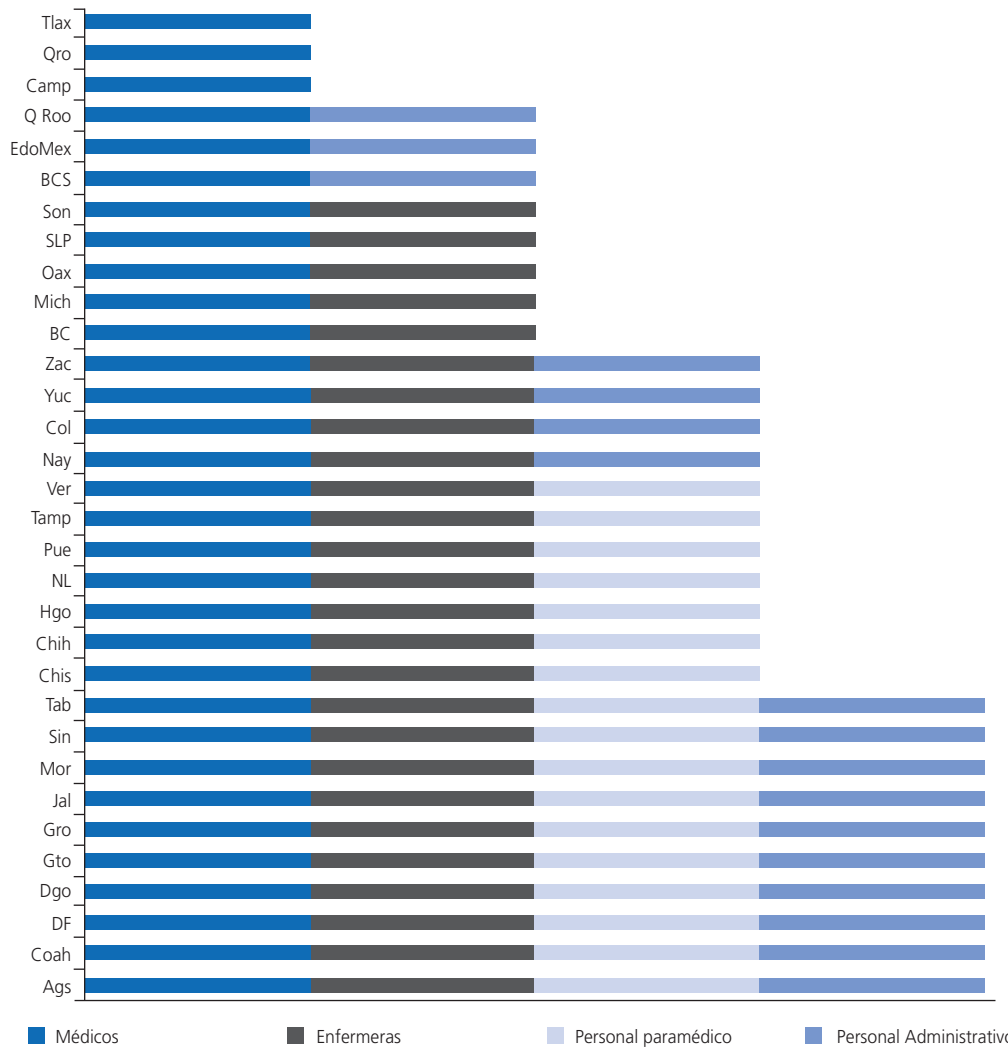


FIGURA 6.11
Tipo de personal capacitado por entidad federativa, 2007.

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.

Fuente: Información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.

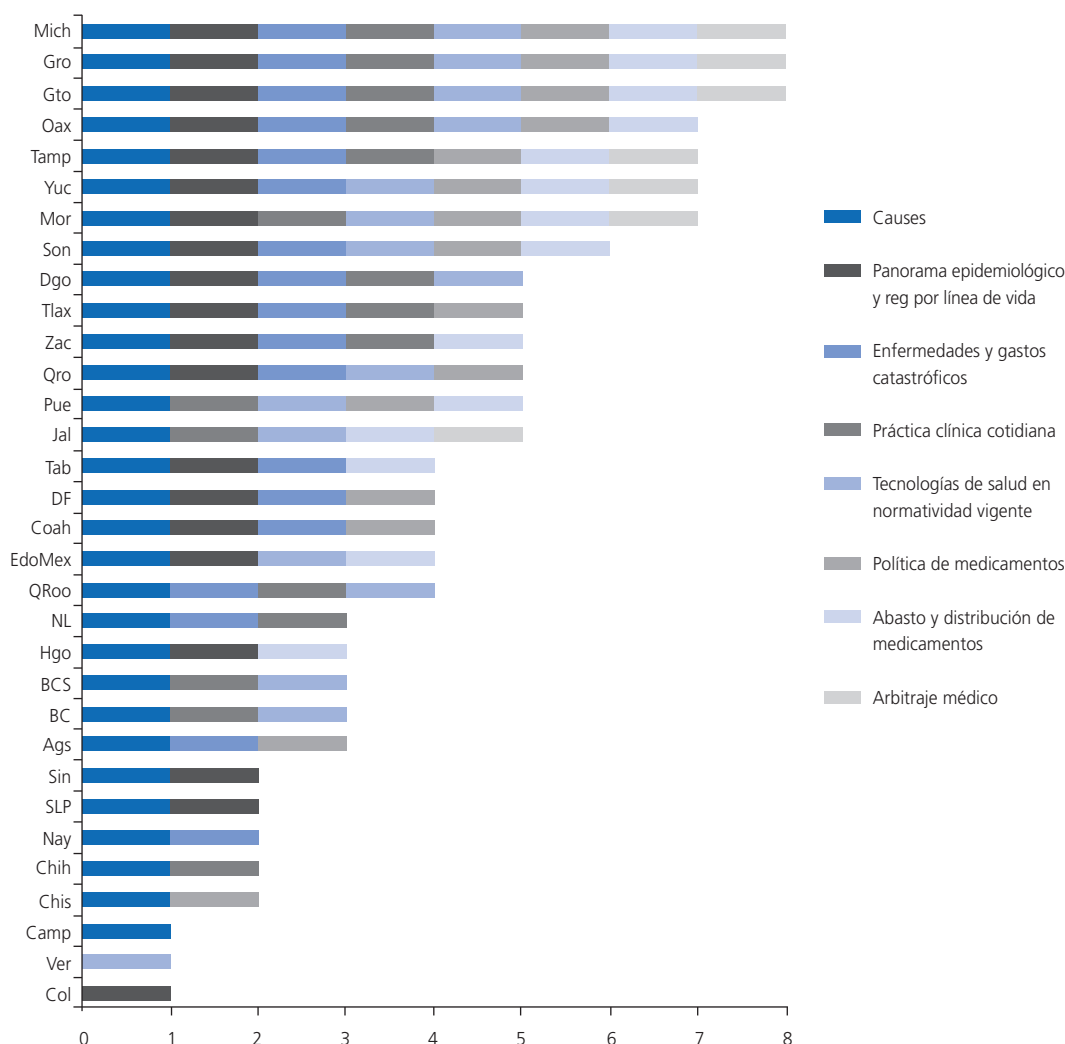
Aun cuando la evaluación analizó el número total del personal participante en los programas de entrenamiento, y el grado de fortalecimiento de su capacidad entre categorías clave de personal, no fue posible recabar esta información debido a que la mayoría de los estados no lleva un registro de ésta. Sin embargo, de las entrevistas realizadas a diferentes informantes se puede inferir que la eficacia de los programas de capacitación no es la óptima, ya que se encontró un alto grado de desconocimiento del CAUSES, que es el único tema impartido en todos los estados.

Por otra parte, se preguntó a los informantes sobre el tipo de instancia encargada de impartir la capacitación, pero los datos recolectados son confusos porque se recibió información contradictoria y no es posible establecer una frecuencia coincidente en las respuestas. De los escasos elementos de los que se logra desprender alguna tendencia se reconoció que, en la mayoría de los estados, los informantes señalaron que su lugar de adscripción era el encargado de realizar esta tarea; es decir, el personal del REPSS se refirió al área de gestión médica, mientras que los trabajadores de los SESA se inclinaron por el área de



FIGURA 6.12
Número y temas de los cursos ofrecidos por las entidades federativas a su personal de salud, 2007.

Fuente: información secundaria proporcionada por los SESA, 2007.



enseñanza médica. Es importante mencionar que sólo un directivo del SESA en Zacatecas aludió al INSP como la institución que llevó a cabo la capacitación del personal.

Estas contradicciones en la información se presentaron también al preguntar si los temas de la capacitación ofrecida al personal de salud se definían a partir de la situación específica de su estado o si eran producto de las recomendaciones del ámbito federal; empero, también se encontró que muchos de los actores desconocían esta información.

Sobresale entonces la desorganización, el desconocimiento y la heterogeneidad con los que se realizan estas actividades en los estados. El esfuerzo de capacitación que la CNPSS y el INSP han llevado a cabo desde 2006 ha tenido buenos resultados, si bien el número de individuos y estados participantes hasta el momento es muy reducido. Debido a ello es indispensable encontrar los mecanismos para incrementar la cobertura de la capacitación nacional, aunque aún hay que esperar los resultados del curso que se desarrolla en la actualidad, ya que probablemente el aumento del número de estados sede de cinco a 25 logre alcanzar este resultado.

También es importante favorecer la autonomía estatal y la rectoría federal, dado que si bien es importante que cada entidad tenga la posibilidad para decidir el número y el tipo de capacitación que ofrece a sus trabajadores, con base en las necesidades y características propias, también resulta fundamental acatar



ciertas indicaciones federales para lograr un grado de homogeneidad nacional, en particular en cuanto a los lineamientos generales que especifiquen el contenido y temas mínimos a impartir, así como los mecanismos para su evaluación.

● CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- No existen criterios federales que controlen el volumen y el tipo de personal que se contrata en los estados con recursos del Seguro Popular, lo cual propicia que cada uno de ellos establezca sus prioridades de manera discrecional.
- Los volúmenes de contratación de personal con recursos del Seguro Popular en los estados son muy variados y no buscan reducir el déficit histórico de recursos humanos, sino relacionarse de modo estrecho con el aumento de la población afiliada al Seguro Popular.
- Las categorías ocupacionales más comunes en la contratación son las de médicos generales, especialistas y enfermeras. Por lo regular, los nutriólogos y los odontólogos son las categorías menos contratadas, pese a que se trata de un personal que participa de manera directa en las intervenciones previstas en el CAUSES.
- El personal del Seguro Popular se contrata por honorarios, tiempo determinado (firma nuevos contratos de manera periódica). Entre los estados existen diversas prestaciones otorgadas, pero en ninguno son iguales a las del personal sindicalizado.
- En el momento de la evaluación (octubre-noviembre 2007) no funcionaban en la mayoría de los estados las subcomisiones estatales para la Regularización del Personal en Condiciones Precarias, que deberán atender la situación laboral del personal del SPS. Sin embargo, algunas opiniones se expresaron en contra de dichas subcomisiones, toda vez que se las considera una vía para la sindicalización del personal, lo cual afectaría el desempeño mostrado en años anteriores.
- No existen cambios notables en la dotación de personal; las proporciones en la contratación de determinadas categorías no varían.
- En 50% de los estados no se reconoce la rotación de personal como un problema que genere efectos negativos. Es probable que las acciones de las subcomisiones estatales para la reglamentación de la contratación de recursos humanos en situación precaria ayuden a atenuar la rotación de personal.
- Existe una gran diversidad entre los programas de capacitación sobre la operación del Seguro Popular ofrecidos en los estados, así como las instancias encargadas de impartirlos.
- De la capacitación no participa todo el personal que interviene en el funcionamiento del SPSS.
- No existen lineamientos generales que indiquen el contenido mínimo de los aspectos del Seguro Popular en los que debe capacitarse el personal ni el tipo de personal que debe participar.

Recomendaciones

- Si bien es conveniente que los estados tengan la libertad para determinar la contratación de su propio personal y no crear un mismo patrón para todos, funcional o no para las diferentes entidades, es necesario diseñar lineamientos generales y evaluaciones específicas que garanticen que dichas contrataciones coadyuven en verdad a mejorar las condiciones en la prestación de los servicios a los afiliados del Seguro Popular.



- Las contrataciones deben sustentarse en las necesidades previas no satisfechas; el número de afiliados al Seguro Popular; la demanda real de servicios previstos en el CAUSES; y las categorías ocupacionales necesarias para la atención de esa demanda.
- Buscar contrataciones proporcionales entre el personal que realiza actividades sustantivas y el personal de apoyo, de tal modo que se evite el elevado volumen de estos últimos, como sucede hoy día en varios estados.
- Agilizar el proceso de regularización del personal contratado en situación precaria en los estados; la finalidad es prevenir las causas que acentúen el problema de la rotación de trabajadores y mejorar su motivación.
- En este aspecto es importante vigilar que los candidatos a obtener las plazas de carácter eventual sean trabajadores comprometidos con la operación adecuada del programa y la atención de calidad de los usuarios para evitar la politización de la medida o el beneficio indirecto de terceros.
- La potencial regularización del personal de salud que se promueve en el plano federal no debe implicar el uso de recursos financieros por parte del Seguro Popular, ya que esto atentaría sin duda contra la lógica de asignación presupuestal basada en metas de eficiencia y calidad.
- Reforzar la capacitación en todos los niveles y las categorías profesionales sobre los contenidos técnicos y gerenciales del Seguro Popular.
- Mejorar la coordinación entre programas de capacitación de las secretarías estatales y del REPSS.
- Crear un sistema de evaluación de resultados que permita medir la efectividad, la validez y la eficiencia del programa de capacitación en relación con el desarrollo de conocimientos y cambios en el comportamiento de los participantes, así como identificar en qué medida propician un mejor desempeño del sistema de salud.
- Promover una mayor coordinación entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, las secretarías de salud estatales y los REPSS, con el propósito de homogenizar sus políticas relacionadas con la selección del personal y la puesta en marcha de un esquema básico de incentivos al desempeño.
- Planear la contratación del personal de salud de acuerdo con la situación actual y la tendencia epidemiológica de cada región y entidad.
- Vigilar que la contratación de personal, en su número y combinación de perfiles profesionales, atienda la necesidades del Seguro Popular y sus afiliados
- Resulta imperante desarrollar nuevas e innovadoras formas de capacitación (didácticas y tecnológicas) en los planos jurisdiccional, estatal, regional y nacional. Además, la respuesta a las necesidades de los distintos niveles debe ser una acción permanente y actualizada.