



UNVIERSIDAD DE GUANAJUATO
Campus Guanajuato
División de Derecho, Política y Gobierno.

**LA UNIDAD DE ATENCIÓN PARA EL AFILIADO AL SEGURO
POPULAR EN EL ESTADO DE GUANAJUATO.**

TESIS

Que para obtener el grado de
Maestría en Administración Pública

Presenta
Diana Almaguer García

Directora
María Ofelia Guadalupe Camacho García

Guanajuato, Gto.

Junio de 2014

TÍTULO DE TESIS

La Unidad de Atención para el Afiliado al Seguro Popular en el Estado de Guanajuato.

RESUMEN

Esta tesis elabora una propuesta de mejora al diseño institucional de la Unidad de Atención para el Afiliado al Seguro Popular en el Estado de Guanajuato, con el objeto de garantizar la tutela de derechos y el cumplimiento de sus obligaciones, facilitando el acceso a los servicios ofertados por el Sistema de Protección Social en Salud.

ABSTRACT

This thesis develops a proposal to improve the Institutional design of the Support Unit for the Popular Insurance Affiliate in the State of Guanajuato, in order to ensure the protection of rights and the fulfillment of its obligations, facilitating access to the services offered by the System of Social Protection in Health.

ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1 Justificación.	3
1.2 Objetivo General.	4
1.3 Objetivos Específicos.	4
1.4 Alcances.	5
1.5 Estructura del Trabajo.	5
I. Capítulo .- El Sistema de Protección Social en Salud en México.	6
I.1 Avances en la tutela de Derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Guanajuato.	8
II Capítulo.- Objetivos del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Guanajuato.	12
II.1 Incorporación de la población susceptible de ser afiliada, así como reincorporación de la que cuenta con una póliza que se encuentra dentro de los criterios de vencimiento.	12
II.2 Tutelar la aplicación efectiva de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones de los afiliados.	14
II.3 Asesorar y orientar a la población afiliada y susceptible de ser incorporada, respecto a las carteras y formas de acceso a los servicios con que cuenta.	30
III Capítulo.- Propuesta para integrar Enlaces de Atención Ciudadana a la Unidad de Atención al Afiliado del Seguro Popular en el Estado de Guanajuato.	32
Conclusiones.	39
Glosario de Términos.	41
Referencias Bibliográficas.	43

1. INTRODUCCIÓN

Cada vez es más común que los ciudadanos demanden servicios cercanos y eficientes, lo que nos debe llevar a ser más conscientes de nuestra función y dar una respuesta adecuada a las expectativas que nos exigen.

En este sentido las unidades de atención al ciudadano, hoy en día constituyen una ventana directa a la población y la vía por la cual ésta genera en gran medida su opinión acerca de la eficiencia de los servicios a los que tiene acceso.

En el caso que nos ocupa, es de señalar que a partir de las reformas en salud publicadas en 2003, la tutela de los derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), es responsabilidad de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, sin embargo se carece de una identificación precisa sobre quién efectivamente debe realizarla. Por una parte la Ley otorga la tutela de los beneficiarios a la federación, pero el Reglamento le confiere ésta función a las entidades federativas, de tal forma que no existe congruencia entre ambas disposiciones normativas, generando así incertidumbre sobre quién es la autoridad directamente responsable de tutelar dichos derechos.

Por otra parte, el artículo 54 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, preceptúa que tal y como se señala en el párrafo que antecede, serán los Regímenes Estatales quienes divulguen entre los afiliados sus derechos y obligaciones, mediante la creación de unidades de atención al beneficiario.

Por tanto, aún sin que la propia normatividad proporcione claridad respecto a la forma y mecanismos que deberá adoptar la Unidad de Atención al Beneficiario, cada Entidad Federativa ha llevado a cabo acciones que permitan incorporar de manera integral a la población susceptible al SPSS, así como a instrumentar mecanismos de tutela de derechos para cumplir con lo preceptuado en el artículo referido.

Derivado de lo anterior, se destaca que existen tantos modelos de unidades de atención al beneficiario como entidades federativas hay en el país. En el presente trabajo, intento proponer, de acuerdo a la dinámica que se ha vivido en el Estado de Guanajuato, un modelo que brinde uniformidad y cohesión a las actividades de tutela de derechos que por parte del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Guanajuato se han venido implementando.

1.1 Justificación

Para materializar la tutela de los derechos y obligaciones de los afiliados al sistema de protección social en salud en el Estado de Guanajuato, amparada en el artículo 4º Constitucional, así como para facilitar el acceso a los servicios ofertados por el propio Sistema, considero que se debe contar con tres figuras clave:

- Módulos de Afiliación y Orientación (MAO), los cuales corresponden a espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado para afiliar y orientar a la población;
- Gestores de Servicios de Salud cuya función principal debe ser la de coadyuvar a que la prestación de los servicios de salud para la población se lleve a cabo de forma integral, tutelando con ello sus derechos a través de procesos de gestión permanentes y asesoría tanto a prestadores como a los afiliados.
- Enlaces de Atención Ciudadana, incorporados como punto de contacto, cuya principal función debe consistir en gestionar y armonizar un conjunto de actividades y tareas diseñadas con la finalidad de atender a los afiliados, tanto actuales como potenciales, en todas las comunicaciones y relaciones que tienen lugar antes, durante o después de su incorporación.

1.2 Objetivo General

Proponer un modelo de Unidad de Atención para el Afiliado al Seguro Popular para el Estado de Guanajuato, el cual deberá atender las necesidades particulares de aproximadamente 3,291,372¹ afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, a través de tres objetivos específicos.

1.3 Objetivos Específicos

1.3.1. Incorporar a la población susceptible de ser afiliada, así como reincorporar a la que cuenta con una póliza que se encuentra dentro de los criterios de vencimiento.

1.3.2. Tutelar la aplicación efectiva de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones de los afiliados.

1.3.3. Asesorar y orientar a la población afiliada y susceptible de ser incorporada, respecto a las carteras y formas de acceso a los servicios con que cuenta.

¹ Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, 2013

1.4 Alcances

El modelo de la Unidad de Atención al Beneficiario, se propone para ser operado en el Estado de Guanajuato, con la finalidad de fortalecer la tutela de derechos de los afiliados al Sistema de protección Social en Salud. Lo anterior debido a que no se cuenta con un modelo único a nivel nacional que estandarice las acciones que para tal fin se implementen.

1.5 Estructura del Trabajo

El presente trabajo constará de tres partes esenciales, en donde primeramente se describen las características y contexto de las reformas que dieron origen al sistema de protección social en salud. Posteriormente se presentarán los avances que se han realizado por parte del Régimen Estatal de Protección Social en Salud del Estado de Guanajuato, que con motivo de salvaguardar la tutela de derechos de los afiliados se han implementado. Y finalmente se presenta la propuesta del nuevo esquema que deberá integrar la suma de esfuerzos para materializar de manera efectiva el acceso a los servicios que se ofertan a los afiliados al sistema de protección social en salud en el Estado de Guanajuato.

CAPÍTULO 1

EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN MÉXICO

La reforma constitucional de 1983 reconoció la protección a la salud como un derecho de todos los mexicanos, sin embargo no fue sino hasta 2003 que se materializó éste precepto, dando origen al Sistema de Protección social en Salud, cuyo brazo ejecutivo es el Seguro Popular de Salud (SPS) (Frenk J 2007). El objetivo de este seguro, desde su inicio ha sido el de cubrir a todos los mexicanos que por su condición laboral no cuentan con seguridad social.

Frenk (2007) en su artículo titulado: “Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias”, proporciona un panorama general de las principales características de la experiencia de la reforma mexicana y los resultados en la consecución del objetivo final de la misma: el acceso universal a servicios de alta calidad con protección social para todos.

Es importante señalar que éste nuevo esquema ha permitido la modernización en equipamiento e infraestructura con que cuentan los servicios Estatales de salud, pues los prestadores están obligados a acreditarse para mantener satisfechos a los afiliados, lo anterior de conformidad a lo señalado por el artículo 77 bis. 9 de la LGS *“Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este Título.”*

De esta manera, el SPSS logra constituirse como uno de los mecanismos principales para tutelar el derecho a la salud y, con ello, alcanzar el objetivo de “asegurar de manera universal” a todas aquellas personas que por su situación laboral no son derechohabientes de la seguridad social.

Por su naturaleza, la incorporación a este mecanismo es voluntaria, y a través de éste el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de distintas intervenciones y estrategias.

Es importante precisar que si bien se ha avanzado bastante con la consolidación del SPSS y en la efectividad progresiva del alcance de su cobertura, lo cierto es que hasta el día de hoy no existe posición definida sobre su propia naturaleza jurídica y las consecuencias que el seguro popular conlleva. Un aspecto clave que se encuentra aún pendiente por resolver es el de la especificación de los mecanismos de tutela con que cuentan los afiliados para hacer valer los derechos y obligaciones contemplados por el sistema.

1.1 Avances en la tutela de Derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Guanajuato.

El Seguro Popular, arrancó como prueba piloto en cinco Entidades Federativas (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco); a través de la cual el Poder Ejecutivo envió al Congreso de la Unión, en noviembre de 2002, una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud (LGS), publicada en el Diario Oficial de la Federación en mayo de 2003, misma que entró en vigor en 2004.

Para el cumplimiento de esta Ley, el 2 de febrero del 2004 se firma el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud entre el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Guanajuato, inicialmente se constituye la Unidad de Protección Social en Salud (UEPSS) como una Dirección de Área dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, cuyas funciones principales eran la promoción y afiliación de las familias guanajuatenses no derechohabientes a algún Sistema de Seguridad Social así como la gestión de recursos financieros para la atención a los nuevos afiliados y su tutela de derechos.

Para garantizar estas funciones al interior de 20 Municipios del Estado y con un padrón de 124,199 familias afiliadas; la UEPSS contó con una plantilla de 9 recursos humanos con funciones administrativas, 20 Módulos de Atención y Orientación (MAO) así como la incorporación de 4 Asesores Médicos.

Una vez establecido de manera legal este esquema de aseguramiento, a través de la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Reglamento de la Ley General de Salud

en materia de Protección Social en Salud en abril de 2004, se definen las reglas de operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y establece que su aplicación sea competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud (SESA) que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y demás dependencias o entidades que resulten competentes. Se define a los REPSS como estructuras administrativas dependientes de los Servicios Estatales de Salud encargados de garantizar las acciones de protección social en salud para los afiliados al Seguro Popular, mediante el financiamiento y coordinación eficientes, oportunos y sistemáticos de los servicios de salud.²

En 2005, se incrementa el padrón a 394,031 familias afiliadas, 46 MAO distribuidos en la totalidad de Municipios del Estado y con 19 Médicos Asesores adscritos en el turno matutino en la totalidad de los Hospitales Generales y en 3 Hospitales Comunitarios.

Para 2006 el padrón era de 504 mil 209 familias afiliadas al interior de los 46 municipios del Estado; el número de Asesores Médicos de 25, con cobertura de turnos vespertinos en los hospitales con mayor concentración de pacientes.

Durante el 2007, el padrón de familias afiliadas se incrementa a 568 mil 573, con un total de 54 MAO, conservando el mismo número de Asesores Médicos. En el año 2009, se contaba con una plantilla total de 266 recursos humanos.

² Artículo 77 Bis 3 de la Ley General de salud en Materia de Protección Social en Salud, en relación con el art. 3 del Reglamento de la materia.

En 2011, la plantilla global de la DGREPSS ascendía a 300 recursos humanos, integrada por 55 administrativos y 245 operativos, de los cuales 201 laboraban en MAO como Jefes de MAO y Operadores de Sistemas y 44 recursos contratados como gestores médicos.

En 2012, se implementan las estrategias de enrolamiento asignando 9 profesionales en informática para el soporte de la base de datos SINOS/CONSULTA SEGURA.

A) SINOS/Consulta Segura, como estrategia de corresponsabilidad para el afiliado.

En cumplimiento a los objetivos del Seguro Popular y en correspondencia con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, y la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención por una Mejor Salud, en septiembre de 2010 se implementa en el Estado de Guanajuato el plan piloto del Proyecto “SINOS/CONSULTA SEGURA”. El cual se inserta como un mecanismo alternativo de corresponsabilidad que consiste en la realización de una consulta preventiva, “Consulta Segura” realizada al momento de afiliarse o reafiliarse, y en donde se toma la huella digital del afiliado y se realizan estudios de biometría y tamizaje médico. A través de éste se busca obtener un perfil inicial de riesgo de los beneficiarios del Sistema en Guanajuato, teniendo como objetivo central dar seguimiento personalizado y progresivo a las acciones de salud y corresponsabilidades de los beneficiarios del programa, a través de un sistema de cómputo con autenticación de huella digital que permita tener acceso a información nominal para mejorar y focalizar la atención. Para tal efecto se inicia un primer operativo piloto en los Municipios de Jaral del Progreso y Santiago Maravatío, siendo responsabilidad del REPSS la fase de enrolamiento, detección en salud y captura de la información. Asimismo, se lleva

a cabo en 2011 el segundo operativo que comprendió los Municipios de Victoria, Doctor Mora, Tierra Blanca y Atarjea.

A partir del logro de la cobertura universal, la población sujeta a afiliar se pronosticará a partir de proyecciones de la población sujeta a ser beneficiaria del SPSS. De igual forma, la carga operativa radicará en el proceso de reafiliación.

A través de la publicación del Decreto Gubernativo número 230, en el Periódico Oficial de Gobierno del Estado de Guanajuato de fecha 25 de septiembre de 2012, se expide la reforma al Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, en el cual se reconoce a las Direcciones de Afiliación y Operación; de Gestión de Servicios de Salud; de Administración y Control; y de Planeación, Evaluación y Desarrollo como estructuras formales integrantes de la DGREPSS.

En el mismo año se autoriza el incremento de la estructura a 527 recursos humanos, integrada por 109 recursos humanos administrativos (incluyendo personal que integra el nuevo Departamento de Evaluación al Sistema de Protección Social en Salud) y 418 operativos de los cuales 80 son Gestores de Servicios de Salud (antes Gestores Médicos) incorporándose con este incremento la figura del Gestor de Servicios de Salud Itinerante, los cuales tutelan los derechos de los afiliados que reciben servicios en unidades pertenecientes al primer nivel de atención, a su vez se incrementa a 329 los recursos para la operación de los MAO (9 Coordinadores Regionales, 80 Jefes de Módulo y 240 Operadores de Sistemas), así como 9 recursos para la coordinación del Sistema Nominal de Salud (SINOS) (1 Coordinador Estatal y 8 Coordinadores Regionales).

CAPITULO II

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD EN EL ESTADO DE GUANAJUATO

II.1 Incorporación de la población susceptible de ser afiliada, así como la reincorporación de la que cuenta con una póliza que se encuentra dentro de los criterios de vencimiento.

La afiliación y validación de la vigencia de derechos son los dos procesos cruciales del SPSS. La afiliación tiene como objetivo la identificación y registro de las familias sujetas a incorporación al SPSS. La validación de la vigencia brinda certeza a las familias afiliadas respecto a su derecho de cobertura de los servicios brindados por el SPSS. Ambos procesos alimentan y usan los datos captados en el padrón de afiliados, el cual constituye la fuente más importante de datos del Sistema. (Mora 2005)

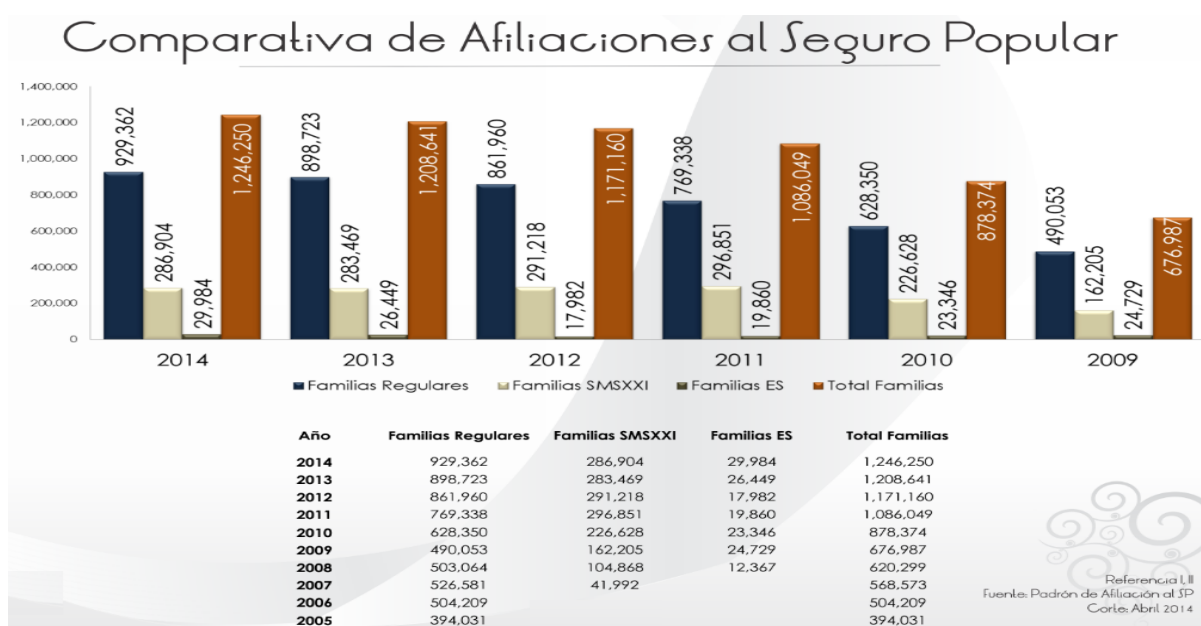
El proceso de afiliación tiene dos características, por un lado, es un proceso que se inicia a petición de las personas de manera voluntaria y por otro lado, es un proceso que se circunscribe a las metas anuales de afiliación que se acuerdan entre la CNPSS y las entidades federativas.

Para alcanzar las metas comprometidas, en el Estado de Guanajuato, se han llevado a cabo estrategias de promoción que incluyen brigadas móviles que se acercan a comunidades apartadas, publicidad en medios masivos de comunicación , así como material impreso que se distribuye en unidades de atención de los servicios estatales de salud.

Otra estrategia que se ha implementado con éxito para la promoción e incorporación de familias, es la de reunir grupos de población en espacios públicos, los cuales corresponden a ciudadanos que son identificados como susceptibles de ser incorporados, permitiendo con ello sumar esfuerzos con otras instituciones que coadyuven en la cumplimentación de la información necesaria para su incorporación, tal es el caso de las oficinas móviles del registro civil, servicios municipales e instituciones de apoyo a personas vulnerables, las cuales aportan esfuerzos valiosos para integrar información al padrón de afiliados.

Ha sido indispensable además, implementar estrategias para simplificar los procesos de afiliación y operación, sensibilizar al personal operativo respecto al buen trato y calidad con que debe atenderse a los usuarios e incluir nuevas herramientas y procesos tecnológicos para hacer más eficientes los procedimientos de afiliación y reafiliación.

Con todas las líneas de acción antes mencionadas, se ha incrementado considerablemente el número de familias derechohabientes al SPSS (Grafica 1), fortaleciendo con ello no solo el padrón de beneficiarios, sino por consiguiente el presupuesto asignado para su funcionamiento y efectividad.



Grafica 1 Fuente: Secretaría de Salud de Guanajuato (2014)

La gráfica muestra el comportamiento de afiliación de familias regulares, familias que cuentan con integrantes que cubren los criterios de Seguro Médico Siglo XXI y familias que cuentan con una integrante que cubre el criterio de Embarazo Saludable.

II.2 Tutelar la aplicación efectiva de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones de los afiliados.

La reforma a la Ley General de Salud, introdujo elementos que han permitido desarrollar un nuevo modelo de gestión de los servicios de salud.³ Lo anterior para identificar la separación entre funciones de financiamiento y la prestación de los servicios médicos.

³ Ver fracciones XII y XVI del apartado A y fracción VII del apartado B contenidas en el artículo 77 Bis 5 de la Ley, así como los artículos 15, 16 y 23 del Reglamento.

Se ha propuesto entonces, para todo el país un modelo de gestión de servicios para mejorar la calidad y oportunidad en la atención médica, aumentando la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios médicos del SPSS.

Con independencia de la adecuación que cada entidad federativa ha realizado para ajustar el modelo de gestión de servicios a las necesidades, estructura y condiciones locales, éste debe contar con los siguientes elementos:

- Criterios de afiliación,
- Servicios Esenciales de Salud,
- Redes de prestadores de servicios de salud,
- Papel de la gestión médica, que comprende el enlace permanente entre el afiliado y los prestadores, a fin de proporcionar la asesoría médico-administrativa. También es la instancia encargada de dar curso a las quejas de los pacientes, y
- Esquemas de contratación y pago de servicios. (Mora 2005)

A partir de la creación del SPSS, y según se fueron formalizando los acuerdos de gestión con cada uno de los Estados, se implementaron mecanismos para tutelar los derechos de los beneficiarios conforme se avanzaba en la cobertura, y fue precisamente ésta la que constituyó una herramienta esencial que conjuntó todos estos esfuerzos alrededor del sistema.

De lo anteriormente expuesto, se desprende entonces, que el proceso de definición del paquete ha sido dinámico. La ley estipula que debe ampliarse progresivamente y

actualizarse cada año con base en los cambios en el perfil epidemiológico, los avances tecnológicos y la disponibilidad de recursos. Esto significa que la cobertura de beneficios se amplía con el tiempo a medida que se cuenta con nuevas tecnologías y mayores recursos, y también conforme se identifican nuevas enfermedades. Los servicios cubiertos se analizan y eligen con base en las evidencias derivadas de estudios de costo-efectividad y también con base en la deliberación ética de criterios de aceptabilidad social. (Frenk J 2007)

El paquete de servicios cubiertos, de conformidad con el artículo 7 del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud, se divide en servicios esenciales y los que pueden llegar a representar un gasto catastrófico para las familias.⁴

El financiamiento de los servicios personales de salud se basa en una lógica de aseguramiento que permite proteger a los pacientes contra la incertidumbre financiera asociada con la enfermedad. El Seguro Popular divide los servicios personales de salud en un paquete esencial de intervenciones de primer y segundo nivel, que se proporcionan en el contexto de la atención ambulatoria y en hospitales generales, y un paquete de intervenciones de alto costo de tercer nivel, financiadas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

⁴ De conformidad con el artículo 7 del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud los servicios cubiertos por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos se encuentran definidos por el artículo 77 bis 29 de la Ley. Y por su parte el artículo 8 del mismo ordenamiento, define que el financiamiento de los servicios esenciales del Sistema se realizaran de conformidad con los artículos 76 al 87 del propio ordenamiento. Diferenciando claramente sus esquemas de financiamiento.

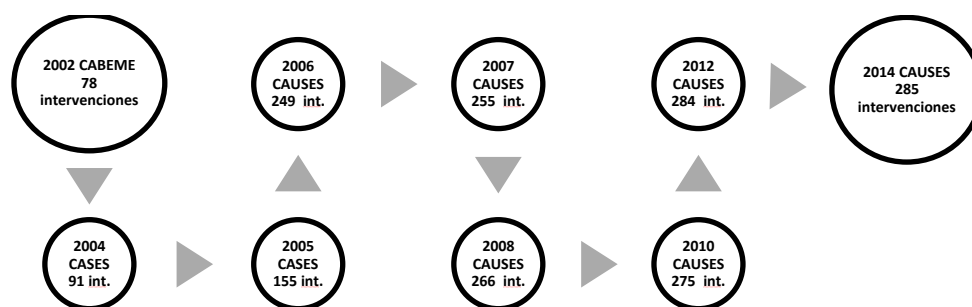
La prestación del paquete esencial de intervenciones se ha descentralizado al nivel estatal, ya que se trata de intervenciones que se asocian con eventos de salud de bajo riesgo y alta probabilidad.

En contraste, las intervenciones de alto costo de tercer nivel requieren de un fondo que mancomune el riesgo al nivel nacional, así como de unidades regionales o nacionales que ofrezcan servicios de alta especialidad financiados por el FPGC. (Frenk J 2007)

Cabe destacar, que los beneficios de la cartera más robusta del sistema, se han visto fortalecidos de conformidad con los criterios descritos, acrecentado en los últimos años su número en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el cual además tiene el beneficio de ser portable, esto significa que a partir de octubre de 2009 el afiliado tiene acceso a recibir atención médica en cualquiera de los 32 estados de la República sin que requiera efectuar pago alguno por los servicios de salud recibidos.

Para regular la atención de pacientes interestatales se dispuso la emisión del convenio marco el cual estableció los mecanismos para la atención integral de los afiliados, fijando criterios para materializar la prestación de servicios de manera gratuita mediante compensaciones interestatales, arropadas por convenios específicos.

La evolución de la Cartera Universal de Servicios Esenciales de Salud, a partir de la implementación del sistema se ha comportado tal como se muestra a continuación:



Fuente: Elaboración propia con base en el anexo I del Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y el Estado de Guanajuato para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud del año correspondiente.

La carta de derechos y obligaciones de los afiliados, misma que se entrega conjuntamente con la póliza de afiliación, comprende explícitamente de manera anexa el CAUSES y las intervenciones cubiertas por el FPGC, así como los servicios y medicamentos a los que tendrán derecho por su incorporación al sistema.

Por otra parte, el Seguro Médico Siglo XXI tiene una cobertura ampliada, y va enfocada especialmente a los afiliados de menos de 5 años, con la finalidad de tener un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida que permitan tener diagnósticos tempranos y atención médica especializada en 146 intervenciones, además de las extraordinarias que pudieran llegarse a presentar.

Actualmente las Carteras de servicios ofertadas a los afiliados, incluyendo CAUSES, FPGC y las intervenciones extraordinarias para menores de 5 años, son las siguientes:



Fuente: Elaboración propia con base en el anexo I del Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y el Estado de Guanajuato para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud.

Uno de los objetivos que busca el SPSS en el Estado de Guanajuato, es el de fortalecer la tutela de derechos de los afiliados, mediante la implementación de acciones y/o estrategias que permitan incidir en la mejora de la calidad y la satisfacción del derechohabiente al recibir éstos servicios de salud.

Sin embargo, como ya se mencionó, no existieron instrumentos precisos y claros para tutelar los derechos consagrados tanto en la LGS como en el Reglamento de la materia, siendo en el apartado de la gestión médica que en el Estado de Guanajuato, se posiciona una figura como el garante de la tutela de los derechos de los beneficiarios y vigilante del cumplimiento de sus obligaciones, promoviendo que los servicios de salud proporcionados a la población sean de calidad y buen trato.

A) El Gestor de Servicios de Salud

Con el tiempo la figura del Gestor Médico, ahora Gestor de Servicios de Salud, se ubica como un elemento necesario que desarrolla funciones con un doble enfoque, pues por un

lado sus esfuerzos están encaminados a tutelar los derechos de los beneficiarios que acuden a atender sus necesidades de salud y a su vez, verifica que la prestación de los servicios médicos cumplan con los criterios de calidad, equidad y oportunidad.

Se integra entonces el concepto, entendiéndose éste como “el Servidor Público responsable de coadyuvar a que la prestación de servicios de salud para la población beneficiaria se lleve a cabo de forma INTEGRAL a través de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. TUTELA LOS DERECHOS de los beneficiarios mediante un proceso de gestión permanente y asesoría con base en la relación de servicios contemplados por el SPSS y la normativa establecida.”

Sus funciones y capacidades, favorecen entonces una mejor gestión administrativa para el afiliado, así como una sana interacción con el prestador de servicios de salud, pues éste capta de primera mano las necesidades de los usuarios, acercando posibles soluciones a las áreas de oportunidad que se presenten, vigilando que se otorgue un servicio de manera integral, efectivo, accesible geográficamente, seguro, equitativo, no discriminatorio, respetuoso, eficiente, oportuno, de buen trato, continuo y sin desembolso económico al momento de utilización, involucrándolo en los procesos de:

- a) Atención al Beneficiario
- b) Conocimiento de Unidades Médicas.
- c) Difusión del Sistema de protección Social en Salud.
- d) Atención y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones.
- e) Portabilidad
- f) Red de Prestadores de Servicios de Salud.

- g) Revisión de Expedientes CAUSES, SMSXXI, FPGC
- h) Surtimiento de insumos y medicamentos.
- i) Evaluación de Satisfacción del Usuario.
- j) Registro de actividades.

De las funciones enunciadas, se pueden precisar las siguientes:

a) Atención al Beneficiario

- Funge como enlace permanente entre el establecimiento de atención médica y el beneficiario.
- Orienta y asesora al beneficiario durante su estancia en las unidades médicas desde que llega hasta su salida, así garantiza la atención efectiva, oportuna, de calidad, calidez, sin desembolso al momento de la utilización y sin discriminación.
- Vigila que la atención médica a beneficiarios sea equitativa en todos los servicios proporcionados, principalmente hacia la población de habla indígena y residentes de áreas marginadas.
- Mantiene una coordinación estrecha con el área responsable del proceso de referencia.
- Coadyuva a disminuir cobros mediante la asesoría y capacitación al prestador y al afiliado sobre la gratuidad de los servicios específicos que estén dentro de la cobertura de las carteras de servicios.
- Ofrece alternativas resolutivas entre el beneficiario y prestador del servicio para evitar y/o solucionar conflictos.
- Orienta acerca de las acciones de promoción y prevención que la unidad de salud oferta para la atención médica, indicando la ubicación de los servicios e invitando al beneficiario a acudir a ellos para su atención integral.

b) Conocimiento de Unidades Médicas.

- Conoce la oferta (patología que atiende, el recurso humano y físico disponible para otorgar la atención) de servicios de los establecimientos de atención médica a su cargo para fortalecer el desempeño de sus funciones y coadyuvar en el proceso de la conformación de la red de servicios.
- Conoce los prestadores de servicios que están integrados a la red a través de los Acuerdos de Gestión y Convenios de Colaboración.
- Conoce el proceso de acreditación de unidades de los prestadores de servicios para tener el panorama general de los componentes de la

garantía de seguridad, capacidad y calidad.

- Cuenta con el listado actualizado de Unidades Médicas especificando para qué patología está acreditada y su vigencia, a fin de coadyuvar en el proceso de referencia y contra referencia de beneficiarios.
- Conoce los prestadores de servicios con los cuales se tienen formalizados Acuerdos de Gestión y/o convenios de Colaboración del FPGC y SMSXI, para la atención integral de beneficiario y coadyuvar en el proceso de referencia y contra-referencia.
- Vigila los servicios ofertados en las unidades médicas asignadas y detecta los servicios faltantes para informar a las áreas correspondientes, a fin lograr una adecuada elección de instituciones públicas y privadas para convenios y acuerdos.
- Informa a los Directores de las regiones sanitarias o establecimientos de salud, las irregularidades que afectan la prestación de servicios, a fin de que se resuelva y se cumpla con el acuerdo de gestión correspondiente.
- Informa al área de Gestión del REPSS las acciones realizadas en el apartado anterior.

c) Difusión del Sistema de protección Social en Salud.

- Difunde al beneficiario y personal de salud los conceptos básicos del Sistema de Protección Social en Salud a través de pláticas y/o material informativo del Sistema de Protección Social en Salud.
- Promueve los derechos y obligaciones que norma el Sistema entre prestadores y beneficiarios.
- Impulsa las actividades de prevención y promoción que se otorgan dentro de la unidad médica de su adscripción, considerando la diversidad cultural.
- Informa al beneficiario de los servicios de la red (Primer, segundo y tercer nivel).
- Imparte pláticas a los beneficiarios y talleres de capacitación al personal de salud, sobre los conceptos básicos del SPSS, las características de cobertura por cartera de servicio y la Carta de Derechos y Obligaciones.
- Informa a los prestadores de servicios de salud y área de trabajo social las actualizaciones de la red de prestadores de servicios de salud.
- Promueve el uso de la póliza de afiliación para facilitar su identificación y vigencia.
- Informa a los beneficiarios de los mecanismos de atención en caso de referencia, contra referencia y cuando se requieran servicios de consulta externa y urgencias.

d) Atención y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones.

- Coadyuva en la atención de las quejas, sugerencias y felicitaciones, dar seguimiento y registrar el caso.
- Promueve, verifica y reporta que la unidad dónde está adscrito instale y mantenga en buenas condiciones los buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones.
- Explica al beneficiario el procedimiento a seguir en la presentación de quejas, sugerencias y felicitaciones; da a conocer el formato.
- Brinda orientación y asesoría oportuna para evitar inconformidades y quejas relacionadas a la prestación de los servicios de salud.
- Participa como observador en la apertura del buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones del establecimiento de atención médica de su adscripción.
- Informa al área de Gestión de Servicios de Salud del REPSS, las quejas que requieren atención inmediata, da seguimiento y atención a las mismas.

e) Portabilidad

- Identifica a usuarios interestatales, para su tutela eficiente de los derechos.
- Promueve y difunde los beneficios de la portabilidad para el afiliado local e interestatal.
- Coadyuva a que la prestación de servicios médicos a los beneficiarios se brinde de forma integral y efectiva en las unidades médicas que conforman la Red de Prestadores de Servicios, sin importar su lugar de origen y afiliación, condición social, política y económica.
- Conoce la regionalización operativa de la Red de Prestadores del Sistema y de la Prestación de Servicios de Salud vigente para realizar las gestiones correspondientes:
- Conoce el Convenio 32 x 32
- Informa a los beneficiarios la importancia de portar su póliza de afiliación, credencial oficial de identificación cuando requieran atención médica en una identidad a la de su residencia.
- Informa al beneficiario interestatal las acciones a realizar respecto a la atención médica recibida en otra entidad federativa, cuando éste regrese a la suya.
- Informa a las diferentes áreas del establecimiento de atención médica del mecanismo de portabilidad, principalmente cuando se requiera la referencia a centros de alta especialidad.

- Da seguimiento a la atención de casos interestatales.

f) Red de Prestadores de Servicios de Salud.

- Conoce la Red de Prestadores de Servicios del SPSS en su entidad.
- Conoce la ubicación física de cada uno de los establecimientos de atención médica que la conforman, ya sea en el 1er, 2do y 3er nivel de atención.
- Conoce las especialidades médicas que tiene cada una de las unidades para optimizar la referencia y contra referencia de beneficiarios.
- Cuenta con el Directorio de Prestadores de Servicios de la Red actualizado.
- Apoya la continuidad de la atención a través del sistema de referencia y contra referencia.
- Se coordina con la red de gestores para el adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contra referencias.
- Informa al beneficiario del mecanismo de referencia implementado en el establecimiento de atención médica.
- Orienta al beneficiario sobre los trámites necesarios para realizar exitosamente el proceso de referencia y contra referencia.
- Explica al beneficiario el mecanismo a seguir y la importancia de acudir a su Centro de Salud al egreso, para dar cumplimiento al procedimiento de contra referencia.

g) Revisión de Expedientes CAUSES, SMSXXI, FPGC

- Revisa de manera aleatoria los expedientes administrativos de los casos que fueron reportados en las plataformas electrónicas de FPGC, SMSXXI, CAUSES PORTABLE con el objeto de verificar que la atención y seguimiento de los pacientes fueron cubiertos a través de dichos financiamientos.
- Informa los hallazgos relevantes de los expedientes al director de la unidad prestadora de servicios y al Área de Gestión de Servicios de Salud el REPSS.
- Da seguimiento a las solicitudes de revisión de expedientes clínico de casos específicos, requeridos por el Área de Gestión de Servicios de Salud el REPSS; reporta hallazgos.
- Mantiene comunicación y coordinación estrecha con los médicos tratantes adscritos a la unidad prestadora de servicios responsables de ingresar a las plataformas electrónicas los casos del FPGC y SMSXXI;

les brinda su asesoría para verificar que los datos contenidos en el expediente y los datos reportados o capturados en el sistema coincidan.

h) Surtimiento de insumos y medicamentos.

- Coadyuva a que los insumos médicos prescritos se surtan completos y de acuerdo al cuadro básico de medicamentos del CAUSES vigente, de forma que existan en las farmacias y puntos de entrega establecidos.
- En caso de desabasto, realiza la solicitud formal a los prestadores de la red de servicios del SPSS en la entidad para que surtan el insumo solicitado, reporta la situación al Área de Gestión de Servicios de Salud el REPSS.
- Conoce las claves de medicamentos de cobertura del SPSS
- Conoce de manera general el procedimiento establecido por el estado para la adquisición y abasto de medicamentos del SPSS.
- Verifica con el responsable de farmacia el listado de medicamentos con las claves autorizadas para el SPSS en desabasto.
- Informa al beneficiario de los insumos médicos que no están cubiertos por el SPSS.
- Realiza la gestión ante el establecimiento de atención médica cuando una receta no sea surtida al 100% por la unidad y este contemplada por el SPSS; informa al Área de Gestión de Servicios de Salud el REPSS.
- Informa y gestiona con el director de la unidad los insumos y medicamentos faltantes que deberían ser cubiertos por el SPSS, e informa sobre el desabasto al Área de Gestión de Servicios de Salud el REPSS.

i) Evaluación de Satisfacción del Usuario.

- Participa en la realización de la encuesta de Satisfacción del Usuario del SPSS que establece el Régimen Estatal de Protección Social en Salud con base en lo establecido en los lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario.
- Recibe del Área de Gestión de Servicios de Salud la Cedula de Satisfacción del Usuario del Sistema.
- Implementa la estrategia y aplica la Encuesta e áreas de consulta externa, urgencias y servicios de hospitalización, así como los de laboratorio gabinete y farmacia.
- Concentra las cédulas de satisfacción al usuario del sistema contestadas y las envía desabasto al Área de Gestión de Servicios de Salud el REPSS.

- Recibe del Área de Gestión de Servicios de Salud los resultados de la encuesta y las acciones que se informan y realizaron en el área o establecimiento de atención médica que le corresponde.
- Conoce las estrategias y los acuerdos establecidos por el Área de Gestión de Servicios de Salud el REPSS y el establecimiento de atención médica correspondiente, en lo referente a las mejoras realizadas.
- Da seguimiento a los acuerdos a fin de detectar la mejora continua en la atención.

j) Registro de actividades.

- Le información generada de las diversas actividades desempeñadas por el Gestor de Servicios de Salud, son el conjunto de elementos que nos brindan la oportunidad de registrar, analizar y evaluar las acciones enfocadas a la tutela de derechos de los beneficiarios; para facilitar esta tarea el Gestor de Servicios de Salud, deberá registrar de forma diaria todas las acciones que lleve a cabo dentro de la unidad de salud.
- Entrega al Área de Gestión de Servicios de Salud, el concentrado mensual de la información generada.

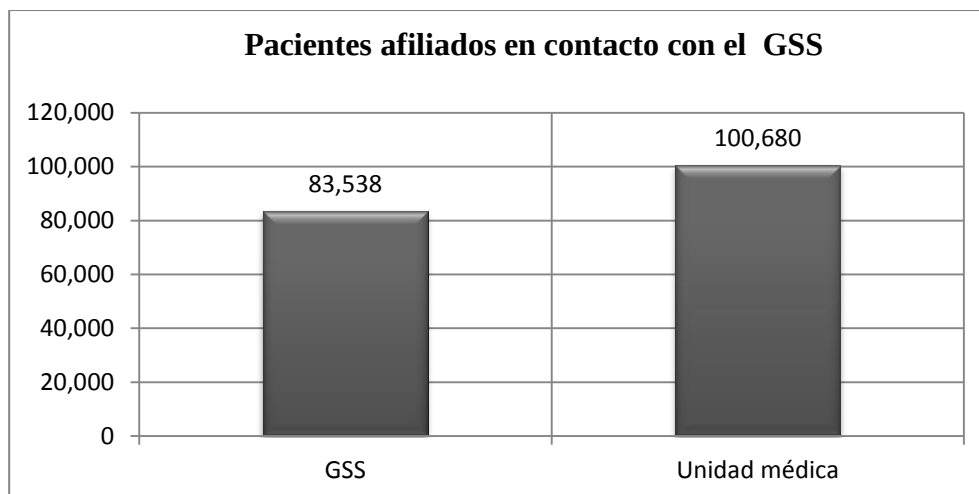
Factores de éxito en la función del gestor de servicios de salud:

- Programación y registro diario de actividades
- Visita sistémica a todas las áreas ubicadas en la unidad médica con las cuales está involucrada su función, dependiendo del nivel de atención: Oficina del director o subdirector médico, área de recepción de pacientes, club de diabéticos, de hipertensos, de obesidad, de adolescentes, de trabajo social, caja, archivo clínico, consulta externa, urgencias, laboratorio, rayos X, cuneros, piso de recuperación, unidad de cuidados intensivos, farmacia, entre otros.
- Desarrollo y fortalecimiento constante de los canales de comunicación con los actores clave del proceso: Directivos y médicos tratantes de la unidad médica asignada, afiliados, personal de área de trabajo social, personal del Área de Gestión de Servicios de Salud.

- Conocimiento puntual del funcionamiento de cada una de las áreas médicas de la unidad de salud.
- Ser ubicado de manera inmediata por el beneficiario y el personal de salud.
- Brindar un servicio de CALIDAD al beneficiario: amabilidad, cortesía, equidad, respeto a la diversidad intercultural.
- Adopción de valores, actitudes y hábitos para afrontar los retos que se presentan en el cumplimiento de su misión, alineamiento u comportamiento al CÓDIGO DE ÉTICA del Gestor de Servicios de Salud, cuyo objetivo es cumplir con el comportamiento enfocado a la calidad de los servicios de salud para favorecer la satisfacción de los beneficiarios y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles.
- Dominio y aplicación de los DERECHOS Y OBLIGACIONES del afiliado del SPSS.

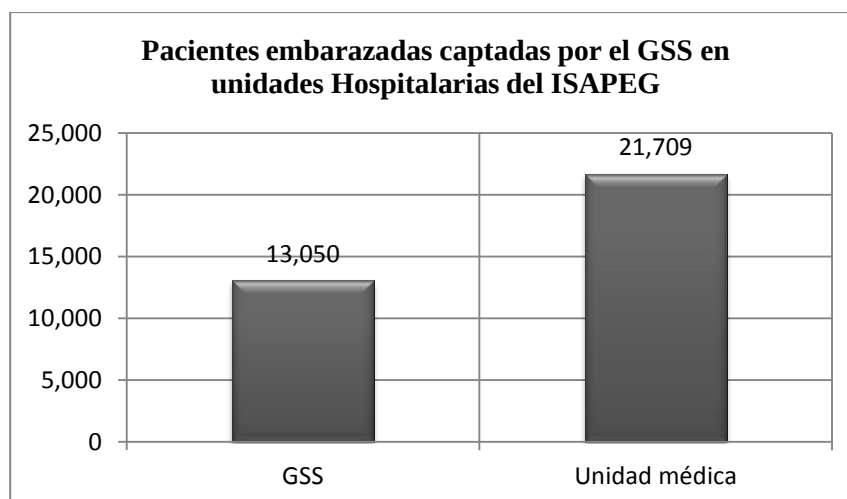
En el Estado de Guanajuato, se han realizado acciones que impactan en avances importantes con la función de los gestores de servicios de salud. Al respecto se presentan los siguientes datos estadísticos tomados directamente del concentrado anual 2013 integrado por los informes mensuales presentados:

En el último año 2013, del total de pacientes reportados como egreso hospitalario los Gestores de Servicios de Salud (GSS) estuvieron en contacto con el 83 % de ellos. Esto se traduce de la siguiente manera:



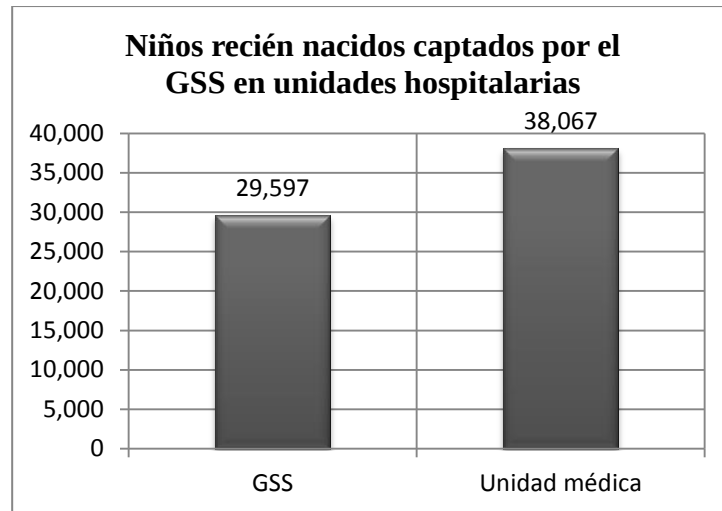
Fuente: Informes mensuales de GSS
 Cubos de información Secretaría de Salud (egresos hospitalarios)

Del total de mujeres embarazadas reportadas por las unidades médicas el 60 % de ellas tuvieron contacto con el GSS al momento de su atención:



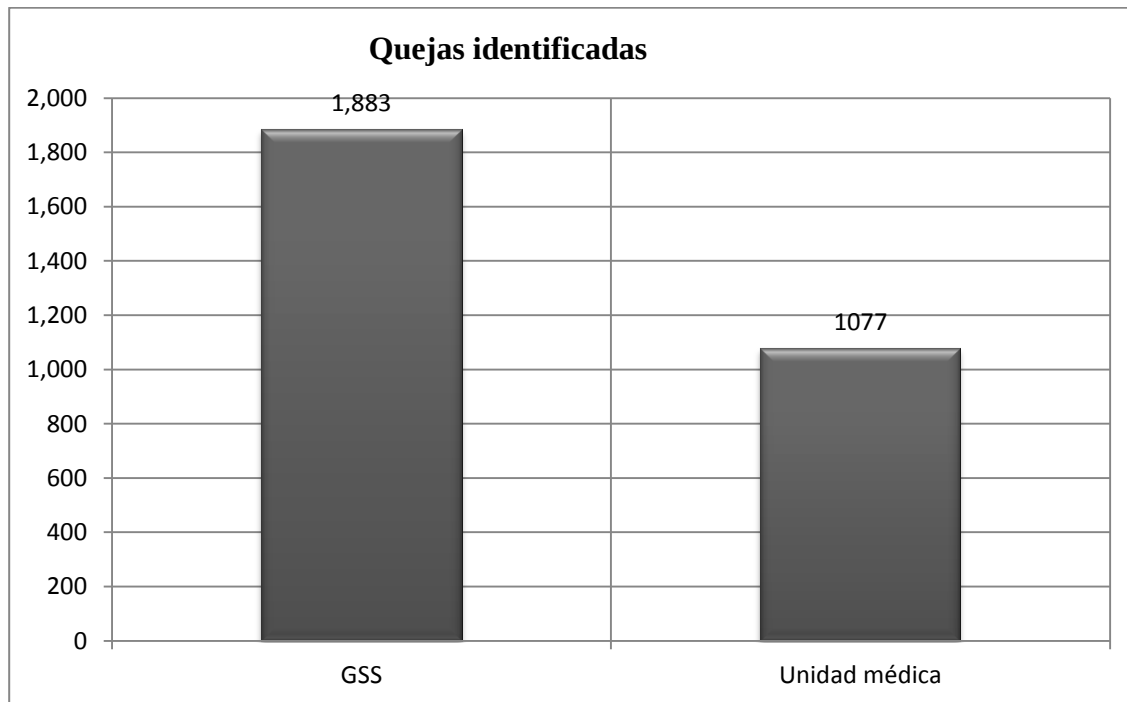
Fuente: Informes mensuales de GSS
 Cubos de información Secretaría de Salud (egresos hospitalarios)

Del total de recién nacidos reportados por las unidades médicas 78% fueron captados por el GSS para el trámite de afiliación:



Fuente: Informes mensuales de GSS
Cubos de información Secretaría de Salud (egresos hospitalarios)

Durante el periodo reportado los GSS identificaron 74% más de planteamientos ciudadanos en comparación con los registrados por la unidad en la plataforma de Quejas:



Fuente: Informes mensuales de GSS
Cubos de información Secretaría de Salud (egresos hospitalarios)

II.3 Asesorar y orientar a la población afiliada y susceptible de ser incorporada, respecto a las carteras y formas de acceso a los servicios con que cuenta.

En apego a lo establecido por el artículo 54 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Los Regímenes Estatales divulgarán entre los afiliados sus derechos y obligaciones. Para facilitar la aplicación efectiva de los derechos, los Regímenes Estatales impulsaran la creación de unidades de atención al beneficiario encargadas de la tutela de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

Los Módulos de Afiliación y Orientación fungen como vía de entrada a la incorporación de personas de acuerdo al procedimiento de incorporación siguiente:

- 1.- Se establece la meta de afiliación de conformidad con el Anexo II del Acuerdo de Coordinación para el Establecimiento del Sistema de protección Social en Salud.
- 2.- Se realiza una promoción de las carteras de servicios que oferta el sistema
- 3.- Se brinda información necesaria para que la población pueda tener acceso a la afiliación
- 4.- La población que cubra los criterios de afiliación acude al MAO, con la documentación correspondiente.
- 5.- Se aplica la Cédula de características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), con la finalidad de asignar un decil, el cual puede arrojar un régimen contributivo o no contributivo.
- 6.- Se realiza toma de huellas y se expide póliza correspondiente.
- 7.- Se entrega carta de derechos y obligaciones.
- 8.- En la póliza se le asigna la unidad de atención de primer contacto de acuerdo al Modelo de Regionalización. (ERO) Para que acuda a realizar su consulta segura.
- 9.- Cada 3 años debe acudir a reafiliación de conformidad con el procedimiento vigente.

No obstante, la carga de trabajo y la dinámica del proceso de afiliación, no les permiten realizar una asesoría respecto a los alcances de las carteras y de los derechos y obligaciones que los ciudadanos adquieren al incorporarse al Seguro Popular.

Por su parte los Gestores de Servicios de Salud, si bien, son garantes de la atención al interior de las Unidades Médicas, pocas veces pueden incidir en población abierta antes de su afiliación. No es sino hasta que el derechohabiente hace uso de los servicios consignados en su póliza, que el Gestor puede guiar en el proceso de atención al paciente.

Lo anterior ha provocado conflictos entre el prestador de servicios de salud y el usuario, debido al desconocimiento de las formas de acceso a los servicios.

CAPITULO III

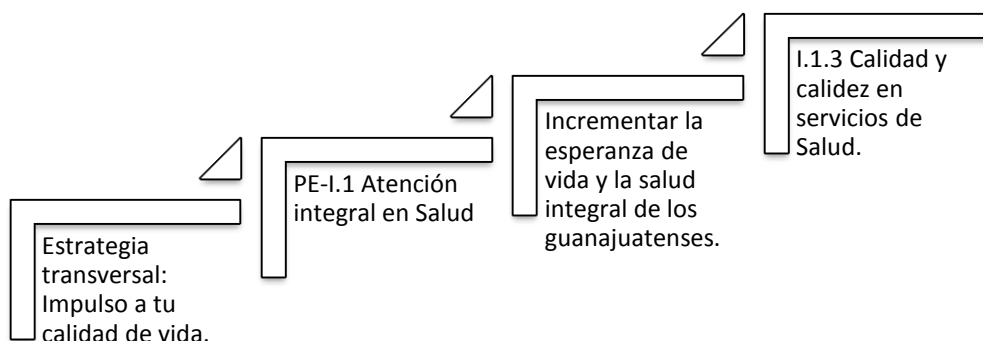
PROPUESTA PARA INTEGRAR ENLACES DE ATENCIÓN CIUDADANA A LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL AFILIADO DEL SEGURO POPULAR EN EL ESTADO DE GUANAJUATO

Tanto el Plan Nacional de Desarrollo como el Programa Estatal de Gobierno, han subrayado como parte fundamental de sus objetivos y estrategias, garantizar la salud a toda la población del país, con acciones precisas permitiendo que la gente perteneciente a la totalidad de los ámbitos sociales, reciba servicios de salud de calidad y al alcance de sus posibilidades, cubriendo así el precepto constitucional de acceso a la salud como una de las principales necesidades básicas de cualquier ser humano.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos clave en materia de salud:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

En el Estado de Guanajuato, el Programa Estatal de Gobierno 2012-2018, se aterriza las líneas de acción del Programa Federal, de la siguiente manera:



Fuente: Programa Estatal de Gobierno 2012-2018

En Guanajuato el incremento de la población, así como la demanda en Servicios de Salud, ha hecho que el Gobierno del Estado a través de la Secretaría de Salud, se preocupe por mejorar la infraestructura de los hospitales ya existentes, modernizándolos y equipándolos con la última tecnología para la prevención, detección y tratamiento de diversas enfermedades.

Un reto importante ha sido establecer los mecanismos que garanticen que los afiliados reciban con oportunidad, calidad y efectividad todos los servicios que se contemplan en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Para ello se han intentado llevar a cabo estrategias al interior de las unidades médicas, a través de los distintos programas de calidad, así como por el financiador a través del impacto en la labor del gestor de servicios de salud como agente de cambio.

El Artículo 54 del Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Protección Social en Salud señala que *“Los Regímenes Estatales divulgarán entre los afiliados al Sistema sus derechos y obligaciones. Para facilitar la aplicación efectiva de los derechos, los Regímenes Estatales impulsarán la creación de unidades de atención al beneficiario encargadas de la tutela de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.”*

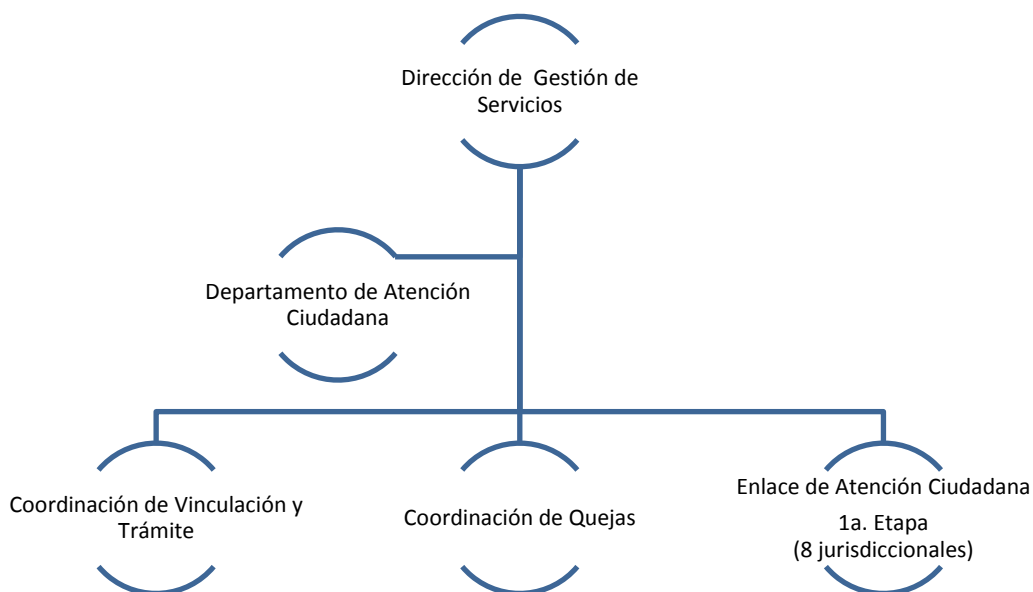
Sin embargo, es imprescindible buscar sistemas de promoción, capacitación e información que vinculen de igual manera a la población beneficiada con la red de servicios de salud.

Por lo anterior, se pensó en la integración de los Enlaces de Atención Ciudadana como eje fundamental de la Unidad de Atención al Afiliado al Seguro Popular, fungiendo como el responsable de atender de manera directa las dudas de la ciudadanía respecto a trámites y servicios que ofertan las carteras, dar difusión a los derechos y obligaciones, así como de recibir y canalizar peticiones, dar trámite y seguimiento a quejas, sugerencias y felicitaciones presentadas por los afiliados, además de orientar y apoyar a la ciudadanía y afiliados en general para facilitar su acceso a los servicios de salud.

Administrativamente en la estructura de la Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, los enlaces de atención ciudadana deberán formar parte del equipo de trabajo de la Dirección de Gestión de Servicios dentro del Departamento de Atención Ciudadana.

La propuesta inicial será contar con 8 Enlaces adscritos en los Módulos de Afiliación y Operación ubicados en las cabeceras municipales de cada Jurisdicción Sanitaria. Sin

embargo, y de acuerdo a las necesidades de la población podrán multiplicarse de forma tal, que se llegue a contar con dos o más enlaces por Jurisdicción Sanitaria.



A. Perfil

- Licenciatura de Trabajo Social (preferentemente)
- Sexo y edad indistinto
- Disponibilidad de viajar
- Capacidad para valorar las necesidades y circunstancias de las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades y trabajar de manera conjunta para ofertar respuestas o información.
- Intervenir en las situaciones de vulnerabilidad del ciudadano y capacidad de vincularlo para su resolución.
- Contribuir con la ciudadanía mediante el empoderamiento para el buen uso de sus derechos y apego a corresponsabilidades.
- Proactividad para la resolución de casos.
- Demostrar competencia profesional en el ejercicio del trabajo social.
- Contar con la habilidad de mediación y prevención de inconformidades.

- Facilidad de palabra y de orientación.
- Profesionalismo en su ámbito de trabajo.

Habilidades

- ✓ Liderazgo
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Atención al cliente
- ✓ Comunicación asertiva
- ✓ Toma de decisiones correcta y oportuna
- ✓ Intervención de casos
- ✓ Planeación estratégica

B. Imagen Institucional

Para ser una figura institucional representante del SPSS, siempre deberá presentar una imagen personal pulcra y conducirse de manera adecuada, por lo que deberá:

- Portar credencial institucional de identificación.
- Uso del uniforme otorgado con los logotipos oficiales.
- El uso de tenis y gorra podrá permitirse únicamente cuando realice actividades de campo.
- La vestimenta es formal y los accesorios deben estar acordes con el uniforme.
- El uniforme constituye un distintivo institucional, por lo que su uso es diario y debe de portarse durante el ejercicio de sus funciones, no se debe de portar en sitios ajenos a las instalaciones institucionales, que puedan poner en riesgo la imagen proyectada al exterior.

C. Funciones

Difusión y Promoción

- 1) Participar en comisiones, reuniones, jornadas de capacitación y actividades directamente vinculadas con el SPSS para difundir los derechos y obligaciones de los afiliados.
- 2) Colaborar en el desarrollo y difusión de campañas institucionales de promoción para los derechos y obligaciones de afiliados al SPSS.
- 3) Orientar a la población sobre el acceso a los servicios médicos ofertados.
- 4) Ofrecer información a la ciudadanía interesada en los trámites para ser incorporada al sistema

Vinculación

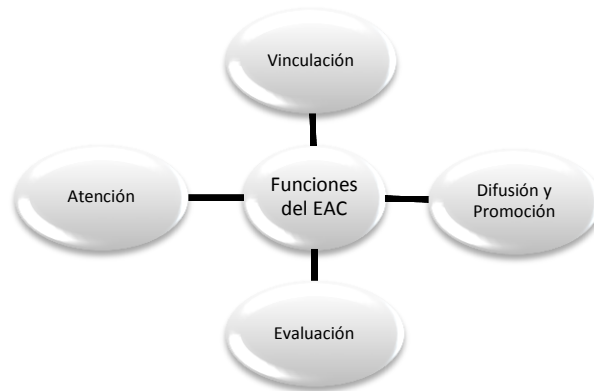
- 1) Tramitar solicitudes de apoyo en favor de la población beneficiaria y su seguimiento.
- 2) Facilitar la iniciación y trámites en cuanto a la incorporación al sistema o la entrega de servicios a la población.
- 3) Canalizar a los beneficiarios con los Gestores de Servicios de Salud para la asesoría y tutela de derechos
- 4) Canalizar planteamientos que se encuentran fuera de la cobertura del SPSS

Atención

- 1) Dar seguimiento a planteamientos presentados por beneficiarios de conformidad con los procedimientos aplicables.
- 2) Atender, Vincular y Promover la cultura de la queja.
- 3) Seguimiento del Sistema Electrónico de Sugerencias, Quejas y Felicitaciones del ISAPEG.
- 4) Visitas domiciliarias para el seguimiento de casos.

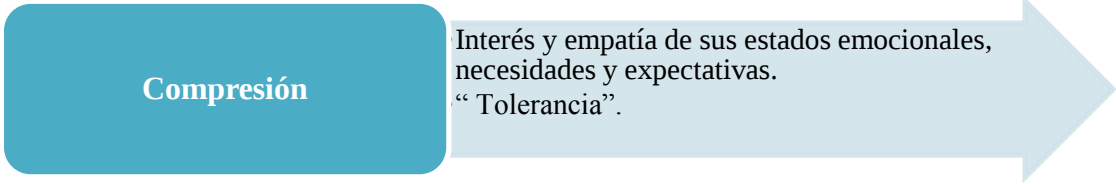
Evaluación

- 1) Levantamiento de encuestas de percepción al usuario.



D. Factores de éxito





Compresión

Interés y empatía de sus estados emocionales, necesidades y expectativas.
“Tolerancia”.

Es de señalar que la unidad de atención al beneficiario contemplada en el Reglamento, deberá trabajar de manera coordinada, realizando un enfoque en el afiliado, a fin de no perder de vista que es la razón de ser del sistema de protección social en salud.

CONCLUSIONES

Con las reformas adoptadas por el Sistema de Salud, los gobiernos Estatales asumen que la garantía constitucional es tarea de todos. Por un lado se encuentra la parte del financiamiento, el cual con el Sistema de Protección Social en Salud, se encuentra garantizado para toda la población que cuente con los criterios para ser incorporada, lo que constituye un mecanismo de auténtica igualdad de acceso a la protección de su salud y por otro lado la necesidad de educar a los afiliados para el ejercicio sus derechos y cumplimiento de sus corresponsabilidades.

Por otro lado, en lo que respecta a la tutela de derechos de los beneficiarios, el modelo propuesto intenta complementar el acompañamiento de los afiliados en su tránsito por el sistema de salud, tanto desde que se incorpora hasta que hace uso del mismo.

Se considera indispensable la educación de la población, para que sepa exigir sus derechos y cumplir sus corresponsabilidades. Para ello los esfuerzos conjuntos de Módulos de

Afiliación y Orientación, Gestores de Servicios de Salud, Enlaces de Atención Ciudadana y Personal de las Unidades Médicas, deben ser coordinados y bien definidos, de tal manera que su labor sea facilitadora, con calidad y calidez para los afiliados.

Se requiere además, de la participación activa de los beneficiarios en las estrategias de mejora de los servicios a los cuales tiene acceso, ya sea a través de la expresión de sus inquietudes o planteamientos realizados de manera directa a través de los diferentes medios, como de manera activa en grupos organizados que pueden fungir como avales u observatorio de ciudadanos.

Al respecto, cabe señalar que se ha fomentado la participación social con la estrategia del Aval Ciudadano al interior de las unidades y como un esfuerzo de los responsables del programa de calidad, siendo de tipo voluntario y colaboracionista. Estas acciones sin duda buscan mejorar la calidad de la atención a la salud. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que la inexperiencia y poco compromiso de los participantes, no permiten avanzar en el desarrollo y fin de la actividad.

Finalmente las estrategias de participación de los afiliados han contemplado además, la creación de mecanismos de seguimiento y verificación de la tutela de los derechos de los usuarios del sistema, a través de encuestas de salida en los distintos procesos de atención, así como la participación interinstitucional con organismos reguladores del actuar médico y de transparencia de la función pública.

GLOSARIO DE TERMINOS

Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS): Estructuras administrativas, dependientes de los Servicios Esenciales de Salud encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el SPSS, las cuales deberán realizar su actividad de manera independiente de la provisión de servicios de salud.

CIE-10: Clasificación Internacional de enfermedades, que permiten el análisis en la interpretación de la atención en salud.

CIE-9 MC: Claves de procedimientos contenidos en las intervenciones que los **requieren** o que **son** procedimientos.

Gestores de Calidad (GC): Responsables de calidad en atención primaria y hospitales, que lidera los esfuerzos a favor de la calidad.

Gestores de Servicios de Salud (GSS): Servidores Públicos encargados de la Tutela de los Derechos de los afiliados, así como de fungir como enlace permanente entre el beneficiario y los prestadores de servicios de salud, a efecto de brindarles asesoría para fortalecer la operación del

ISAPEG: Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

Jurisdicción Sanitaria (JS): Unidad técnico-administrativa desconcentrada por región, que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia. En el Estado de Guanajuato se cuenta con 8 Jurisdicciones Sanitarias.

Módulos de Afiliación y Orientación MAO'S: Espacios físicos fijos y móviles con personal capacitado establecidos por los REPSS para afiliar a las familias y proporcionarles la información que soliciten sobre trámites y servicios del SPSS.

Población Afiliada: Grupo de personas que recibe los beneficios que se incluyen en algún programa público.

Seguro Popular (SP): Esquema de aseguramiento perteneciente al SPSS de carácter público y voluntario, que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que por su

condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

Sistema de Protección Social en Salud (SPSS): Acciones que en materia de protección social en salud provean los REPSS

Tutela de Derechos: Mecanismo de vigilancia que tiene por objetivo salvaguardar, defender y proteger los derechos a la salud de los afiliados al

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Agenda Estadística Estatal (2010, 2011, 2012, 2013 y 2014) consultada en la página <http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/>

Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados, consultada en la página http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/carta_derechos_2014.pdf

Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre Entidades Federativas por la prestación de servicios de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaria de Salud. Consultada en la página http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5030998&fecha=04/03/2008

Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. «Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México.» *Salud Publica Mex*, 2007: 49 suppl 1:S23-S36.

FRENK MORA, Julio et. al. (2007), «Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México», *Salud Pública en México*, Vol. 49, No. 49.

FRENK MORA, Julio, «La salud de la población. Hacia una nueva salud pública», Fondo de Cultura Económica, México 1993.

Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O. «Protección financiera en salud»: México, 1992 a 2004. *Salud Publica Mex* 2005;47:430-439

Ley General de Salud, consultada en la página <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>

Manual de Afiliación y Operación, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Consultado en la página <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/Reglas/manual-de-afiliacion-y-operacion-version-definitiva.pdf>

Manual del Gestor de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social en Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Consultado en la página http://seguropopular.guanajuato.gob.mx/archivos/guia_rapida_gestor.pdf

Mora, Julio Frenk. «Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias.» *Salud Publica Mex*, 2007: 49 suppl 1:S14-S22.

Mora, Julio Frenk. «Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos». Primera Edición. México, D.F.: Secretaria de Salud, 2005.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Consultado en la página http://www.shcp.gob.mx/lashcp/marcojuridico/marcojuridicoglobal/reglamentos/61_reg_lgsmpss.pdf

Reglamento De La Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004. Última reforma publicada DOF 13/11/08

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de abril de 2004. Última reforma publicada DOF 8/06/11

Tamez Gonzalez, Silvia y Catalina Eibenschutz, «El Seguro Popular de salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud», revista de Salud Pública, vol. 10, Supl.1, (Diciembre, 2008)