



**“Evaluación Externa del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del
Sistema de Protección Social en Salud 2013”**

SÍNTESIS EJECUTIVA:

Rafael Lozano Ascencio

Belkis Aracena Genao

Emanuel Orozco Núñez

Francisco Franco Marina

Cynthia Villarreal Garza

Nicéforo Garnelo Bibiano



SÍNTESIS EJECUTIVA

Introducción

Una de las innovaciones en la instauración del SPSS fue la creación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), mecanismo financiero creado con el propósito de garantizar el acceso, de la población sin seguridad social, a la atención de problemas de salud de alta complejidad y cuya resolución representa importantes erogaciones de recursos. Además, este fondo permite proteger financieramente a los proveedores de atención ante la oferta de servicios que podrían constituir, desde el punto de vista institucional, un riesgo financiero.

En otras palabras, el FPGC se diseñó para apoyar tanto la estrategia de universalización de la cobertura vertical de enfermedades, que permite el acceso de la población no asegurada a los tratamientos cubiertos por ese fondo, como la cobertura horizontal poblacional, que se refiere al aumento en la cobertura a partir de la incorporación de grupos poblacionales mediante la afiliación al SPSS. Esta estrategia permitió ampliar la cobertura de atención de ciertas enfermedades, y con ello agilizar el acceso a resolver problemas de salud clave, sin alterar las metas o topes de afiliación anual al SPSS. Procurando además, evitar el desfinanciamiento de los proveedores de salud por el consumo excesivo de recursos financieros que conlleva la atención de dichos padecimientos.

En teoría, la incorporación de un padecimiento o un grupo de intervenciones al FPGC requiere que el Consejo de Salubridad General (CSG) lo considere como un evento catastrófico, y que posteriormente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud proponga su inclusión ante el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Las características para considerar un padecimiento como susceptible de ser cubierto con el FPGC son prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera, así como normas éticas profesionales. Una vez que el padecimiento es incorporado al catálogo de enfermedades cubiertas por el

FPGC, se determina la tarifa aplicable y se somete a la autorización del Comité Técnico del FSPSS.

La definición de padecimientos a ser cubiertos y la disponibilidad de recursos financieros, constituyen las dos terceras partes de la oferta de servicios de salud, pues responden a qué atender y con qué, la parte restante corresponde a la provisión misma de los servicios. Al respecto, para garantizar la capacidad resolutive del Sistema de Salud en relación con los padecimientos seleccionados por el Consejo de Salubridad General se definieron criterios y mecanismos, que responsabilizaron a los Centros Regionales de Atención Especializada (CRAE) de proveer la atención requerida por los afectados de los padecimientos cubiertos. Como requisito para ingresar a la red de prestadores de servicios del FPGC, los establecimientos de salud deben ser acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El Catálogo de Intervenciones del FPGC incluyó, a 2012, 61 intervenciones dirigidas a la atención de cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, diversos cánceres de la niñez y adolescencia, cataratas, trasplante de médula ósea, trasplante de córnea, trasplante de riñón, infarto agudo al miocardio en menores de 60 años, cuidados intensivos neonatales, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, enfermedades lisosomales y hemofilia en menores de 10 años, cáncer de testículo, cáncer de próstata, cáncer gonadal, linfoma no Hodgkin, hepatitis C, cáncer de tubo digestivo y el suministro de antirretrovirales para personas viviendo con VIH/SIDA. En 2013, se reubicaron las cataratas (las que afectan a niños pasaron a ser cubiertas a través del Seguro Médico Siglo XXI, y en adultos se incluyeron en el CAUSES), quedando el total de intervenciones cubiertas por el FPGC en 59. La atención es provista por 319 CRAE y el manejo de los recursos y su correspondiente transferencia es realizada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Como parte del monitoreo del cumplimiento de los objetivos del SPSS, la presente evaluación, realizada durante el segundo semestre de 2013, se enfocó en el FPGC, y tuvo como objetivo principal medir el grado de éxito de los recursos transferidos a través del seguimiento de la sobrevivencia de tres trazadores básicos: cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y leucemia linfoblástica aguda.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

General

Evaluar el grado de éxito que el SPSS, a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, ha tenido en términos de sobrevivencia de los pacientes de tres rastreadores clínicos: cáncer de mama, cáncer cérvico uterino y leucemia linfoblástica aguda.

Específicos

1. Medir la supervivencia de los pacientes afectados con cáncer de mama, cáncer cérvico uterino y leucemia linfoblástica aguda.
 2. Comparar los resultados obtenidos respecto de estudios en otros países; en las instituciones de seguridad social del país, así como entre unidades de atención de la misma SS como el Instituto Nacional de Cancerología.
 3. Realizar un análisis de costo-efectividad de las intervenciones empleadas por el SPSS en pacientes con los trazadores clínicos seleccionados.
 4. Identificar los factores asociados a la mortalidad temprana de los pacientes con los trazadores clínicos seleccionados, a la accesibilidad de los servicios y al proceso técnico de atención de su padecimiento, para establecer modelos tipo por regiones.
 5. Identificar las variaciones existentes en el proceso de atención que se brinda a los pacientes de los trazadores clínicos seleccionados comparándolos con los protocolos establecidos para cada uno.
 6. Diseñar una propuesta de un modelo ideal de los procesos de coordinación entre los servicios, es decir, del sistema de referencia y contra-referencia.
 7. Determinar las ventanas de oportunidad en el funcionamiento del FPGC en la detección y atención de pacientes con cáncer de mama, cáncer cérvico uterino y leucemia linfoblástica aguda.
-

METODOLOGÍA

Se seleccionaron tres trazadores para evaluar el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC): tratamiento contra cáncer de cérvix, tratamiento contra cáncer de mama y tratamiento contra leucemia linfoblástica aguda. A través de estos rastreadores, se exploró el desempeño financiero, gerencial y de impacto del Fondo.

Componente de impacto de la intervención: análisis de sobrevida. El análisis del componente de impacto se correspondió con los objetivos 1 y 2 de la evaluación. Para atender el primero de ellos se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en el que se conformaron 3 muestras probabilísticas independientes de pacientes, beneficiarios del FPGC, que recibieron atención de algunos de los cánceres estudiados, entre el primero de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2010, en una muestra de unidades de atención. Además, se realizaron visitas domiciliarias que tuvieron como propósito determinar el estatus vital de los pacientes en los que no estuviera consignado en el expediente y que tuvieran un tiempo de seguimiento inferior a 2.5 años. La técnica estadística utilizada fue el análisis de sobrevida. Se realizó además el análisis de mortalidad para estos tres padecimientos en el periodo de 1990 y 2012 en México. En tanto que el cumplimiento del segundo objetivo requirió la revisión de la literatura disponible.

Componente financiero: análisis costo-efectividad de cáncer de mama. Se realizó el análisis financiero del FPGC. En este, se describió la distribución de casos validados por padecimiento, entidad federativa, prestador, grupo de edad y etapa clínica de la enfermedad. Para el análisis de costo-efectividad, se determinó la razón costo-efectividad promedio de la atención de cáncer de mama por etapa clínica.

Componente gerencial. Para dar cumplimiento a los objetivos de este componente se utilizaron técnicas cualitativas. Dentro de las técnicas utilizadas destacan entrevistas a proveedores y usuarios, análisis de procesos organizacionales, desarrollo de viñetas, análisis FODA y técnicas de consenso. Esta última se realizó mediante una reunión que contó con la participación de proveedores de atención, tanto médico como

administrativo, y personal de la CNPSS. Se realizó además un ejercicio de revisión de literatura.

PRINCIPALES RESULTADOS

Sobrevivencia por Cáncer de mama

Del total de mujeres estudiadas 16% son menores de 40 años, 46% tiene primaria completa y 45% de ellas vive a más de 50 km de la unidad de atención, y una de cada 8 tiene que recorrer más de 150 km para atender su problema de salud.

De las mujeres menores de 50 años solo 24% fueron diagnosticadas en etapas tempranas (0 a IIA), y de las que tienen 50 años y más ascendió a 31%. Del primer grupo, 69% inició tratamiento en etapas tardías (IIB-IV) y 63% de las que contaban con más de 50 años.

La proporción de mujeres que inicia tratamiento en fase temprana representa 28% de los casos, es decir dos de cada tres casos cubiertos con el FPGC llegan en etapas tardías. El INCAN está aceptando hasta 72% en fase tardía; lo mismo el Instituto de Cancerología de Acapulco, 80% y en el Hospital General de Mexicali 85%. La exploración del desempeño de los 11 CRAE estudiados arrojó que los centros estatales de cancerología de Jalapa, Durango y Michoacán ocuparon los lugares más bajos, en contraste con el INCAN, el Hospital General Dr. Agustín O'horán de Yucatán y el FUCAM que son las unidades mejor calificadas.

Referente a la sobrevivencia, ésta fue mayor en las mujeres ubicadas en las etapas clínicas 0 y I, en donde a 42 meses de seguimiento todas las pacientes permanecen vivas (este grupo representa 8.6% de los casos). De las que iniciaron tratamiento en el estadio II de la enfermedad, 84% sobreviven al periodo estudiado. En contraste de las 116 que iniciaron tratamiento en el estadio III solo sobreviven 67%, y de las 40 mujeres cuyo CAMA se encontraba en estadio IV, solo logró sobrevivir 38%. La diferencia de la curvas de sobrevivencia según el estadio de la enfermedad al periodo de estudio es estadísticamente significativa.

Si bien previamente no se conocía la sobrevida de las pacientes con CAMA que está protegiendo el FPGC, menos aún se sabía si existe un impacto diferente por proveedor. Por razones del tamaño de la muestra no se pueden analizar individualmente, por lo que se formaron dos grupos que denominamos de pobre desempeño y de mejor desempeño. De las mujeres que se atendieron en el primer bloque de unidades, 68% sobrevivió los 42 meses de seguimiento; en cambio, de las que se atendieron en las unidades del grupo de mejor desempeño sobrevivieron a los 42 meses el 82%. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Lo más contundente para este padecimiento es que si se mejora de la detección temprana del cáncer de mama se reduciría el riesgo de morir en 31%. Si se mejora la atención en las unidades del grupo de pobre desempeño la ganancia sería de 13%, y al focalizar la acción en mejorar el cuidado a la salud de los casos en etapa III en todas las unidades, el riesgo de morir bajaría en 56%. La ruta que están trazando proveedores como el INCan y FUCAM son ejemplos a seguir y compartir por el resto de los proveedores.

Sobrevivencia por Cáncer cérvico-uterino

Los resultados muestran que los casos que están recibiendo los beneficios del FPGC por presentar CAMA son mujeres jóvenes y de baja escolaridad, y que algunas de ellas tienen que recorrer grandes distancias para obtener los beneficios. Sin embargo, a pesar de existir una oferta atractiva para mejorar su salud, se vuelve a presentar el problema de la detección tardía. Solo 41% de los casos están iniciando tratamiento en fases en las que la sobrevivencia es mayor a 85%, pero el resto se detecta en etapas tardías. Los problemas de cobertura en el tamizaje los detecta la ENSANUT 2012. Por ejemplo la prevalencia del uso de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años aumentó de 26.2% en 2000 a 45.5% en 2012, cuando estas son menores de 35 años la cobertura alcanza 39.5% y cuando son mayores llega a 48.7%. Las mujeres afiliadas al SPSS logran una cobertura del 66% en los últimos 12 meses. En este sentido aún es larga la brecha por recorrer. Más grave aún resulta que una de cada

diez que sí se hizo la prueba y que pertenece al SPSS no es informada en el tiempo que establece la norma, lo cual hace más ineficiente el inicio de un tratamiento oportuno.

Análisis financiero y de costo-efectividad

El financiamiento de enfermedades a través del FPGC se ha expresado en el crecimiento de los recursos transferidos, fluctuando en cada año, pero con una tendencia global creciente: en el año 2007 se transfirieron \$2,992 mdp, durante el 2008 fueron \$4, 191.5 mdp (40% de incremento nominal), en 2009 se contrajo a \$4,041 mdp y creció nuevamente en 2010 para alcanzar el monto más alto (\$5,507 mdp), y tuvo una cifra menor durante los dos años siguientes (\$4,904 mdp y \$5,323 en 2011 y 2012 respectivamente).

El tratamiento del VIH/SIDA con antirretrovirales ha representado el concepto de mayor consumo de recursos del FPGC, pues ha ocupado una proporción de la tercera parte del total de recursos transferidos. Junto con el tratamiento de CAMA, la terapia con antirretrovirales consumió más del 50% de los recursos de 2007-2012. Segundos en importancia, los cánceres infantiles (categoría que abarca a la leucemia linfoblástica aguda) y los cuidados intensivos neonatales, representaron uno de cada cinco pesos transferidos. El tratamiento para Cáncer cérvico-uterino representó una cifra rondando al 5% del consumo de recursos durante el período analizado.

Al Distrito Federal se destinó la mayor proporción de recursos durante todos los años analizados -con casi una cuarta parte del total- como a ningún otro estado de la república. Cuatro estados en conjunto alcanzaron una proporción de la quinta parte del total de recursos: Jalisco, Veracruz y el Estado de México rondando el 6% y Nuevo León con 4%.

La mayor cantidad de recursos para atención de las pacientes con cáncer de mama correspondió a las mujeres tratadas en etapas avanzadas, lo que es atribuible tanto al número de mujeres que llegan en dichas etapas, como al costo unitario que representa su atención. Este último fue en promedio de 2007 a 2010 de \$32,684 para la etapa 0,

\$179,331 para la etapa I, \$210,038 para la etapa II, \$243,613 para la etapa III y de \$256,077 para la IV.

En el análisis de costo-efectividad se encontró que, como se espera y como está reportado en la literatura, es más costo-efectivo tratar a una paciente con cáncer de mama en etapas clínicas iniciales, donde hay mayor porcentaje de sobrevivencia y más años de vida se ganan. La razón costo-efectividad debida a los años de vida ganados fue de \$9,932 para una paciente en etapa 0; de \$54,494 para una en etapa I; \$72,529 en etapa II; \$105,755 en etapa III y \$222,331 en etapa IV. Comparando las etapas extremas, la razón de costo-efectividad resulta 22 veces menor para una paciente de etapa 0 respecto de una en etapa IV, es decir, se requieren 22 veces menos recursos para ganar un año de vida en pacientes de etapa 0, respecto de pacientes en etapa IV.

Análisis gerencial

Se documentaron problemas de acceso a servicios financiados por el FPGC, destacando las distancias y barreras de transporte para usuarios de zonas rurales. Otras barreras fueron la disponibilidad inadecuada de servicios preventivos, así como problemas administrativos que restaron capacidad a los distintos proveedores.

En cuanto al objetivo de la evaluación de documentar aspectos relacionados con la continuidad de la atención, se observaron al menos cuatro factores centrales:

- La suficiencia presupuestal.- Los casos en donde ésta fue garantizada, o bien donde hubo disponibilidad de recursos alternativos, el ingreso de los pacientes al proceso de atención enfrentó menores barreras de acceso.
- Acreditación y retos de calidad técnica.- A nivel estatal, la apertura de un CRAE implica el cumplimiento de requisitos de acreditación y certificación de servicios conceptualizados como esenciales para la garantía de estándares de calidad.

- Clasificación de pacientes con esquemas de pago y subsidios de diversas fuentes.- La gran mayoría de los usuarios buscó la provisión de servicios evitando pagar por los mismos. Resultó relevante que los casos entrevistados hayan destacado apoyo financiero para garantizar la continuidad de sus tratamientos sea por parte de las propias instituciones proveedoras, o bien por apoyo de organizaciones civiles y grupos altruistas.
- Procesos de captura, seguimiento y reembolso.- Se documentó el desarrollo de capacidades de gestión para evitar errores de captura, lo cual mostró resultados positivos importantes. En contraparte, procesos relacionados con la validación de casos y la generación de reembolsos presentaron algunas limitaciones que retrasaron sobre todo algunos pagos.

No se documentaron casos donde entidades federativas, CRAE o proveedores de servicios hayan reportado modificaciones a los protocolos propios de manejo de pacientes. Ello podría fundamentarse en buena medida en que éstos están institucionalizados, y a que los protocolos vigentes establecen la logística de atención a las personas diagnosticadas con CAMA, CAMA y LLA, con base en los criterios establecidos por el FPGC. Las variaciones observadas en un momento dado se relacionaron de manera más directa con la infraestructura y capacidades de producción de servicios de las propias unidades.

No obstante la existencia de un marco normativo que propone procedimientos y mecanismos de coordinación, la indagatoria realizada en los estados visitados mostró la existencia de una diversidad de criterios que se traducen en fallas de implementación y conducción de sistemas eficientes de referencia y contrarreferencia.

Para los pacientes entrevistados en Entidades Federativas se pudo constatar que no identificaron con claridad un procedimiento que les llevara a solicitar atención médica, puesto que la gran mayoría en todos los estados visitados recibió atención en los servicios de salud de segundo y tercer nivel a través del área de urgencias. Esta vía de acceso llega a representar hasta el 80% de los casos de cánceres en algunas de las unidades de los estados trabajados. Un dato relevante de la falta de referencia fue la

falta de un diagnóstico previo que detonara el proceso de atención coordinando proveedores involucrados en el proceso de atención.

Fueron cinco los problemas que se identificaron como barreras para la atención continua: Fallas en el diagnóstico temprano, dificultades para la notificación, problemas para la validación, cumplimiento de requisitos para la transferencia, y tiempo entre notificación y reembolso.

La propuesta de modelo para la transferencia de fondos considera elementos centrales de la evaluación: un modelo basado en la demanda de servicios poniendo al usuario al centro, fundamentado en el principio de atención continua. Ello implica el planteamiento de un conjunto de procesos orientados al manejo integral de aspectos clínicos y organizacionales en donde los pacientes mantienen una vinculación estrecha con el conjunto de proveedores involucrados en el proceso de atención a la salud, mientras que los proveedores aseguran la continuidad de la atención mediante la gestión de los insumos necesarios para los distintos servicios e intervenciones médicas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

El objetivo general del proyecto establece que se debe *“Evaluar el grado de éxito que el Sistema de protección social (SPSS), a través del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC), ha tenido en términos de sobrevida de los pacientes de los tres trazadores clínicos seleccionados”*, sin embargo, este propósito presenta problemas conceptuales y analíticos. Por su naturaleza, el SPSS -como parte del Sistema Nacional de Salud- debe garantizar el flujo de recursos financieros para que la población beneficiaria pueda acceder a los servicios que proporcionan proveedores acreditados y recibir las acciones en salud acordadas. Para garantizar el acceso universal se generaron, desde el diseño del SPSS, dos estrategias:

- a) Incrementar la cobertura de manera horizontal a través de la afiliación de la población a este seguro médico.
- b) Incrementar la cobertura vertical a través de la creación del FPGC.

Mediante el primero se buscaba asegurar de manera voluntaria y paulatinamente (en siete años originalmente, después se expandió a diez) a los mexicanos que no contaban con seguridad social (12 millones de familias) y mediante el segundo, se buscaba garantizar que todos los pacientes que no contaran con seguridad social y que presentaran algunos de los padecimientos seleccionados por el FPGC, tuvieran acceso al tratamiento. En otras palabras, el vehículo financiero para lograr la cobertura universal en salud en México, es un seguro médico público y voluntario denominado Seguro Popular de Salud. Bajo la idea de universalizar el aseguramiento y en consecuencia el acceso a los servicios de salud, no se le puede pedir al SPSS, aún después de 10 años de su creación, que emplee los resultados en salud (sobrevida de los pacientes con cáncer) como medida directa de éxito.

Desde el punto de vista de la organización del sistema de salud y considerando como premisa la separación de funciones, es el funcionamiento armónico e integrado del Sistema de Salud (prestadores, financiadores y órganos rectores) lo que conducirá a un buen desempeño, el cual no solo se mide a través del mejoramiento de la salud de

la población (mayor sobrevida, menor mortalidad prematura, etc.); sino inquiriendo también si la población recibe un trato digno dentro del sistema y garantizando que ningún asegurado o asegurada incurra, al momento de recibir la atención, en gastos que generen empobrecimiento familiar.

Es por eso que si se pretende medir el éxito de un componente financiero fuera de su ámbito de competencia natural (financiero o gerencial) es necesario incorporar al análisis aspectos relacionados con la actividad rectora, la prestación de servicios (incluyendo el modelo de atención completo y no solo el componente curativo), así como la generación de recursos. Los factores que pueden favorecer o afectar negativamente el resultado en salud, en el caso de los tres trazadores seleccionados, se relacionan con la detección oportuna, el diagnóstico temprano, la implantación del tratamiento en tiempo y forma, y el seguimiento de los pacientes, traducida esta última, a través de la continuidad de la atención, junto con otra serie de determinantes del contexto y de los pacientes. El que estos componentes de la atención médica no se fragmenten o retrasen por razones financieras es el resultado eficiente del papel de la aseguradora. Es en este sentido y considerando el funcionamiento armónico e integral del Sistema de Salud que sería posible incluir el resultado en salud como una medida indirecta de éxito del SPSS.

Con base en los hallazgos de este ejercicio previamente descritos, así como las conclusiones emergidas a raíz del proceso de análisis de la información, y sin intentar minimizar los resultados encontrados como positivos en esta evaluación, se recomienda trabajar en el siguiente listado de puntos fundamentales:

Análisis de sobrevida

- Pasar de esquemas oportunistas de tamizaje a esquemas mejor organizados, de tal manera que los servicios se tornen efectivos y eficientes.
- Seguir capacitando a los usuarios y mejorar el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC) para hacerlo más *amigable*, pero debe establecerse un límite que evite el deterioro del caso.

- Se propone que el límite en la duración de trámites administrativos lo vigile un tercero que no tenga conflicto de intereses como asegurador o proveedor. Se requiere crear “un ombudsman” que defienda los derechos de los enfermos, sobre todo cuando el asunto administrativo generado por terceros pone en peligro la continuidad del tratamiento de una beneficiaria del FPGC.
- Promover la creación de un registro nacional de cáncer de base poblacional.
- Mejorar el llenado del expediente médico y homogeneizar el formato.
- Focalizar tres acciones en CAMA: detección oportuna, calidad homogénea y focalización en pacientes en estado clínico III.
- Para homogeneizar la prestación de servicios es necesario revisar los criterios de acreditación y certificación de unidades.

Análisis financiero y de costo-efectividad

- A 10 años de su creación y a siete de estar operando para los tres trazadores, el FPGC ha respondido cubriendo padecimientos de alta complejidad y de costo elevado. Dentro del paquete de intervenciones cubiertas, están representadas algunas de las enfermedades que constituyen importantes contribuciones a la carga de la enfermedad como los cánceres de la mujer (mama y cérvix), infantiles (dentro de los que se incluye la LLA) y cánceres en hombres (testículo y próstata), entre otros. Sin embargo, queda pendiente la inclusión de otros padecimientos de alta importancia como la insuficiencia renal crónica, que ocupa un lugar preponderante en las prioridades nacionales de salud. Es conveniente que la asignación de recursos a través del FPGC se vincule más estrechamente con las necesidades de salud del país. Así mismo, es deseable que sean consideradas las diferencias regionales en términos del patrón de salud-enfermedad como de necesidades en la oferta otorgada.
- Si bien la atención de los pacientes con VIH/SIDA es prioridad nacional, el manejo dado a los insumos para dicha atención debería asemejar al de otros padecimientos, por ejemplo el de la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, cuyos medicamentos son adquiridos a través de otros mecanismos financieros (como el CAUSES).

- Es importante reactivar los mecanismos que permitan acercar los servicios de salud a las y los usuarios. Es decir, se deben identificar estrategias para ampliar la red de prestadores de servicios de las intervenciones contenidas en el FPGC. En tal sentido, es imperioso revisar los criterios y mecanismos de acreditación haciéndolos más apegados a la realidad nacional. De igual forma, es necesario garantizar que se cuente a nivel local, con los recursos necesarios para crear la oferta que la demanda inducida a través del FPGC ha generado. Este abordaje local no tendría necesariamente que descender al ámbito estatal, pudiendo circunscribirse al espacio regional, a través de la creación de redes sinérgicas que consideren criterios de eficacia y eficiencia, y que potencialicen las capacidades de la región.
- Agregar en el registro de casos validados (Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos) la situación actualizada de su pago (generada en la Dirección General de Financiamiento), y así tener el historial de financiamiento completo de los casos, al combinar ambas fuentes de información en una sola, sensible a la situación del binomio validación-pago y la única que genere las cifras oficiales.

Análisis gerencial

- Mejorar sustancialmente la detección oportuna de CAMA, CAMA y LLA, desarrollando capacidades para el diagnóstico temprano y la referencia oportuna en el primer nivel, y articulando eficientemente los niveles de atención.
- Fortalecer capacidades e infraestructura para mejorar la cobertura en zonas rurales y poblaciones vulnerables.
- Innovar el modelo de atención vigente introduciendo los principios de atención continua y retención de pacientes, desarrollando los incentivos económicos y organizacionales necesarios.
- Incentivar la acreditación y certificación de nuevos CRAE en los estados, para ampliar la oferta de servicios y mejorar el acceso.

- Consolidar capacidades de gestión en los SESA y CRAE, con la finalidad de mejorar el acceso oportuno y la continuidad de la atención.
- Mejorar los sistemas de información sobre detección de factores de riesgo y captación temprana de casos sospechosos para su confirmación o seguimiento.
- Fortalecer la articulación entre proveedores del primer nivel de atención y CRAE, con el objetivo de mejorar los indicadores vigentes de referencia oportuna de casos detectados en etapas iniciales, por ser los que mayor sobrevida representan.
- Revisar críticamente el modelo de atención vigente centrado en la demanda, buscando mejorar las oportunidades de acceso al conjunto de servicios de detección temprana de cáncer, diagnóstico, atención especializada y seguimiento.
- Fortalecer las capacidades de los CRAE para ampliar la cartera de servicios a fin de captar y retener el mayor número de casos posible, de acuerdo a la capacidad instalada e infraestructura disponible en los estados.
- Consolidar las capacidades administrativas y médicas que favorezcan la gestión eficiente de fondos y la atención oportuna y continua de nuevos casos.
- El avance hacia lo que en este apartado denominamos un flujograma ideal podría responder a dos objetivos iniciales: 1) evitar demoras en el registro, validación y reembolso de recursos financieros; y 2) favorecer la atención continua. Para ello, se requiere una gerencia más funcional en donde las interfaces de captura de datos, validación y generación de pólizas operaren con una mayor eficiencia, porque son estas interfases donde se han desplegado los mayores esfuerzos de coordinación y automatización. Ambos principios podrían apoyar un mejor funcionamiento del SIGGC como herramienta de gestión.