

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación

Belkis Aracena-Genao, MCs, ⁽¹⁾ María Cecilia González-Robledo, MCs, ⁽¹⁾ Luz María González-Robledo, PhD, ⁽²⁾
Lina Sofía Palacio-Mejía, PhD, ⁽³⁾ Gustavo Nigenda-López, PhD. ⁽¹⁾

Aracena-Genao B, González-Robledo MC,
González-Robledo LM, Palacio-Mejía LS, Nigenda-López G.
El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos:
tendencia, evolución y operación.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 4:S407-S415.

Resumen

Objetivo. Documentar los procesos operativos y de gestión del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), evolución y distribución del gasto y explorar semejanza entre padecimientos cubiertos y perfil epidemiológico. **Material y métodos.** Estudio mixto, de naturaleza gerencial, que incluyó entrevistas semiestructuradas, revisión de bases de datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), egresos hospitalarios y mortalidad. **Resultados.** El 52% de los estados tardan el doble del tiempo establecido para notificar y validar los casos. De 2004 a 2009 el FPGC pasó de 6 a 49 intervenciones, equivalente a un incremento nominal y real del gasto de 2 306.4 y 1 659.3%, respectivamente. La intervención priorizada fue VIH/SIDA con 39.3%; el Distrito Federal obtuvo la mayor proporción del gasto (25.1%). Algunas de las principales causas de mortalidad son cubiertas por el FPGC. **Conclusiones.** La revisión de los criterios de inclusión de enfermedades y la adecuación del fondo para atender la demanda creciente es impostergradable.

Palabras clave: gasto en salud; enfermedad catastrófica; perfil de salud; México

Aracena-Genao B, González-Robledo MC,
González-Robledo LM, Palacio-Mejía LS, Nigenda-López G.
Fund for Protection against
Catastrophic Expenses.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 4:S407-S415.

Abstract

Objective. To document the status of operational and managerial processes of the Fund for Protection against Catastrophic Expenses (FPGC), as well as to describe its evolution, and to explore the relationship between covered diseases and the Mexican health profile. **Material and Methods.** This is a joint management study, which included a qualitative and a quantitative phase. We conducted semi-structured interviews with key informants. We also analyzed the records of CNPSS, the hospital discharge and mortality data bases. **Results.** Fifty two percent of the states take twice as long to report and validate the cases. From 2004-2009 the FPGC increased its coverage from 6 to 49 interventions, that means a spending increase of 2 306.4% in nominal terms and 1 659.3% in real terms. The HIV/AIDS was the intervention prioritized with 39.3% and Mexico City had the highest proportion of expenditure (25.1%). A few diseases included in the health profile are covered by the FPGC. **Conclusions.** The review of the inclusion criteria of diseases is urgent, so as to cover diseases of epidemiological importance.

Key words: Health expenditures; catastrophic illness; health profile; Mexico

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México

(2) Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México

(3) Subdirección de Servicios de Información, Centro de Información para Decisiones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública. México

Fecha de recibido: 17 de agosto de 2010 • Fecha de aceptado: 7 de octubre de 2010

Autor de correspondencia: Mtra. Belkis Aracena Genao. Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: belkis.aracena@insp.mx

Diversos estudios reportan las consecuencias financieras de la atención de problemas de salud para las familias.¹⁻³ Estas consecuencias impulsaron la reforma a la Ley General de Salud en México en 2003,⁴ disposiciones que permitieron poner en marcha el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), enfocado a la protección financiera^{5,6} de la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social.⁴

El SPSS contempló la constitución de un fondo denominado Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), destinado a “apoyar el financiamiento de la atención de enfermedades de alto costo y que, en consecuencia, provocan gastos catastróficos”.^{4,7} La definición de las enfermedades que pueden ser cubiertas es responsabilidad del Consejo de Salubridad General (CSG), tomando en consideración prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera.⁷ La prestación de los servicios está a cargo de los Centros Regionales de Atención Especializada (CRAE) acreditados,⁸ y el manejo de los recursos y su correspondiente transferencia es realizada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Dos de las últimas evaluaciones de procesos operativos del SPSS (la de 2007 y 2009 realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública [INSP])^{9,10} demostraron que este proceso es complicado y que el tiempo entre la prestación de la atención y la recepción del pago por las unidades de salud es amplio, pudiendo llegar a constituir una amenaza para su estabilidad financiera.

El propósito del artículo es describir los procesos operativos y de gestión del FPGC, así como la evolución y distribución del gasto por intervención y entidad federativa. Además, explorar la semejanza entre padecimientos cubiertos con el FPGC y el perfil epidemiológico del país. Esto último se circunscribe en el ámbito de la equidad y la justicia financiera, pues partiendo del objetivo del SPSS de proteger financieramente a las familias, es adecuado pensar en una asignación que considere las principales causas de muerte o de egreso hospitalario para las cuales, en muchos casos, la atención resulta ser altamente costosa.

Bajo esta perspectiva, la utilidad del artículo radica en: a) proporcionar información para tomadores de decisiones (de nivel local, estatal y federal) sobre los principales problemas y obstáculos que enfrentan las unidades hospitalarias para recibir de manera oportuna los recursos del FPGC, lo que permitirá orientar la mejora de procesos de transferencia de recursos; b) evidenciar inequidades en la distribución de los recursos del FPGC, explorando algunas de sus posibles causas y; c) sugerir que los recursos sean utilizados en la atención de padecimientos que además de costosos respondan al perfil epidemiológico nacional.

Material y métodos

Tipo de estudio y fuente de información

Se trata de un estudio mixto, con abordaje cualitativo y cuantitativo, exploratorio, descriptivo, que abarca desde 2004 hasta 2009. Los resultados presentados derivan de dos proyectos de investigación evaluativa (Evaluación del sistema de protección social en salud, 2007 y Evaluación de Procesos Administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009), ambos aprobados por la Comisión de Ética del INSP. La finalidad de este tipo de investigación está encaminada a obtener información sobre problemas, expectativas y necesidades de la sociedad para contribuir de una manera eficaz a las decisiones de política social; disminuir la incertidumbre sobre las consecuencias de las decisiones tomadas y sobre las alternativas menos costosas de decisión futura; dar respuesta en forma rápida y precisa a cuestiones prácticas y preguntas de relevancia social, sin soslayar que en estas situaciones los problemas teóricos, metodológicos y técnicos están presentes; documentar éxitos, fracasos y errores de proceso que hacen que el sistema funcione o no, y contribuir al mejoramiento de programas, procesos e intervenciones.

La información cualitativa se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a diversos informantes clave de los niveles federal y estatal, en tanto que la información cuantitativa se obtuvo de los registros de desembolsos de la CNPSS, de las bases de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud (SS) y de las estadísticas vitales de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y de la SS de 2004 a 2009.¹¹ El desglose de la metodología seguida en las dos evaluaciones se puede consultar en los reportes respectivos.^{9,10}

Análisis

El componente cualitativo está destinado a documentar las divergencias en los procesos, actores y recursos disponibles (tecnológicos, materiales y humanos) para la gestión de los recursos del FPGC en cada entidad federativa y entre hospitales del mismo estado, pues los sistemas de información, tanto de las unidades hospitalarias como del nivel estatal y federal, no permitieron evidenciar cuantitativamente el fenómeno. Para este análisis se construyeron matrices que incluyeron datos por componente e informante. Se incluyeron aspectos como: tipo de intervenciones financiadas con el FPGC, dificultades presentadas por los prestadores de servicios para la notificación y validación de casos,

cumplimiento de requisitos para la transferencia de fondos, tiempo transcurrido entre la notificación y el pago, y consecuencias para los prestadores de posibles demoras en la aprobación y transferencia de fondos. Este análisis se realizó mediante la comparación entre lo reportado por los estados y lo normado en el Manual de Operaciones de Notificación de Casos de la CNPSS. Además, se realizó un análisis cuantitativo de redes sociales, (medidas de centralidad) para comparar lo establecido por la normatividad con la práctica.

Para el análisis cuantitativo se construyó, a partir de los registros de desembolsos de la CNPSS, una base de datos que permitió estimar el monto total ejecutado por el FPGC en el periodo 2005-2009. Aunque desde 2004 se cubrían afecciones al amparo del pago esperado del FPGC, los desembolsos financieros iniciaron en 2005. También se estimó el gasto anual por padecimiento cubierto con el fondo y su crecimiento nominal y real en el periodo; se utilizó la tasa de inflación reportada por INEGI¹² para 2009. Las observaciones contenidas en el análisis varían de acuerdo con el año de inclusión del padecimiento al FPGC.

Para estimar la distribución de recursos del FPGC por entidad federativa se prorratearon los recursos transferidos al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA) para la compra de antirretrovirales para las personas que viven con VIH/SIDA, y al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) para la adquisición de vacunas, principalmente lo utilizado para enfrentar la contingencia de influenza A (H1N1); éstos son totales que en los registros de la CNPSS se cargan al Distrito Federal, lo que evidentemente genera sobreestimación de las asignaciones a esta entidad federativa. Para el prorrateo de lo gastado en la compra de antirretrovirales se utilizó la incidencia acumulada según entidad federativa, reportada por CENSIDA.¹³ El procedimiento seguido fue la multiplicación del total transferido cada año por la incidencia acumulada de VIH/SIDA en cada entidad federativa. En el caso de la influenza se utilizó el número de casos confirmados para cada entidad federativa reportados por la Secretaría de Salud. Se estimaron las proporciones que del total nacional correspondieron a cada estado y se multiplicaron por el total de dinero transferido para este concepto.

El análisis del perfil epidemiológico nacional requirió la exploración de las bases de datos de egreso hospitalario de la SS y de mortalidad general. Se identificaron las 25 principales causas para la población total y por sexo, para los años 2004 a 2009. Se exploraron también las tendencias de las enfermedades cubiertas por el fondo.

Finalmente, es oportuno señalar que los términos gasto catastrófico y alto costo, manejados en el artículo, corresponden a la denominación oficial utilizada por la CNPSS para definir al fondo y para caracterizar a las enfermedades cubiertas con el mismo.

Resultados

El ejercicio cualitativo, que incluyó la notificación, la validación de casos por parte de las entidades federativas (solicitud y autorización de pago de casos cubiertos) y la asignación y transferencia de los recursos desde la CNPSS, muestra en 2009 un mayor conocimiento y experiencia del personal encargado de los procesos de notificación y validación de casos, comparado con los resultados obtenidos en 2007. Esto ha permitido alcanzar un mejor nivel de concordancia entre la normatividad establecida y los procesos realizados, pese a que persisten algunos problemas.

Se estableció que 52% de las entidades federativas evaluadas (9 entidades) en 2009, se tardaron el doble de tiempo que estipula el manual operativo del FPGC para realizar la notificación de casos. Las causas identificadas fueron de tres tipos: a) dificultades en la integración del expediente clínico, b) dificultades para el registro de casos en el sistema de información del fondo (Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos) y, c) dificultades para la validación de casos a nivel estatal (cuadro I).

Por otra parte, 82% de las entidades federativas estudiadas señalaron una falta de oportunidad en la transferencia de recursos por parte de la CNPSS, sin embargo, las razones que impiden la oportunidad del reembolso a las entidades federativas son percibidas de distintas maneras y con una importante discrepancia entre funcionarios estatales y federales.

Se observó también que continúan siendo los organismos públicos desconcentrados (OPD) los que más se apegan a los procedimientos establecidos en el Manual de operación del SPSS. En las unidades pertenecientes a los Servicios Estatales de Salud (SESA); por el contrario, existen variantes importantes que dependen en buena medida del grado de separación de funciones, de las relaciones –formales e informales– que se dan entre ellas y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS), y de la gran variabilidad de las estructuras organizacionales dentro de los estados, lo cual se traduce en la existencia de una importante diversidad de actores involucrados en la gestión. Los datos indican que 55% de los estados estudiados cumplieron con los procedimientos descritos en el Manual de Operación; el resto modifica y generalmente incrementa los procedimientos para la notificación y validación de casos,

Cuadro I

CONCORDANCIA NORMATIVA Y PRÁCTICA DE LOS PROCESOS DE NOTIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DE CASOS DEL FPGC

Proceso	Subproceso	Lo normado	Los hallazgos
Notificación	Integración del expediente clínico	<p>“La operación de este subproceso es responsabilidad del médico especialista adscrito al CRAE quien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirma el diagnóstico. • Coordina el respaldo electrónico (escaneo con formato gif) de la sección clínica del caso para ser accesado al SIGGC para registrar el caso nuevo. • Imprime y firma por triplicado la declaratoria de caso. 	<p>En este proceso el médico especialista generalmente no tiene asignación de tiempo administrativo para esta labor. Esta se delega en otras personas, y si bien existe apego a los procedimientos que se deben realizar, estos tienen retrasos. Las causas identificadas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiplicidad de actores que intervienen en el proceso (fuera de norma). • Escasez de personal. Delegación de responsabilidades para este procedimiento a personal no idóneo (estudiantes de medicina/médicos internos). • Realización de actividades incompletas como: registro de diagnóstico, conformación de la documentación para validar la declaratoria de caso (falta de los resultados de estudios de laboratorio, gabinete y otros, notas médicas) • Expediente clínico sin firma.
	Registro del caso en el SIGGC	<p>Está a cargo del funcionario responsable del REPSS estatal junto con el médico del CRAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordina el escaneo y respaldo electrónico de los documentos que conforman la sección clínica en la carpeta del SIGGC. • Coordina que los documentos que conforman la sección clínica y la declaratoria de caso se adjunten al SIGGC. • Imprime y firma la declaratoria de caso 	<p>También se observó apego a los procedimientos normados, sin embargo presentan retrasos debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retardo en la integración del expediente clínico (médico especialista). • Falta de recursos materiales y equipos en las unidades hospitalarias: hardware/software, escáner, fotocopidora, acceso a internet y papelería para realizar los procedimientos que se requieren. • No se cuenta con personal de apoyo para escanear el expediente clínico. • Problemas de conectividad con el sistema en línea; plataforma lenta, se satura con frecuencia. • Diversidad de actores que participan en el proceso.
	Validación	<p>Está a cargo del funcionario responsable del REPSS estatal. El tiempo establecido para esta validación es de 15 días.</p>	<p>Los retrasos identificados en este subproceso se deben a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expedientes clínicos incompletos. • Falta de correspondencia entre el diagnóstico y el tratamiento o medidas terapéuticas tomadas. • Duplicidad de registro de un caso en el sistema. • Falta de acceso al sistema en línea. • Amplio margen de acción para designar a los validadores.
Transferencia de fondos de la CNPSS al estado	<p>La norma establece que el hospital reporte mes a mes los casos, y una vez validados por la comisión, deben liberarse los fondos a la entidad federativa en 15 días.</p>	<p>Los retrasos identificados en este subproceso se deben a:</p> <p>Nivel estatal: tardanza para notificar y validar los casos.</p> <p>Nivel federal: tardanza en la revalidación de los casos y falta de disponibilidad de recursos en la CNPSS.</p>	

FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
 CRAE: Centro Regional de Alta Especialidad
 SIGGC: Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos
 REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
 CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

lo que incrementa los tiempos para la transferencia de fondos.

Es importante destacar que todos los informantes entrevistados coincidieron en señalar que no es posible notificar casos para reembolso al FPGC, cuyo diagnóstico no esté incluido en el catálogo de intervenciones y sin que la unidad hospitalaria esté acreditada para atender la patología reportada, lo que demuestra que los requisitos más importantes para el pago de los casos ya son comprendidos y asumidos por los estados.

En el proceso de asignación y transferencia de fondos, al comparar 2007 y 2009, persisten demoras en el desembolso de recursos por la atención de casos. Sin embargo, las mejoras son evidentes pues mientras que en 2007 los pagos (transferencias) tardaban hasta un año, en 2009 se observó un intervalo de entre 3 y 8 meses. Las causas son atribuibles a los estados y a la federación de acuerdo con la información recabada y dentro de estas se señalaron tardanza para notificar y validar los casos, generalmente por problemas de coordinación, aunque la falta de voluntad política también fue mencionada (problema estatal), y demora en los pagos por insuficiencia de recursos en la CNPSS (problema federal), señalado por algunos informantes.

En sus inicios en 2004, el FPGC cubría la atención de mujeres con cáncer cervicouterino y de recién nacidos prematuros que desarrollaran procesos sépticos o síndrome de dificultad respiratoria, cuya atención requiriera cuidados intensivos. También cubría la aten-

ción de niños o adolescentes con leucemia linfoblástica aguda. Permitía además, la compra de antirretrovirales para pacientes con VIH/SIDA y de vacunas contra la influenza.

A lo largo del periodo estudiado, la cobertura del FPGC se extendió hasta llegar a cubrir 10 enfermedades o grupos de enfermedades a través de 49 intervenciones. El año de incorporación de las otras intervenciones al fondo se puede ver en el cuadro II y corresponde a la celda ocupada por primera vez con un valor.

El cuadro II muestra el comportamiento experimentado por el FPGC de 2005, año en que inició el desembolso de recursos, al 2009, año de la última evaluación realizada por el INSP. Se observa que el FPGC creció, en términos nominales, 2 306.4%, y en términos reales, 1 659.3%. La intervención más favorecida fue la compra de antirretrovirales con 38.1% del total; el segundo lugar, con 18.2%, correspondió a la atención de cáncer de mama. La atención de recién nacidos y la aplicación de vacunas contra influenza también fueron actividades priorizadas (11.4 y 8.9%, respectivamente).

Aunque la atención de cataratas como proporción del total del FPGC en el periodo 2005-2009 representó un porcentaje pequeño (2.6%), fue la intervención que experimentó los más altos crecimientos promedio, con más de 1000% en términos nominales y reales. La disminución experimentada por la leucemia linfoblástica aguda podría atribuirse a cambios en la forma de ejecución; actualmente es pagada como cánceres en niños.

Cuadro II

MONTOS EJECUTADOS POR EL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS POR INTERVENCIONES Y POR AÑO, EN MILLONES DE PESOS, Y SU VARIACIÓN NOMINAL Y REAL EN EL PERIODO 2005-2009

Intervención	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%	Δ en el periodo	
								Nominal	Real
Cáncer cervicouterino	\$36.6	\$105.0	\$147.0	\$154.2	\$165.6	\$728.8	4.3%	228.3%	155.5%
Cáncer de mama			\$180.1	\$818.0	\$1 088.3	\$3 111.0	18.2%	468.9%	342.7%
Cuidado intensivo neonatal	\$46.5	\$61.7	\$143.0	\$680.3	\$544.5	\$1 951.7	11.4%	923.8%	696.7%
Cánceres en niños		\$39.7	\$202.0	\$355.1	\$399.5	\$1 361.1	8.0%	819.7%	615.7%
Insuficiencia renal crónica		\$3.5	\$60.7		\$13.0	\$85.0	0.5%	118.2%	69.8%
Leucemia linfoblástica aguda	\$102.2	\$146.9	\$94.6			\$343.6	2.0%	-100.0%	-100.0%
Cataratas		\$8.0	\$51.7	\$123.4	\$126.4	\$438.0	2.6%	1500.4%	1145.3%
Trasplante de médula ósea			\$22.5	\$24.9	\$40.2	\$133.3	0.8%	103.1%	58.0%
Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos				\$120.7	\$212.3	\$495.7	2.9%	34.8%	4.9%
Vacuna antineumococo		\$215.3	\$190.4			\$405.8	2.4%	-100.0%	-100.0%
Vacuna antiinfluenza	\$144.4	\$390.2	\$53.4		\$416.2	\$1 515.0	8.9%	253.8%	175.3%
VIH-SIDA	\$379.9	\$883.6	\$1 117.7	\$1 587.8	\$1 035.8	\$6 507.0	38.1%	295.4%	207.7%
Total	\$709.6	\$1 854.0	\$2 263.1	\$3 864.4	\$4 041.8	\$17 076.0	100.0%	2 306.4%	1 659.3%

La figura 1 muestra la participación proporcional de las entidades federativas en las asignaciones anuales del FPGC. Como se esperaba, el Distrito Federal obtuvo la mayor proporción del total ejecutado en el periodo analizado (25.1%). El desglose por año permite observar que el año en que esta entidad federativa fue más favorecida respecto al resto de sus iguales fue 2006, cuando su participación en el total de recursos del FPGC fue 42.7%, y fue el 2009 el único año en que la participación del DF estuvo por debajo de la quinta parte del total, con 19.4%. Siguieron, en orden de importancia, Durango con 8.4 y Jalisco con 7.2% del total ejercido en el periodo, respectivamente.

En cuanto al perfil epidemiológico, en la figura 2 se observa que la tendencia de la demanda de atención por enfermedades para las que se utilizaron los recursos del FPGC está aumentando, especialmente

para enfermedades como la influenza y neumonías, a través de la compra de vacunas, la insuficiencia renal crónica (IRC), el cáncer de mama, las cataratas y las leucemias.

Las principales causas de mortalidad en el país se muestran en la figura 3. Se pueden observar las complicaciones de la diabetes mellitus, dentro de las cuales la insuficiencia renal crónica encabeza el listado. Otros padecimientos del riñón, como la nefritis, también hacen parte de la lista. Las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, afecciones del hígado y enfermedad pulmonar obstructiva ocupan, junto con la diabetes mellitus, las cinco primeras posiciones del listado de principales causas de muerte en México. Asimismo observamos el VIH/SIDA, el cáncer de mama, el cáncer de cérvix y las leucemias dentro de las 25 primeras causas de muerte.

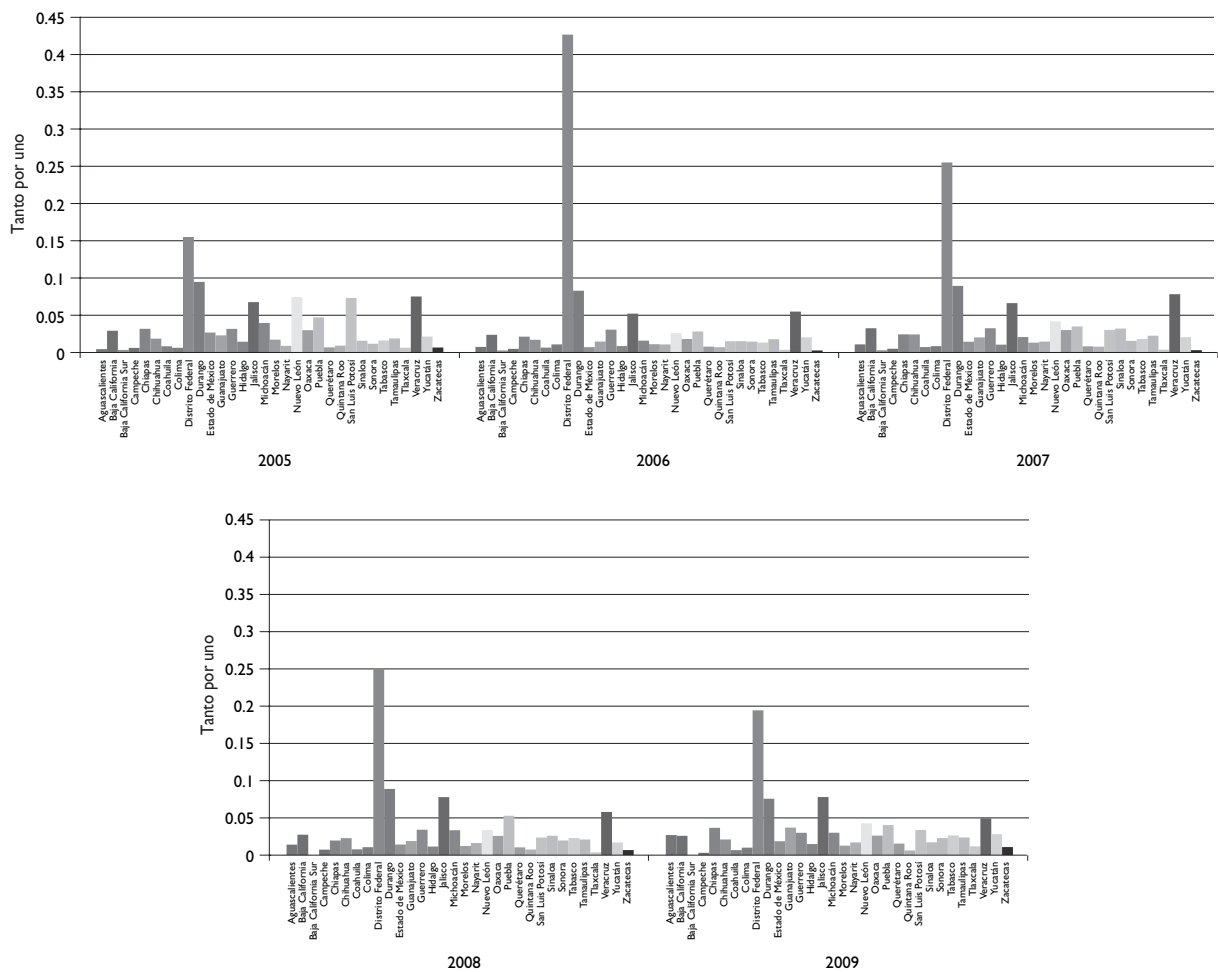


FIGURA 1. PARTICIPACIÓN PROPORCIONAL DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN LAS ASIGNACIONES ANUALES DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS

En la figura 3 se observa que las enfermedades contenidas en el FPGC, a pesar de haber sido creado para cubrir enfermedades de alto costo y baja incidencia, tienen una presencia importante en la demanda de servicios de hospitalización; en ellas se encuentran las principales causas de egreso hospitalario como las neumonías e influencias, las enfermedades renales, las cataratas y la leucemia.

Discusión

El Sistema de Protección Social en Salud surgió como una respuesta necesaria para atender lo que se ha definido como una enfermedad de los sistemas de salud: la falta de protección financiera en salud.¹⁴ De acuerdo a Knaul y colaboradores,¹⁵ lo peor de esta enfermedad que aqueja a la mayoría de los sistemas de salud del mundo es que

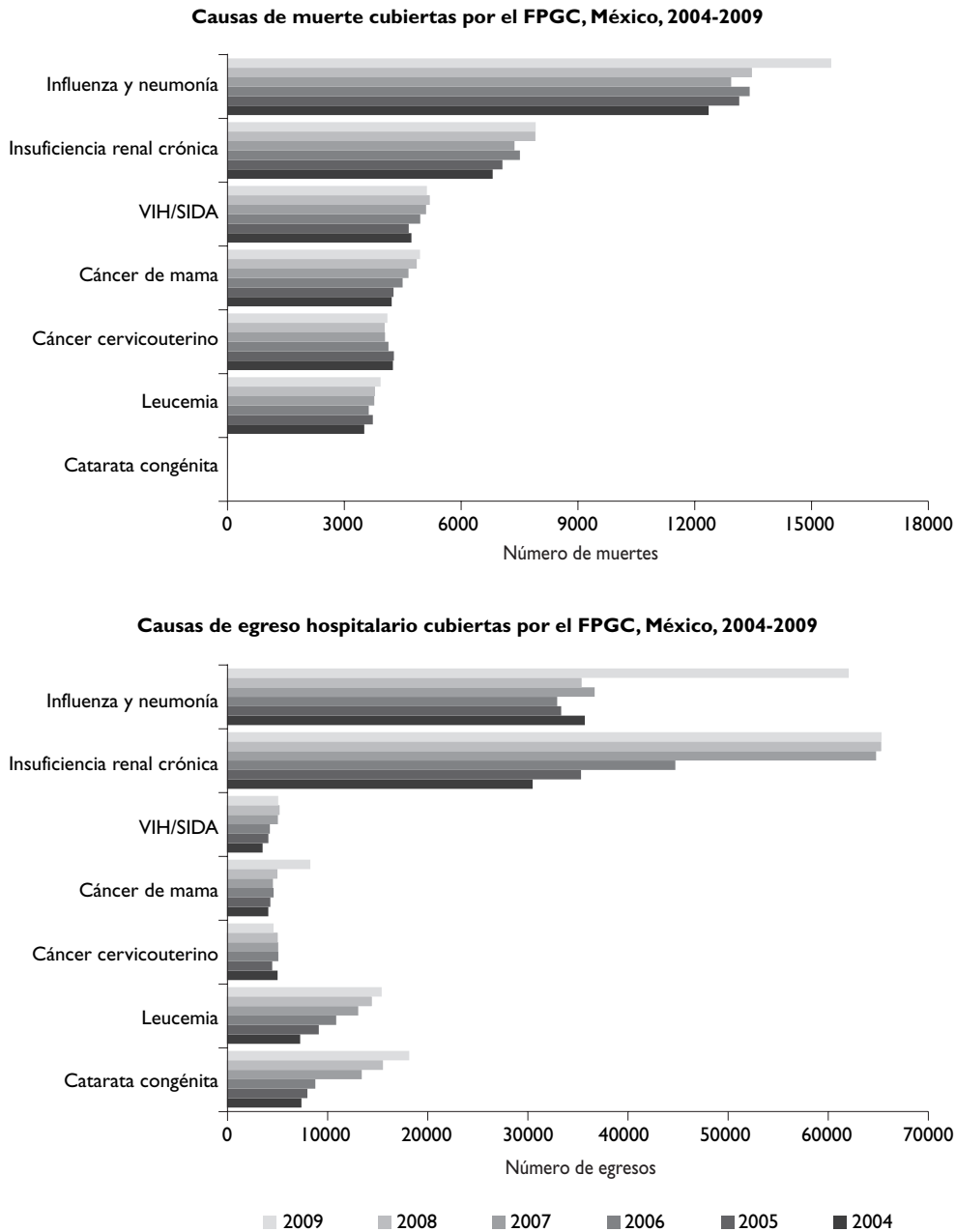
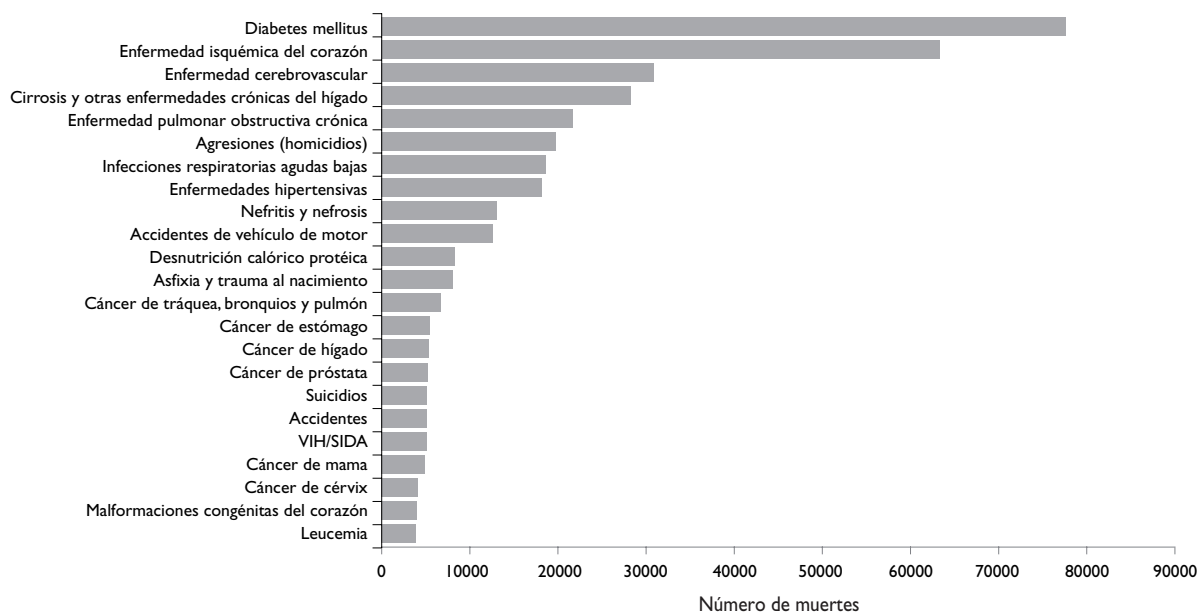


FIGURA 2. TENDENCIA DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN POR ENFERMEDADES PARA LAS QUE SE UTILIZARON RECURSOS DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS (FPGC)



Fuente: Elaborado a partir de las estadísticas vitales de mortalidad, 2009

Nota: Se utilizó lista GBD de principales causas

FIGURA 3. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 2009, MÉXICO

provoca el empobrecimiento de las familias porque tienen que autofinanciar los cuidados requeridos para recuperar su salud. El FPGC, al estar enfocado en el financiamiento de enfermedades cuya atención representa un alto costo, constituye un instrumento apropiado para prevenir la ruina financiera que el quebrantamiento de la salud provoca en la mayoría de los hogares, principalmente en los más pobres.¹⁶ Sin embargo, su operación actual podría sugerir el traslado del riesgo financiero a los proveedores de la atención pues, de acuerdo con los resultados del análisis cualitativo realizado en este estudio, ha habido avances en los procesos de asignación y transferencia de fondos y persisten demoras en el pago de los casos, al ser el tiempo promedio de pago, desde la notificación del caso hasta la transferencia de recursos, de seis meses. A decir de los entrevistados, este tiempo resulta excesivo y manifiesta la necesidad impostergable de crear mecanismos que permitan su reducción. Sería útil retomar las acciones implementadas que provocaron la reducción del tiempo de pago entre 2007 y 2009 en 50%. Dichas acciones se enfocaron en la capacitación del personal responsable del fondo a nivel local y la automatización de los procesos para el manejo de casos.

El análisis de redes sociales indicó que la estructura organizativa es determinante de la eficacia de los procesos de operación y gestión del FPGC y de la oportunidad

de las transferencias financieras. Los estados con una alta densidad de lazos entre actores (estructura organizacional compleja) presentaron mayores retrasos en los pagos. Estos hallazgos son explicados por: a) creación de procesos alternos o complementarios, correspondientes con la estructura o administración en cada estado; b) sobrecarga de trabajo del personal encargado de la integración y validación de casos, o c) desconocimiento o no aplicación de los lineamientos de operación del FPGC.

La ampliación del número de intervenciones cubiertas con el FPGC es un indicador del interés de dar cumplimiento al objetivo de proteger financieramente a las familias ante la presencia de enfermedades "catastróficas", como es el caso del cáncer de mama, padecimiento que constituye la novena causa de muerte en mujeres y tiene el lugar 19 en el listado general de causas de muerte en el ámbito nacional. Sin embargo, preocupa que ciertas afecciones también de importancia epidemiológica como las enfermedades de riñón e hígado,^{17,18} que están incluidas dentro de las cinco principales causas de mortalidad y que por sus características podrían ser consideradas como "catastróficas", no sean cubiertas con el FPGC.

El incremento en la demanda de atención por enfermedades cubiertas por el fondo, que podría vin-

cularse a mejoras en el acceso a servicios de atención de enfermedades cubiertas por el FPGC, al aumento del riesgo epidemiológico de estas enfermedades o, en el caso particular de la IRC, a la adopción de estilos de vida no saludables por parte de la población¹⁹ y a complicaciones de otras enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial no controlada,²⁰ debe ser cuidadosamente analizado, pues de responder a un proceso inadecuado de demanda inducida podría afectar la estabilidad financiera del sistema en su conjunto.

Por otro lado, no es claro por qué ciertas actividades que parecerían no cumplir con los criterios de definición de enfermedad "catastrófica" son cubiertas con el FPGC, como es el caso de la compra de antirretrovirales y vacunas, y las cirugías de cataratas. En tal sentido, en pro de la transparencia y de que los recursos sean utilizados para el propósito que los originó, deberían revisarse y, de ser necesario, redefinirse los criterios de inclusión de enfermedades en el FPGC.

Los resultados de la distribución estatal del FPGC debe ser otro elemento a considerar. Los estados del norte recibieron 25.2% del total del periodo; Durango y Nuevo León percibieron conjuntamente 12.4%, en tanto que los estados del sur recibieron 24.2% del total transferido. Chiapas, Guerrero y Oaxaca, las entidades más pobres del país, percibieron 8.5%. Al respecto es posible señalar que la diferencia entre lo asignado al norte y al sur es mucho más que el resultado aritmético de 1.1 puntos porcentuales, pues la asignación debe considerar criterios de equidad^{21,22} y justicia distributiva, lo que implica hacer la asignación de acuerdo con las necesidades particulares.⁵

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

Referencias

1. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O. Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud Publica Mex* 2005; 47(6):430-439
2. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano CL, Gómez-Dantés O. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Publica Mex* 2005;47 supl 1:S37-S46.
3. Rocha-García A, Hernández-Peña P, Ruiz-Velazco S, Avila-Burgos L, Marín-Palomares T, Lazcano-Ponce E. Gasto de hogares durante la hospitalización de menores derechohabientes, con diagnóstico de leucemia, en dos hospitales en México. *Salud Publica Mex* 2003;45:285-292.
4. SSA. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. [consultado 2011 septiembre 28]. Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/01.pdf.
5. World Health Organization. World Health Report. Health systems: Improving performance. Ginebra: World Health Organization, 2000.
6. Murray CJL, Frenk J. Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6):713-717.
7. SSA. Seguro Popular. Informe de resultados 2009. [consultado 2010 junio 25]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2009/informe_resultados_2009_v3.pdf.
8. SSA. Seguro Popular. Informe de resultados 2008. [consultado 2010 junio 25]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2009/informe_resultados_2009_v3.pdf.
9. González-Block M, Nigenda G. Sistema de protección social en salud. Evaluación de procesos administrativos. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
10. Nigenda G, González-Robledo LM, Aracena B, Juárez C, Wirtz V, et al. Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud en 2009. Resumen ejecutivo. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.
11. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de egresos hospitalarios en instituciones públicas 2009 y defunciones 2009. Cálculos elaborados por la Subdirección de Servicios de Información. Núcleo de Acopio y Análisis de Información. México: NAAIS/CENIDSP/INSP, 2011.
12. INEGI [sitio de internet]. México, DF: Calculadora de inflación. [Consultado 2011 septiembre 28]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/indiceprecios/CalculadoraInflacion.aspx>
13. SSA/DGE. Registro nacional de casos de SIDA. Datos al 14 de noviembre de 2009. [Consultado 2010 junio 24]. Disponible en: http://www.censid.salud.gob.mx/descargas/2009/cifras/Nov2009/02_casolncidenacum.pdf.
14. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn Ch, Barofsky J, Maguire R, et al. Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 1:70-87.
15. Carrin G, James CD, Evans. Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System. Technical Briefs for Policy-Makers No. 1. Ginebra: World Health Organization, 2005.
16. Pérez-Rico R, Sesma-Vázquez S, Puentes-Rosas E. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de marginación. *Salud Publica Mex* 2005;47 supl 1:S47-S53.
17. Méndez-Sánchez N, Chávez-Tapia N, Uribe M. Hígado graso no alcohólico. Nuevos conceptos. *Rev Invest Clín* 2004;56(1):72-82.
18. Valdespino JL, Conde-González CJ, Olaiz-Fernández G, Palma O, Kershenobich D, Sepúlveda J. Seroprevalencia de la hepatitis C en adultos de México: ¿un problema de salud pública emergente? *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 3:S395-S403.
19. Meguid El Nahas A, Bello AK. Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet* 2005;365(9456):331-340.
20. Ritz E, Koleganova N. Obesity and chronic kidney disease. *Semin Nephrol* 2009;29(5):504-511
21. OMS. ¿Qué son las inequidades sanitarias? [consultado 2010 junio 25]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/index.html
22. Hernández-Álvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev Salud Pública* 2008;10 supl1:72-82.