

**Universidad Nacional Autónoma de
México**

**Facultad de Ciencias Políticas y
Sociales**

Rosa María Bejarano Arias

Presenta tesis de licenciatura en sociología:

**El Seguro Popular de Salud. Su esencia, sus
dificultades y sus retos.**

Mayo 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi Papá y Tere, por apoyarme en cada momento, sin ustedes nada de lo que soy sería posible.

La culminación de este trabajo de tesis, se debe a la confianza, paciencia, impulso e interés de dos grandes personas, mi asesor el Dr Gustavo Nigenda y José Arturo Ruiz a quienes también les agradezco su apoyo y dirección en mi desarrollo profesional.

A mi hermana y amiga Lourdes quien con su ejemplo me ha impulsado a luchar por mis metas, eres una gran persona

A mi madre que a pesar de no estar presente la llevo muy dentro de mi corazón y pensamiento

A Sergio y Fernando cada historia con ustedes han sido capítulos únicos, los quiero hermanos

A mis mejores amigos Omar y Karina por ser una conjugación de emociones y por su amistad incondicional a lo largo de este tiempo

Finalmente a la Fundación Mexicana para la Salud quien me otorgó todo su apoyo durante este trabajo de tesis

ÍNDICE

Introducción
Hipótesis y Objetivos
Planteamiento del problema

Capítulo I. Marco Conceptual
Antecedentes

Capítulo II. El Programa Nacional de Salud 2001-2006
2.1 Descripción General
2.2 En busca de la equidad
2.3 Financiamiento del Seguro Popular

Capítulo III. Esencia del Seguro Popular de Salud
3.1 La justificación oficial
3.2 Financiamiento del Seguro Popular
3.3 Los objetivos y metas del Seguro Popular
3.4 Lineamientos generales y operación
3.5 Servicios del Seguro Popular de Salud en el año 2003
3.6 Cambios a la Ley General de Salud

Capítulo IV. Evaluación de la operación del Seguro Popular de Salud
4.1 Diseño de la evaluación
4.2 Operación y evaluación, 2002-2003

Capítulo V. Dificultades y Retos

Conclusiones

Bibliografía
Anexos
Glosario

Introducción

El proceso de globalización ha impactado, en diferentes niveles, en la economía de la mayoría de las naciones han modificando prácticas y comportamientos, en las diversas formas de expresión culturales, en los fenómenos de emigración e inmigración, hasta en los mismos procesos de salud-enfermedad. Un ejemplo de esto es que alrededor de un 20% de la población de América Latina y el Caribe está excluida de los mecanismos de protección existentes contra los riesgos de enfermedades y no cuentan con recursos mínimos para resolver sus problemas en esta área. “En México esta cifra asciende al 57.8% según el registro del XII Censo de Población y Vivienda 2000”¹. Ante este problema en México se han desarrollado nuevos cambios en el campo de la salud a favor de un desarrollo humano y sostenible con estrategias centradas en la promoción y recuperación de la salud.

Se perfila la búsqueda de servicios de mayor calidad, cobertura y accesibilidad ajustándose a las exigencias del sector más afectado por la desigualdad económica en la que viven actualmente. Sin duda existe “un incremento en la pobreza, un decremento importante en la atención médica y desabastecimiento de fármacos, deterioro en la infraestructura de los hospitales y una seria disminución en la rutina de tareas preventivas.”²

¹ INEGI, *Anuario Estadístico* 2000, México.

² Brito P et al. *Elementos de Contexto para un acercamiento a la problemática y perspectivas de los recursos humanos en salud*, en, *Presente y Futuro en la formación, práctica y regulación profesional en ciencias de la salud*. México OPS/OMS, 2002. *pág.* 23

En México "históricamente, la población que ha contado con un seguro público de salud es la derechohabiente a la seguridad social. El resto de la población no asegurada, ha recibido servicios a través de la Secretaría de Salud. Ambos esquemas tratan de atender las necesidades de salud de toda la población. La falta de un sistema de aseguramiento social en salud, para la población no asegurada ha provocado que su patrimonio sea más vulnerable ante los costos asociados al mantenimiento de la salud."³

Sectores importantes de la población gastan en medicamentos o en atención médica de su propio bolsillo ocasionando un gasto que constituye a más del 30 por ciento del ingreso anual disponible del hogar, lo cual pone en riesgo de mayor empobrecimiento a los hogares de menores ingresos afectando la economía de su hogar, al gastar más dinero de lo que perciben por su ingreso en atención a la salud. "Esta población que no cuenta con ningún tipo de seguro en salud, representa una proporción importante de la población total ya que según algunas fuentes de información representan alrededor del 43% del total de los habitantes del país. Esta población no está afiliada a la seguridad social fundamentalmente por su situación laboral y/o porque su poder adquisitivo le impide pagar un seguro familiar del IMSS o adquirir un seguro privado."⁴

El Seguro Popular de Salud (SPS) es una política pública dirigida principalmente al sector más vulnerable de nuestra sociedad, es decir, para los que se encuentra en la

³ SSA *Reglas de operación del seguro popular* en Diario Oficial de la Federación, Marzo 2002 pág. 56

⁴ *Ibidem* pág.395

pobreza o que por su condición laboral o económica no están afiliados a la seguridad social médico público, ni privado.

La población beneficiada por el seguro popular es la que se encuentra principalmente laborando en la economía informal, por lo que es la que no tienen acceso al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) ni al Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Otra parte importante de la población que cubre el SPS son las mujeres, niños y adultos mayores.

La economía informal surge por la falta de empleos permanentes. Hasta octubre del 2003 según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática se despidieron a 460 mil 709 trabajadores y se contrataron para trabajos eventuales a 29 mil 979, si la situación del país en la creación de empleos no mejora, cada día existirán más personas que se dediquen a la economía informal, por consecuencia menos personas tendrán acceso a la asistencia pública en salud y más personas no encontrarán opciones, entre las existentes para atender a su salud y se acercaran al Seguro Popular de Salud. Por tal motivo este tema es de gran interés para la sociología porque tiene un impacto directo en la sociedad y en la situación política y económica que vive actualmente el país, ya que este programa depende en gran medida de la aprobación y cooperación de diferentes niveles de gobierno.

El Seguro Popular de Salud es una política pública desarrollada por la Secretaría de Salud, ello involucra aspectos económicos pero fundamentalmente sociales, al estar dirigido cien por ciento a la población de escasos recursos que no cuentan con un seguro médico para la asistencia de sus enfermedades. Cabe mencionar que dicha

política tiene como uno de sus principales propósitos ayudar a disminuir el gasto en medicamentos y consultas, evitando desequilibrios en la economía de las familias de bajos recursos, pretendiendo como resultado una mejora en la calidad de vida de estas personas.

En el presente trabajo se describen las características generales del Programa Nacional de Salud 2001-2006, como parte del contexto en donde se ubica el Seguro Popular de Salud. Posteriormente se exponen las principales características de dicho seguro, su arranque y operación en sus primeros dos años de existencia, así como los resultados de evaluaciones externas para ese periodo. La tesis finaliza con dos capítulos, uno dedicado a establecer los principales retos y dificultades del SPS; y el otro en donde se plantean las conclusiones del estudio.

Hipótesis y objetivos

Hipótesis

El seguro popular de salud es una política pública en salud que responde a la población que por su condición ocupacional no puede acceder al sistema de seguridad social.

Objetivos

- 1)** Describir el Programa Nacional de Salud 2001-2006, destacando las premisas que justifican la creación del seguro popular de salud.
- 2)** Describir y analizar el programa del Seguro Popular en Salud, como parte central de la política en salud de la administración federal 2000-2006.
- 3)** Identificar sus principales dificultades y retos en sus primeras etapas de operación.
- 4)** Identificar las principales dificultades y retos del seguro popular de salud.

Planteamiento del Problema

El panorama de la salud en México presenta niveles preocupantes de exclusión social, los principales afectados son los adultos mayores, los niños, las mujeres, los grupos étnicos, los trabajadores que se desempeñan en la economía informal, los desempleados, los subempleados y la población rural.

Existen diferentes teorías sobre el por qué y cómo la economía informal ha crecido en el país sin embargo muchas veces éstas son diversas y contradictorias, sin embargo la siguiente teoría refleja con mayor solidez sus elementos más importantes. De acuerdo a Soto Romero*, la informalidad surge como una respuesta a la gran desigualdad del ingreso y las oportunidades que aqueja a la mayoría de los países en desarrollo, es decir, existe el lado de la producción o la oferta de bienes y servicios, los autoempleados y los microempresarios que tienen enorme dificultades para acceder a financiamiento, educación, salud, tecnología, etc.

Por el lado del consumo de bienes y servicios, la enorme pobreza y desigualdad que se vive en México hace que los consumidores de escasos ingresos no puedan satisfacer apropiadamente el conjunto de sus necesidades debido a los precios establecidos por las empresas y comercios formales. Este problema se incrementa cuando existe una marcada estratificación social y alto consumo en la población.

La economía informal también es un problema ligado a la estructura y dinámica de los mercados laborales. Al existir mejores salarios y más oportunidades de empleo productivo en las ciudades que en el campo, la gente migra a las zonas urbanizadas

* Director del centro de Estudio Estratégicos del Tecnológico de Monterrey, Campus Ciudad de México.

en busca de un mejor nivel de vida. Sin embargo muchas veces las industrias o los negocios establecidos no son capaces de absorber a todos los que buscan empleo en las ciudades, lo cual genera desempleo, subempleo eventual y auto empleo.

Otro factor que se relaciona con la economía informal es la carga de impuestos que se deben de pagar por pertenecer a la economía formal, el INEGI refiere que para el primer bimestre del 2005 el 24% de la población ocupada optó por independizarse y ser trabajador por cuenta propia, es decir, 9 mil millones de personas se han integrado en este año a este sector. El auto empleo se ha convertido en una válvula de escape ante la escasez de fuentes de empleo en la economía nacional.

Dentro de la economía informal también se consideran a los comisionistas y aquellos que trabajan por honorarios, en este esquema existen 11.87 millones de trabajadores que se encuentran dentro de esta condición, cifra que supera a los 10.87 millones en el 2000, de acuerdo a lo publicado en la Encuesta Nacional de Empleo del cuarto trimestre del 2004. Lo anotado confirma que el desempleo es un problema social agudo y representa una pérdida económica para el país, ya que de acuerdo a las cifras registradas por INEGI el 80% de los desempleados cuentan con experiencia laboral y 48% de ellos tienen estudios de educación superior.

Estas cifras también ayudan a estimar cuanta población cuenta con acceso a aseguramiento en salud por medio de los diversos sistemas de Seguridad Social.

(ver cuadro 1)

Cuadro 1. Total de la población en México que cuenta con seguridad social y sin seguridad social, 2004.

Institución	Derechohabiente	Porcentaje de la población ocupada
Población con seguridad social	52,532,867	51%
Población no asegurada	50,507,867	49%

Fuente: OCDE. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México 2005

El porcentaje de cobertura que se muestra en el cuadro 1 bajó en términos de comparativos, lo cual se debe a la estructura del mercado laboral del país. Durante las crisis económicas de 1980 y 1990, el empleo en México experimentó un cambio hacia el sector informal, el cual como ya se dijo anteriormente comprende una cuarta parte del número total de trabajadores.

En los años siguientes el número de familias nuevas aseguradas se estancó conforme al sector formal de la economía detuvo su expansión. México se convirtió entonces en una economía cuya principal característica fue la impresionante expansión del sector informal cuyos trabajadores no podían acceder a la seguridad social. Añadido a este fenómeno se encuentra el de la creciente pobreza y desigualdad que afecta a segmentos cada vez más grandes de la población.

El cambio de tendencia en la creación de empleos formales a partir del 2000 implica que los trabajadores incorporados al Instituto Mexicana del Seguro Social han perdido participación dentro de la Población Económicamente Activa (PEA), mientras que el número de personas desocupadas y personas ocupadas que labora en micronegocios, sin registro, más lo ocupados que laboran en micronegocios registrados, carecen de contrato de trabajo y de cobertura respecto a la seguridad social. Este incremento se ha dado en los últimos tres años al pasar de 40, 308 para el 2000 a 42, 436 para el 2003 (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Situación de la población económicamente activa en México, 2000-2003

Descripción	2000	2001	2002	2003
Población económicamente activa	40,308	40,758	41,074	42,436
Ocupada	39,695	40,008	40,338	41,391
Desocupada	612	750	736	1,045
Población no económicamente activa	32,622	33,738	35,151	35,013
Población ocupada en el sector no estructurado	9,884	10,282	10,448	11,176
Trabajadores permanentes y eventuales en zonas urbanas.	12,546	12,164	12,226	12,191

Fuente: IMSS. *El entorno económico y social en México, 2004*, México

Como se ha ido minimizando la participación de la población dentro de la economía formal, en los últimos años, la población ha buscado alternativas para tener acceso a diferentes tipos de servicios.

En cuestión de salud, la gente que se encuentra en la economía informal muchas veces ha buscado apoyo dentro de los servicios que otorga la Secretaría de Salud (SSA) ya que esta absorbe a quienes no pertenecen al sistema de seguridad social*.

Otra característica de las personas que asisten a los centros de salud de la SSA son personas que viven en zonas rurales y marginados urbanos. Una buena parte de esta población aún enfrenta algunas dificultades de acceso debido a los problemas de distancia.

* No obstante existe población que cuenta con seguridad social y acude a las unidades de salud de la SSA.

Debido a que la población cada día presenta mayores problemas geográficos y económico para acceder a los servicios de salud, la Secretaría de Salud en el 2003 establece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través del Seguro Popular de Salud (SPS), un esquema voluntario que esta orientado a brindar acceso de aseguramiento en salud a las personas que no cuentan con protección social en salud, ya que para el cuarto semestre del 2004, según datos del INEGI un 40.9% de personas no tenía prestaciones laborales, es decir, este porcentaje de la población no cuenta asistencia social en salud, entre otros.

El Seguro Popular de Salud tiene como meta atender a 10 millones de familias en el año 2010, para el primer semestre del 2004 este programa ha afiliado a 799, 702 familias.

Si bien la creación del SPSS y del SPS no responden únicamente a la situación reciente de la población no asegura o a los bajos índices de aseguramiento que han predominado en las dos últimas décadas en México, de alguna manera si está siendo una respuesta a esa situación dentro de un marco integral de política pública que responde a fenómenos que afectan a sectores importantes de la población. Los objetivos globales de esta nueva estrategia en el sector salud van más allá de plantear aspectos relacionados no sólo con el acceso a los servicios, la universalidad; también aparecen temas como la calidad y la oportunidad de acceder a los servicios de salud.

Como se mencionó anteriormente el SPS tendrá que brindarles protección social en salud a todas aquellas personas que no la tengan, por este motivo el programa se enfrenta a una difícil tarea, de implementación y operación.

Si bien no es el propósito de este trabajo, cabe mencionar que uno de los principales problemas a los que se enfrentan la operación del programa es la limitada capacidad de infraestructura que tiene la Secretaría de Salud para atender a toda la población, además de la escasez de los recursos humanos, la carga de trabajo para el personal operativo de la Secretaría de Salud y la incapacidad histórica en el abastecimiento de medicamentos.

Ante las dimensiones de los diferentes problemas relacionados con el empleo y el acceso a las instituciones de seguridad social, sin duda el SPS es una respuesta novedosa e inédita en México. Por ese carácter, antes de conocer y discutir su repercusiones en el sector salud, se considera pertinente el hacer una descripción amplia de los diversos componentes del SPS, así como el exponer algunos primeros resultados de la evaluación de su operación, además de ubicar de manera explícita sus principales retos a mediano plazo.

Lo anterior no existe, hay documentos oficiales con detalles de operación e implementación, como las Reglas de Operación y demás textos, pero ninguno que resuma y compacta los distintos componentes del SPS. Ese es uno de los fines de este trabajo.

Capítulo I. Marco conceptual

El propósito del presente apartado es describir en que consisten las políticas públicas, en general, enfatizando las políticas públicas en salud. Lo anterior se ligará a los elementos centrales del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y de manera particular con el Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud. También se enunciarán conceptos, tales como equidad, pobreza, desigualdad, que son ejes fundamentales en los programas mencionados. La intención es contar con una referencia teórica que apoye la descripción y el análisis del SPS que ocupa la mayor parte del trabajo de tesis.

Las políticas públicas, al igual que la política, tienen que ver con el ejercicio del poder social. La política es un concepto y una práctica muy amplia, heterogénea y, por naturaleza, con posiciones antagónicas. Las políticas públicas responden a problemas específicos y se refieren al manejo de asuntos públicos.

Si bien comprenden dos aspectos distintos, la política y las políticas públicas se influyen recíprocamente y forman parte de un sistema político. Las políticas públicas son un factor común de la política, de las decisiones de los gobiernos y de las organizaciones opositoras

⁵ Cervantes, Irving. *Políticas públicas en México*, UNAM, México 2004 pág. 76

Una política pública es la decisión gubernamental concretada en la resolución de un problema en la sociedad. Sin embargo a pesar que están diseñadas para toda la sociedad, éstas sólo responden a los problemas de los sectores más vulnerables, es decir, las políticas públicas deben de satisfacer a las mayorías principalmente a los más necesitados.

El gobierno tiene que dar solución a problemas que surjan en la sociedad a través de una política pública, si no cumple con dar soluciones, no cumple con su función primordial.

La implementación de una política pública debe de satisfacer la demanda la sociedad.

De acuerdo a Ruiz Sánchez⁶ las políticas públicas deben de seguir seis pasos:

1. Identificar y definir el problema
2. Percibir la problemática actual o futura
3. Seleccionar soluciones
4. Establecer objetivos o metas
5. Seleccionar los medios
6. Implementarla.

Estos pasos son esenciales, ya que si se logra identificar el problema y si existe la voluntad política necesaria, este se logrará resolver. También hay que establecer a quien afecta, en donde se presenta y que es lo que provoca el problema. Para todo esto se necesita realizar un análisis tanto de la circunstancia como de los aspectos sociales y políticos en el lugar donde se quiera implementar la política.

⁶ Ruiz Sanchez Carlos. *Manual para la elaboración de políticas públicas*, México 1996. UIA-Plaza y Valdez pág. 86

Para la implementación de la política pública también hay que considerar los elementos de planeación, organización, gasto, además de tomar en cuenta la opinión de la sociedad.

En la elaboración de las políticas públicas intervienen tanto individuos como instituciones. Las instituciones son el instrumento que crea los mecanismos necesarios para llevar a cabo la implementación de la política. Las instituciones juegan un papel importante dentro de la estabilidad social ya que de ellas depende la viabilidad del sistema político, social y económico.

Estas políticas incluyen el componente político y a través de él se explica su origen, objetivo, justificación, además de recursos financieros y persuasión, estos últimos los más importantes.

Los recursos financieros son necesarios para la operación e implementación y se consiguen a través de los impuestos que pagan los ciudadanos. Sin recursos financieros no se podrían realizar la mayoría de las políticas. La persuasión representa un instrumento efectivo muy importante porque es el vínculo entre el gobierno y la sociedad, ya que para la ciudadanía el gobierno es el instrumento quien representará sus intereses⁷.

Hay que considerar que no todas las demandas de la población se pueden convertir en políticas públicas. Sólo aquellas que por algunas razones, circunstancias o motivos logran ser demasiado problemáticas

Por otro lado se cree que las políticas públicas terminan con la administración gubernamental en turno, sin embargo rara vez una política se extingue de un momento a otro por completo, es más habitual que cambien o se combinen con otras. Las políticas públicas también son útiles para estudiar diversos aspectos,

⁷ Cervantes, Irving. *Políticas públicas en México*, UNAM, México 2004 pág. 16

tales como la discusión de la agenda pública por toda la sociedad, las elecciones entre candidatos y sus programas y las actividades del gobierno.

El desarrollo de un país puede ser más sustentable si se tiene la capacidad estratégica y administrativa para implementar políticas públicas que ayuden al desarrollo de la plena convivencia social, política y económica de los diversos actores que participan en la formación de un estado. Sin embargo las políticas públicas deben de ser excelentes para que puedan ser factibles para la sociedad, “para que una política pública sea viable para la población debe de conjugar la participación de la comunidad con la del sector público, además de incluir orientaciones, instrumentos o mecanismos, definiciones y sobre todo previsión de resultados”⁸.

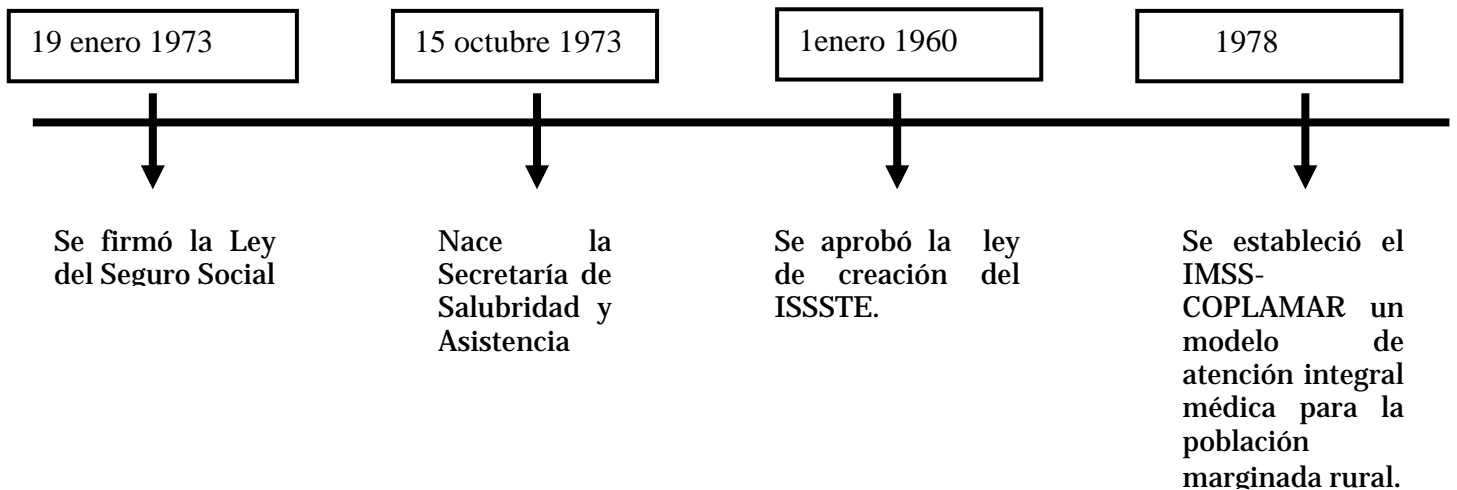
A través de una política pública el gobierno puede resolver problemas transcendentales para la sociedad como la educación, salud, vivienda etc., para resolver estos problemas es necesaria la eficiente implementación de las políticas, las cuales deben de contar con un esquema adecuado, ya que sólo así podrán satisfacer a la sociedad en el cumplimiento de sus demandas.

En el ámbito del sector salud, México cuenta con una amplia historia en cuanto al desarrollo de instituciones y programas de salud como parte de las políticas públicas para satisfacer las demandas de la población (ver esquema). No es la intención presentar una lista exhaustiva sino solamente trazar esquemáticamente la evolución de dichos programas.

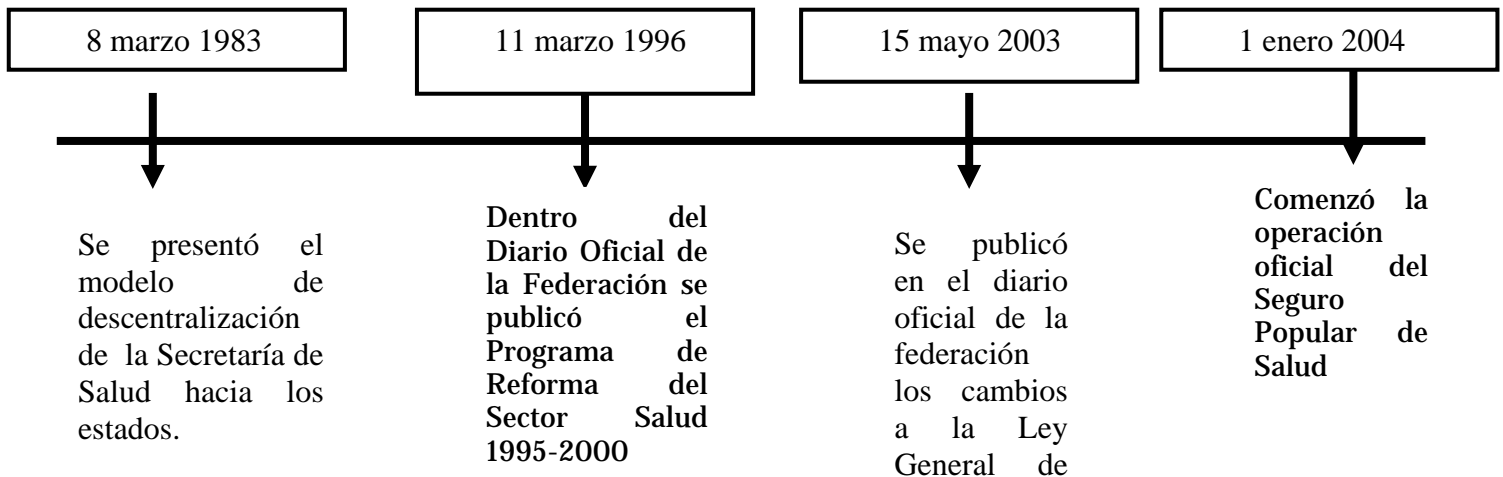
⁸ Lahera, Eugenio. *Introducción a las Políticas Públicas. Colección Brevarios N° 538*. Fondo de Cultura Económica. 2003. *pág. 27*

Políticas trascendentes para la respuesta del sistema de salud a las necesidades de atención a la población en México

1943-1978



1983-2004



Las instituciones que se presentan en el esquema han elaborado políticas públicas para la población, baste con mencionar como ejemplo, los ambiciosos programas de vacunación que ha realizado la Secretaría de Salud que desde los años 70 ampliaron su cobertura de manera exponencial, o los distintos programas nacionales contra la tuberculosis que desde el año de 1929 se han implementado, logrando un importante resultado en el control de dicho padecimiento⁹.

Una política pública permanente en los últimos 40 años ha tenido como eje central el lograr la cobertura universal en salud. Se ha expresado por medio de programas diversos desde IMSS Coplamar hasta el Seguro Popular de Salud, pasando por el Programa de Ampliación de Cobertura. A pesar de las crisis económicas (devaluación de la moneda, altos índices inflacionarios, incremento de la economía informal) y coyunturas políticas críticas (asesinatos políticos, conflictos pos electorales), la política pública por alcanzar la cobertura universal en salud se ha mantenido.

Por otra parte, también se ha impulsado a las instituciones de seguridad social como parte de una política pública específica dentro del sector salud. La cobertura de dichas instituciones se ha mantenido alrededor del 45-50% de la población del país, durante los últimos 15 años.

La seguridad social a los mexicanos es un derecho que el estado debe de ofrecerle a la población. Hasta ahora se ha aceptado en México la existencia de tres sistemas diferentes de salud: el primero es para aquellos que tienen acceso a los servicios de

⁹ La tuberculosis es una enfermedad cuya distribución está determinada por las condiciones de pobreza y los logros derivados de los programas de salud tienen un impacto relativo relacionado a la superación de dichas condiciones.

seguridad social a través de su condición de empleo, el segundo es, para quienes pueden acceder únicamente a las instituciones de asistencia pública y el tercero para los grupos de población que pagan por servicios privados, ya sea a través de la compra de seguros privados o directamente de su bolsillo. Sin embargo emerge actualmente otro enfoque que es apoyar un desarrollo equilibrado y armónico mediante el reconocimiento de que el derecho a la salud debe traducirse en la protección social de la salud, es decir esto implica que toda la población tenga acceso a servicios médicos de calidad homogénea, permanentes y que la atención sea equitativa. Todos estos aspectos son un requisito para la democratización de la sociedad. Esta ha sido la base para aceptar dicho derecho en los planes de desarrollo, identificando el concepto salud como el disfrute de un estado de bienestar integral, biológico, psicológico y social.

El concepto de atención igualitaria determina la necesidad de realizar acciones para proteger a todos los habitantes del país, sobre todo si, como el caso de la atención médica, dicho concepto se enfrenta al hecho de que existan grupos de derechohabientes que tengan acceso a una amplia gama de servicios a través de lineamientos legales, como por ejemplo: los usuarios del IMSS y del ISSSTE.

Por las acciones de seguridad social para los individuos derechohabientes, por las de asistencia pública a la población abierta y por las de salubridad general, se reafirma la responsabilidad del estado para proteger a la salud de los habitantes a través de sistemas o programas que contribuyan a disminuir los fenómenos de marginalidad y a conformar una sociedad más igualitaria en cuestiones de salud.

La seguridad social puede traducirse como una política pública creada para garantizar a los individuos servicios permanentes de salud y bienestar, así como

protección contra los riesgos que afectan sus ingresos y su participación dentro de la sociedad, como las enfermedades, la invalidez, la vejez y la muerte.

En la Ley del Seguro Social se establece como objetivo principal garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el beneficio individual y colectivo, es decir los servicios médicos forman parte de una seguridad social y esta forma parte de una política pública en salud, ya que cubre las demandas de la población que cuentan con la seguridad social.

Sin embargo como se mencionó al comienzo de este apartado existe población que no cuenta con seguridad social y que no está cubierta por esta política pública. Para atender a toda la población que no está asegurada fue creado el Seguro Popular de Salud que forma parte de una política general referida a la creación de un Sistema de Protección Social en Salud, que tiene entre uno de sus principales propósitos mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en salud y asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud. Lo anterior forma parte de una política pública dentro del sector salud, es decir el Seguro Popular es una política pública creada por el gobierno federal para atender la demanda en salud de la población que no se ha resuelto a través de la seguridad social.

Existe una relación directa entre los componentes principales de una política pública con las líneas estratégicas del SPSS y el SPS, y de manera más directa con el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

El Programa Nacional de Salud cuenta con once líneas de acción, de las cuales dos están diseñadas para combatir el reto de la inequidad, el rezago de salud de la

población en pobreza y extrema pobreza, además de brindar protección financiera en salud y proporcionar calidad en los servicios de salud. Estos elementos son trascendentales para la operación del SPS, porque dentro de sus objetivos está el brindar atención equitativa y con calidad a la población que demande sus servicios. La desigualdad y la inequidad son problemas que han ido creciendo en el país. Los problemas de rezago en salud principalmente se concentran en las comunidades rurales dispersas y en las periferias de las grandes ciudades.

La pobreza afecta a la salud de las personas, ellas presentar el riesgo de morir en edades tempranas mucho mayor que el resto de la población, sufrir el contagio de enfermedades infecciosas, desnutrición, etc. Por tal motivo es importante y necesario identificar a las personas pobres para, en consecuencia destinar a ellos los beneficios de las políticas públicas.

Otro problema a los que se enfrenta esta población es al rezago en atención para la salud, ya que no tienen los recursos suficientes para solventar un gasto en salud.

El reto de ofrecer calidad se refiere a brindar servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información, además de ofrecer a los individuos un trato adecuado por parte del personal de la Secretaría de Salud.

Ante el problema de desigualdad y calidad que se vive actualmente el sistema de salud debe de garantizar que los esquemas de financiamiento protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud.

Como se puede apreciar en lo expuesto en el presente apartado, el SPS forma parte de una política pública que busca dar respuesta a una serie de problemas que existen en el acceso a los servicios de salud. Los seis puntos planteados por Ruiz

(citados al inicio del apartado) se cumplen a cabalidad en cuanto al seguro popular, a saber: se identificó el problema, se percibió el problema a mediano y largo plazo, se seleccionaron soluciones, se establecieron objetivos y metas, se escogieron los medios y se está implementando.

Sirva lo anterior para ubicar el contenido del trabajo de tesis, en el que se hace una descripción amplia del SPS, sus primeros resultados y se identifican los principales retos que deberá enfrentar a corto y mediano plazo. Los resultados de este trabajo pueden ser una modesta aportación para revisar y mejorar una política pública en el sector salud.

Antecedentes

En este apartado se expone dos antecedentes: el primer se refiere a las instituciones que han generado modalidades cuyo objetivo ha sido, en términos generales, el de ofrecer acceso a los servicios de salud al mayor número posible de la población sin seguridad social. El segundo son programas que aunque no comparten la estructura y operación del Seguro Popular de Salud, si pueden ser considerados como experiencias previas con objetivos similares.

Instituciones

Instituto Mexicano del Seguro Social

EL Instituto Mexicano del Seguro Social tiene sus antecedentes en los últimos años de la época de Porfirio Díaz (1904), ya que en los estados México y Nuevo León existían esquemas de protección social para los trabajadores que sufrieran algún accidente durante su jornada de trabajo.

Para 1915 se formuló en el estado de Nuevo León un proyecto de Ley de Accidentes que establecía pensiones e indemnizaciones a cargo del patrón, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se establecía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita, (obrero-patrón-gobiern0), pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal.

En 1929, el Congreso de la Unión modificó el artículo 123 de la Constitución Política, específicamente la fracción XXIX, cuya nueva versión decía: “se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos”. Sin embargo hasta el gobierno de Ávila Camacho (1940-1946), se dan las condiciones para que en México se implemente la Seguridad Social. Para diciembre de 1942, se envían a la Cámara de Diputados y Senadores la propuesta de Ley para proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia. En el mes de enero de 1943 se creó el IMSS.

En la actualidad el Instituto cubre a 44,548 millones de derechohabientes y cuenta con una importante infraestructura 1,505 unidades de primer nivel, de éstas, 1,078 son unidades de medicina familiar y 427 son unidades auxiliares. Los 222 hospitales para la atención en el segundo nivel de estos, 125 también prestan servicios de medicina familiar. Tiene 41 unidades destinadas a resolver la demanda del tercer nivel de atención. Adicionalmente, se cuenta con 26 inmuebles, que apoyan la atención o están dedicados a la educación y la investigación médica. Sin embargo la problemática actual de la Institución se deriva de su frágil situación financiera.

Ello se traduce en servicios insuficientes para sus derechohabientes, situación que se agravará en los próximos años. Entre muchas carencias:

- no se invierte lo suficiente en equipo médico
- faltan plazas de médicos y enfermeras para operar plenamente la infraestructura ya construida, y se requiere mas infraestructura

- los recursos asignados a conservación y mantenimiento son insuficientes, con el consecuente deterioro de las instalaciones
- la capacidad instalada en el servicio de guardería es inferior a las necesidades de los trabajadores afiliados.

En la actualidad el Instituto enfrenta dos grandes retos: el primero derivado de su régimen de jubilaciones y pensiones, y el segundo del financiamiento de los gastos médicos para pensionados. Estos dos retos son de naturaleza distinta.

El primero es el reto más grande e inmediato por su magnitud y por la velocidad a la que crece el problema, y por las implicaciones que éste tiene en la operación del IMSS -y tendrá aún más en los próximos años. Se trata de un pasivo devengado que ya se acumuló, y que sigue aumentando.

Los gastos médicos de pensionados son un problema a mediano plazo, derivado de la transición demográfica y epidemiológica del país, que progresivamente genera costos de atención más altos. Se trata de un pasivo contingente a futuro.

Secretaría de Salud.

En 1920 comienzan a reorganizarse la sanidad básica en México, diez años después se crean los Servicios de Sanidad Federal en los estados. Para el año de 1934 la salud en México adquirió categoría política ya que esta fue incluida como iniciativa en el Plan sexenal de Lázaro Cárdenas.

Dentro del plan sexenal se incluyó la creación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales el cual se dedicó al estudio de los problemas de salubridad en México.

Para 1940 se creó la Secretaría de Asistencia Pública. Con la creación de esta institución se comienzan a realizar construcciones hospitalarias en la mayor parte de los estados de la república mexicana y en el distrito federal. Tres años después se celebró el primer Congreso Nacional de Asistencia el cual fue un parteaguas para que el Presidente Manuel Ávila Camacho expidiera el decreto de creación de la Secretaría de Asistencia de Salud Pública.

Desde su creación la institución operó bajo una estructura centralizada, pero en 1983 en el Plan de Desarrollo definió una política descentralizadora con el propósito de fortalecer al sistema federal mexicano. En el sector salud la descentralización estaba enfocada a los servicios de salud dirigida a la población abierta, esta acción implicaba que cada estado sería depositario de recursos y poderes así como de la administración de los servicios.

En esta etapa de la descentralización se agruparon en Sistemas Estatales de Salud la estructura de servicios de salud del Programa IMSS-COPLAMAR y de la SSA en los estados. La finalidad de esta unión fue aumentar la cobertura para la atención a la población sin acceso a las instituciones de seguridad social. Esta organización fue lenta y complicada ya que no existía coordinación entre las instituciones participantes.

En los años de 1988 y 1994 el proceso de descentralización se detuvo y a partir de 1995 en la administración del Presidente Ernesto Zedillo se retomó este proceso. En 1996 en el Diario Oficial se publicó el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, dentro del cual se dio una amplia continuidad al proceso de descentralización de los años ochentas, lo cual ayudó para que los estados que aun

estuvieran centralizados, se integraran al nuevo esquema. Para 1999 todos los estados se habían descentralizado.

En mayo del 2003 se publicó en el Diario Oficial las modificaciones a la Ley General de Salud, estos cambios tuvieron como principal objetivo incluir en la ley al Sistema de Protección Social en Salud, un modelo en el cual las personas sin seguridad social estarían protegidas a través del Seguro Popular.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

En 1952 la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro inició la atención a los empleados públicos y jubilados, estos servicios fueron ampliados en 1957, no obstante esta dirección se tuvo que reestructurar porque presentaba limitaciones en su funcionamiento.

El 31 de diciembre de 1959 se aprobó la creación del ISSSTE y mismo que empezó a operar e el 1 de enero de 1960. Este organismo se ha dedicado exclusivamente a la asistencia médica y social de los trabajadores del estado. Desde sus inicios el ISSSTE ha tenido como objetivo mejorar la calidad de vida de los servidores públicos.

En la actualidad el ISSSTE cubre a 10, 601 millones de la población mexicana con y cuenta con infraestructura de 1,130 unidades de primer nivel de atención, 103 para el segundo nivel y 11 dedicados al tercer nivel.

Programas

IMSS- COPLAMAR

Los Servicios Coordinados de Salud Pública, hasta la década de los setenta, fueron la dependencia principal para atender las necesidades de salud de la población no asegurada en todo el país. En 1973, bajo el concepto de Solidaridad Social, el Instituto Mexicano del Seguro Social empezó a organizar, establecer y otorgar atención médica, farmacéutica y hospitalaria a población marginada rural, suburbana y urbana. El financiamiento de dicha atención estaba a cargo de la Federación, el IMSS la proporcionaba y los propios beneficiarios ofrecían en reciprocidad participar en acciones de beneficio colectivo.

El programa IMSS-COPLAMAR como tal, surgió en 1978 con un modelo de atención integral a la población. Entre las estrategias generales del programa destacaban: a) acciones específicas que responden a problemas locales; y b) vinculación de recursos de la comunidad con los del programa y de otras instituciones públicas responsables del desarrollo rural. Por su modelo de atención y la incorporación de la población, así como por su amplia cobertura, el IMSS-COPLAMAR trascendió las políticas sexenales y se conserva actualmente como IMSS-Oportunidades.

En el sexenio 1976-1982, con el propósito de coordinar los servicios del IMSS COPLAMAR con los de la SSA, se conformó una estructura dependiente de la Presidencia de la República: la Coordinación de los Servicios de Salud.

En México los dos organismos principales que atendían los problemas de salud de la población son la SSA, que se ocupaban en general de la población marginada en las grandes urbes y el Programa IMSS Coplamar, que se orientaba básicamente a zonas rurales.

En 1983, el IMSS se hizo cargo total de la responsabilidad del programa, que continuó siendo financiado con recursos federales conociéndose, a partir de 1990, como IMSS Solidaridad; desde entonces ha tenido gran importancia por sus recursos y cobertura en salud. Este programa del IMSS ha funcionado con un modelo diferente al del régimen ordinario, y se constituyó en un pilar importante para ampliar la cobertura de servicios de salud a población no asegurada complementando parte de las funciones de la SSA.

Durante la primera etapa de la descentralización (1982-1986) de los servicios de salud, en 14 estados de la República se fusionó el IMSS COPLAMAR con los servicios estatales. Para la segunda etapa (1994- 2000) el objetivo era hacer lo mismo en los estados restantes pero una fuerte oposición lo impidió. A la fecha el hoy llamado IMSS Oportunidades sigue operando con un modelo muy similar al original y se calcula que su cobertura llega a 10 millones de mexicanos.

Programa de Ampliación de Cobertura

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) inició en 1991 en el Distrito Federal y en cuatro estados de la República Mexicana: Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca. Destacaron dos criterios para su selección: su nivel de marginación y el bajo presupuesto dedicado a salud (el gasto per capita en salud para la población no asegurada era menor a la media nacional).

De acuerdo a los Lineamientos de Operación del programa de ampliación de cobertura el PAC inició su operación con un préstamo otorgado por el Banco Mundial de 180 millones de dólares, con una aportación federal de 30 millones de

dólares y con aportaciones estatales de 40 millones. Estas contribuciones se destinaron básicamente a la creación de infraestructura sanitaria.

En 1995 el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo otorgaron un nuevo préstamo al gobierno federal de 1,000 millones de dólares para el Programa de Servicios Sociales Esenciales (PROSEDES), el gobierno de México contribuyó con otros 1,000 millones de dólares. Con la suma del crédito y de la aportación del gobierno federal el PAC se amplió a 11 estados para 1996 y en 1999 el Programa ya operaba en 19 entidades federativas.

El PAC tenía como principal objetivo otorgar atención efectiva e integral a 10 millones de mexicanos que habitaban principalmente en municipios de alta y muy alta marginación y en localidades que carecen de las condiciones sanitarias más elementales (falta de agua, viviendas con piso de tierra, carencia de drenaje).

El PAC se instrumentó a través del Paquete Básico de Servicios de Salud por medio del cual se ofrecía atención gratuita en curación, rehabilitación, todo tipo de estudios, análisis e intervenciones quirúrgicas en los diferentes niveles de atención a la salud. Entre otros servicios se incluían: planificación familiar, atención prenatal, del parto, del puerperio y recién nacido, vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, manejo de casos de diarrea en el hogar, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de tuberculosis pulmonar, de hipertensión arterial y de diabetes mellitus, además de capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.

El Paquete Básico fue diseñado con base en el objetivo de conjuntar acciones de alto impacto, bajo costo y técnicamente factible como respuesta a los principales problemas de morbilidad y mortalidad de la población marginada.

Régimen Voluntario dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social

El Régimen Voluntario está vinculado con el Instituto Mexicano de Seguridad Social, los trabajadores en industrias familiares, los independientes como profesionales, pequeños comerciantes, artesanos y demás trabajadores no asalariados como los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios pueden acceder a los servicios médicos otorgados del IMSS, a través del Régimen Voluntario o Seguro Voluntario.

Toda persona que se incorpore al seguro de forma voluntaria deberá pagar anualmente la cuota establecida correspondiente al grupo de edad al que pertenezcan (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Cuota anual por edad para el Régimen Voluntario del IMSS, 2004

Edad del miembro de la familia en años cumplidos	Cuota anual en moneda nacional por miembro del grupo de edad.
0-9	889
20-30	1,039
40-59	1,553
60 o más	2,337

Fuente: ISEF *Fisco Nomina 2004*, ed. Ediciones fiscales México, 2004

El seguro voluntario es financiado por el gobierno federal y por el asegurado. Cada asegurado paga mensualmente una cuota diaria equivalente al 13.9% del salario mínimo general diario para el Distrito Federal (en el 2004 el salario mínimo para el DF es de \$45.24), es decir, al día pagaran \$6.28 y mensualmente \$194.6. El gobierno federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por asegurado equivalente al 13.9% de un salario mínimo general para el Distrito Federal.

El usuario del Régimen Voluntario tiene derecho a:

- Asistencia médica quirúrgica
- Medicamentos
- Asistencia hospitalaria.

La asistencia médica es obligatoria desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de la incapacidad. Al seguro voluntario también brinda cobertura a las mujeres embarazadas, en alumbramiento y en el puerperio para las mujeres en las tres categorías anteriores las prestaciones son las siguientes:

- Asistencia obstétrica
- Ayuda en especie por los meses de la lactancia
- Una canastilla para el recién nacido.
- El régimen voluntario se creó por la necesidad de beneficiar a más población con los servicios del IMSS.

Las similitudes de estos programas con el Seguro Popular son diversas una de ellas es, debido a la situación de pobreza extrema que vive la población a la que van dirigidos estas políticas se ha intentado ampliar la cobertura en salud, sin afectar económicamente a esta población, ya que la mayoría realiza gasto de bolsillo, el cuál ocasiona un gasto catastrófico para los hogares pobres.

A través de estas políticas públicas la población accede a un paquete de servicios, (13 intervenciones) que si bien no cubre muchas de las necesidades de salud, en cambio el Seguro Popular busca ampliar la capacidad de oferta y demanda de la infraestructura, además de ofrecer un paquete de 91 intervenciones tanto para el primer nivel como el segundo nivel de atención. De acuerdo a la Secretaría de Salud estas intervenciones cubren el 85% del total de la demanda de atención.

Capítulo II. El Programa Nacional de Salud 2001-2006

El gobierno mexicano a través del Plan Nacional de Salud 2001-2006 propuso a la Nación una visión del país a mediano plazo en el cual los mexicanos pudiéramos aspirar a vivir en un ambiente integral de mayor calidad de vida colaborando armónicamente en la construcción de una economía más competitiva y una sociedad más justa y más humana.

Sin embargo, no podemos aspirar a construir un país en el que todos cuenten con la oportunidad de tener un alto nivel de vida, si nuestra población no posee la educación que le permita, dentro de un entorno de competitividad, planear su destino y actuar en consecuencia; tampoco será posible si la población no cuenta con servicios adecuados de salud que le permitan mantenerse sano, recuperarse en caso de enfermedad y desarrollar una buena calidad de energía humana que le de acceso a una buena remuneración y por ende a los demás satisfactores.

En materia de salud, aspecto esencial para el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo de cualquier país, la situación actual esta marcada por los rezagos acumulados en cobertura y calidad, y la desigualdad en los niveles de salud y distribución de recursos entre grupos sociales y regiones.

La salud es la base del trabajo, la educación y la cultura por tal motivo el sector salud tiene un doble compromiso: mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones además de ampliar la cobertura de los

servicios fortaleciendo su coordinación con otras secretarías federales como La Secretaría de Desarrollo Social. El objetivo de este fortalecimiento es para que más personas tengan acceso a los servicios de salud, por tal motivo para este sexenio 2001-2006 el Programa Nacional de Salud 2001-2006 pretende impactar en el desarrollo económico y en el bienestar y la seguridad social. Para el sector salud estos tres elementos son de vital importancia ya que a través de ellos cada persona logrará obtener condiciones óptimas para conseguir un buen estado de salud.

2.1 Descripción general

En el sexenio 2001 – 2006 el gobierno federal, considera a la salud como una herramienta esencial para la gente obtenga las mismas oportunidades en el campo laboral, social y económico. La Secretaría de Salud ha ideado una política nacional con propuestas y estrategias para mejorar la salud de todos los mexicanos y así otorgarle a cada uno de ellos lo necesario para ser personas saludables, competitivas y productivas.

Uno de los principales objetivos del Programa Nacional de Salud es lograr la equidad social en los mexicanos, ya que en la actualidad México experimenta un estado de rezago en salud.

Para el Programa Nacional de Salud, la pobreza trae consigo el riesgo de morir en edades tempranas, mucho mayor que el resto de la población y además de sufrir de las mismas enfermedades de otros grupos sociales.

Por otro lado, se reconoce que el rápido crecimiento de la población es uno de los factores causantes del rezago. "En México la población mexicana creció más de

siete veces en el siglo XX, al pasar de 13.5 millones en 1990 a 97.5 millones en el año 2000¹⁰.

El Programa Nacional de Salud se divide en cuatro grandes apartados. El primero consiste en la situación actual del sistema de salud, es decir, su entorno y retos a los que se enfrentará. Se destaca que uno de sus principales retos es brindar una atención efectiva e igualitaria. El segundo se presentan los objetivos cuya pretensión es cumplir en el mediano plazo. En el siguiente apartado se definen las funciones con las cuales el sistema de salud deberá alcanzar para mejorar la salud de todos los mexicanos. En el apartado final se plantea cómo se establecerán una serie de mecanismos para medir los avances del Programa con el propósito de *rendir cuentas a la sociedad*, de manera periódica y sistemática, de los logros y/o problemas dentro del sector salud.

A continuación se hace una descripción un poco más detallada sobre los apartados uno y tres, ya que se consideran de mayor relevancia en cuanto a la relación con los objetivos del presente trabajo.

2.1.1 La situación actual en salud y sus retos

En este apartado se plantea que el principal desafío del sistema de salud es lograr la equidad entre la población, en ella se han suscitado cambios sociales que son provocados por la intensa transformación económica, científica y tecnológica. Entre los retos definidos en el Programa Nacional de Salud se establece que:

¹⁰ SSA Programa Nacional de Salud 2001-2006. México 2001 pág. 89

"En el terreno económico se enfrentan al reto de hacer de la industrialización, la apertura comercial y la liberación económica, instrumentos que ayuden a incrementar nuestro nivel de desarrollo y generar mejores ingresos, los que sin duda influirán en la demanda de la atención."¹¹

Se considera a la industrialización como la apertura comercial y el libre mercado serán factores que ayudarán a generar nuevas fuentes de empleo que incrementen los ingresos de la población, lo cual a su vez servirá para un mejoramiento en las condiciones de salud de la gente.

"En el campo científico la biotecnología, informática y telecomunicaciones prometen ampliar la capacidad de los servicios para identificar y resolver los problemas de salud"¹². La existencia de un mayor flujo de dinero traerá consigo nuevos avances y la adquisición de equipo más sofisticado, logrando así reducir considerablemente los problemas a los que se enfrentan los usuarios de los servicios públicos en salud.

El principal problema de los servicios públicos en salud es la sobre saturación de ellos. Dentro del Programa Nacional de Salud se expone que una aceleración en el crecimiento de la población causa una alza en la pobreza y en las enfermedades ya que en menos de "30 años el país acumulo rezagos que deben corregirse, al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas maternos infantiles"¹³ son causa de la pobreza y la enfermedad, estos son males que por lo general se presentan juntos.

¹¹ *Ibidem*, pág 51

¹² *Ibidem* pág. 80

¹³ *Ídem*.

El hecho de no recibir un ingreso monetario ocasiona que las personas que viven en pobreza no tengan una alimentación regular, desarrollando desnutrición tanto en adultos como en niños; la desnutrición es uno de los factores que provoca la mortalidad infantil.

En materia de salud hasta 1950 no se contaba con una gran cobertura a la atención prenatal, provocando así elevadas tasas de mortalidad, riesgos de bajo peso del recién nacido y otras afecciones prenatales. Para años más recientes la Secretaría de Salud generó acciones para evitar el enorme avance de esa problemática contribuyendo a la disminución de la mortalidad infantil, no obstante el problema persistía y aún persiste. A través de estos programas específicos de la Secretaría de Salud ha pretendido identificar a los sociales más afectados por esta situación, para brindarles una ayuda que disminuya tal fenómeno social.

Otro de los problemas que presentan aquellos grupos dentro de la pobreza en cuestión de salud es que al enfermarse tarda más en curarse o simplemente no logra sanar por su situación marginal. Si no logran curarse generará indiscutiblemente un riesgo económico para su familia pues estarán en la necesidad de llevar a cabo acciones para el cuidado de la persona enferma, tales como: tratamientos largos y costos, que la mayoría de las veces no logran cubrirse así como, el tiempo que se le dedicará al cuidado del enfermo. Todo ello provoca en la precaria situación económica un gasto adicional, obviamente, no contemplado en los gastos familiares estimados, acelerando con rapidez la situación de deficiencia económica para resolver contingencias de esta naturaleza.

"Por lo tanto es necesario establecer indicadores que permiten anticipar la aparición de gastos que precipitan la pobreza."¹⁴ Esta es una tarea que los gobiernos federal y estatal realicen para lograr una disminución del gasto catastrófico familiar enfrentando la atención de las enfermedades.

¹⁴ *Ídem*

Para avanzar en el rezago y solución de la problemática planteada, el gobierno federal, a través del Programa Nacional de Salud presentó una estrategia donde se establecen una serie de acciones que en materia de salud se seguirán para mejorar y garantizar la salud de los mexicanos. Se definen diez estrategias vinculadas al fortalecimiento del sistema de salud, a saber:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud.
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de la elección en el primer nivel de atención.
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Para efectos del presente trabajo, de las diez estrategias sólo se abordaran la estrategia dos y la cinco. Se plantean éstas estrategias porque sus elementos están relacionadas con la planeación del SPS, ya que ellas engloban, rezago en salud, calidad, protección financiera, inequidad, temas prioritarios en la operación del SPS.

Estrategia dos: Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

Pretende combatir los daños en salud a los que están expuestas las personas que viven en pobreza, la desnutrición, infecciones y una mala reproducción, es decir niños que nacen con discapacidades diferentes entre otras, causando un gasto no necesario, no sólo a su familia sino también al sistema de salud. Para esta estrategia se han formulado seis líneas de acción, con el fin de reducir las enfermedades que se presenta en la población de bajos recursos.

Dichas líneas son:

- 1.** Garantizar un arranque parejo en la vida. Está relacionada con la atención prenatal, el crecimiento y el desarrollo de los integrantes más pequeños de la familia.
- 2.** Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas. Según cifras del INEGI existen ocho millones de indígenas en México distribuidos en 63 grupos étnicos. Estos conforman uno de los sectores más vulnerables de la población en cuestiones de salud, ya que según los indicadores de salud "presenta

mortalidad natal materna y alta prevalencia de desnutrición. Es una población con elevada fecundidad y períodos intergenésicos cortos"¹⁵

3. La pobreza no sólo genera desnutrición o problemas de reproducción, también puede originar enfermedades de mayor complejidad como SIDA, diabetes y adicciones.

4. Una buena salud está relacionada con la higiene de la familia; si no existe este hábito es probable generar enfermedades infecciosas. Esta línea promociona acciones para evitar los brotes de estas enfermedades a través de campañas de higiene en el hogar.

5. El cáncer cérvico-uterino es la principal causa de muerte en mujeres de 25 años y más. Es difícil de combatir porque no sólo se requiere de atención médica, también de novedosa infraestructura que es muy limitada para los pacientes con dicha enfermedad.

6. El rezago también trae como consecuencia, el cólera, oncocercosis, rabia, lepra, etc. Esta línea está diseñada para la promoción de campañas para evitar y prevenir cualquiera de estas enfermedades de transmisión.

Estrategia 5: Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.

A mi entender esta estrategia se diseñó como otra alternativa para integrar a toda la población excluida del sistema público de salud, y que no pueden cubrir una cuota superior a la de sus ingresos mensuales o quincenales. Por esta razón el objetivo de dicha estrategia es idear un seguro donde se incluya a todo aquel que

¹⁵ *Ibídem* pág. 91

no estén incorporadas a la economía formal y mediante el pago de una anticipada pueda cubrir sus gastos en salud. Esta estrategia está diseñada para brindar una protección financiera en materia de salud a toda la población.

Las enfermedades son acontecimientos impredecibles. El hecho de adquirir alguna enfermedad requiere de una atención, por lo general costosa. De hecho cuando el pago por la sanación es del bolsillo personal se incurre en un gasto catastrófico.

En el Programa Nacional de Salud se definen cuatro líneas de acción para combatir al empobrecimiento de la población.

1. "Consolidar la prestación básica y promover un seguro de salud popular. La meta de esta línea es implantar un seguro universal de salud que estima reducir el gasto catastrófico para el 2006 en un 75%"¹⁶

2. Promover y ampliar la afiliación al seguro social. El seguro social a rebasado la demanda, existiendo una saturación de sus derechohabientes, este no ha sido el único problema del seguro social, también "la modalidad de financiamiento ha sufrido una fractura desde los años ochentas, la seguridad social empezó a perder terreno en materia de aseguramiento de la población trabajadora ya que la alta carga impositiva de las cuotas obrero patronal sobre la nómina, que desalentaba la creación de empleados asalariados formales y el acelerado crecimiento del sector terciario de la economía"¹⁷.

3. Ante la ausencia de un seguro que pueda cubrir a la población de escasos recursos o a la población sin derechohabiencia del IMSS se creo el Seguro Popular

¹⁶ *Ibidem* pág. 92

¹⁷ *Ibidem* pág. 116

de Salud con una promoción de prepago anticipado para la atención médica. Se diseñó esta línea para fomentar la cultura del pago anticipado por enfermedad.

4. La ubicación geográfica o la situación financiera no debe ser obstáculo para la integración al SPS. El alto crecimiento poblacional de los últimos treinta años ha generado pobreza y rezago para las personas en comunidades rurales, dispersas y en las periferias de las ciudades. Para evitar el crecimiento de la pobreza en salud, la Secretaría de Salud trata de reducir las desigualdades presentadas en dichas comunidades, la creación de programas de asistencia social permite que cada uno de estas personas tenga la misma calidad en atención.

2.2 En busca de la equidad

Dentro de los planteamientos generales del Programa Nacional de Salud, el punto de la equidad se encuentra presente de manera constante, sin duda es uno de los problemas identificados como medulares dentro del sistema de salud en México. A lo largo de 30 años, el rezago de pobreza en México se ha ido incrementado ocasionado una desigualdad dentro de la población, afectando de manera más notable a la que vive en condiciones de pobreza. El campo de la salud se ve afectado porque la pobreza trae consigo incidencia de las enfermedades, por esta razón uno de los puntos principales de este sexenio, es una mayor apertura a la equidad en los servicios de salud, ya que si hubiera una mejor distribución de la riqueza menos familias estuvieran expuestas a enfermedades por ejemplo: “para 1999 la tasa de mortalidad infantil en San Martín Huamelulpan Oaxaca fue de 103 x 1,000 nacidos

vivos mientras que en San Nicolás de los Garza García en Nuevo León fue de sólo 9”¹⁸. Esto es un ejemplo de la desigualdad que se vive actualmente en el país.

En el Programa Nacional de Salud se formulan cuatro puntos hacia la transición de la equidad: dinámica de la población, desigualdades en los daños a la salud, problemas emergentes y riesgos para la salud

Daños a la salud Se refiere al cambio epidemiológico que ha sufrido la población desde 1950 hasta 2000, “en la década de 1930 uno de cada cinco niños moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de los hombres adultos morían antes de los 35 años. Actualmente el 97% de los recién nacidos alcanzan su primer aniversario y la mayoría de los hombres pueden aspirar a vivir 75 años o más. Desde 1950 al 2000 hay un incremento de la población 72.4% pero en 1950 existía un mayor número de habitantes entre los 0 -14 años de edad en cambio la población adulta de 15 - 65 años”¹⁹.

2.3 La protección financiera a la población

Otro aspecto resaltado en el Programa Nacional de Salud se refiere a la necesidad de establecer un sistema de protección a la población, para proteger a las familias de posibles gastos catastróficos generados por un problema de salud entre otros como consecuencia del difícil acceso a los servicios de salud.

A partir de un breve diagnóstico, se ha reconocido que el sistema de salud en México no ha logrado evitar gastos excesivos relacionados con la salud. Retomando información de encuestas, como la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en Hogares, se muestra que el 90% del gasto privado en salud proviene del bolsillo de

¹⁸ *Ibidem* pág. 18

¹⁹ *Ibidem* pág. 31

las familias. Con base en dicha información se calcula que cerca de tres millones de familias se ven obligadas a gastar más de la tercera parte de su ingreso disponible para atención de la salud. Lo anterior es más común en los hogares en peores condiciones socioeconómicas.

Por otra parte existen amplias capas de la población que posponen en repetidas ocasiones la atención de su salud o que deciden ya no buscar atención debido a que carecen de recursos económicos. Muchos enfermos con enfermedades crónicas degenerativas ven agravada su salud por falta de atención adecuada y oportuna. Lo anterior no es sólo un problema de gastos excesivos en la salud, es sobre todo un problema de equidad, un problema de desigualdad con resultados negativos para el conjunto de la sociedad.

Así uno de los importantes retos del sistema de salud es proteger e impedir que un problema de salud no sea la causa por la cual una familia puede perder su patrimonio o contraer deudas económicas o agravar sin remedio su salud.

El programa Nacional de Salud es la herramienta mediante el cual, el Gobierno de la República se propone alcanzar el objetivo de otorgarle a más personas equidad y calidad en los servicios de salud, el Seguro Popular de Salud es el instrumento mediante el cual se logrará.

Capítulo III. Esencia del seguro popular de salud

3.1 La justificación oficial

De acuerdo a lo señalado en las Reglas de Operación del Seguro Popular, del 4 de Julio del 2003, la población que labora por su cuenta, o que trabaja por honorarios, por lo general no disponen de la seguridad social.

La población que no cuenta con los recursos suficientes para pagar un médico privado puede acudir a la Secretaría de Salud o recibir atención, a los dispensarios médicos o asiste a las farmacias Similares. La población que ocupa los servicios de la Secretaría de Salud se le conoce como población no asegurada porque no se beneficia con la asistencia de otras instituciones como el IMSS o el ISSSTE. La población no derechohabiente frecuentemente realiza gastos de bolsillo, que primordialmente son destinados a consultas médicas y medicamentos afectando principalmente a las familias de bajos ingresos.

“Uno de cada cuatro mexicanos ha pospuesto su atención médica por problemas económicos, un ejemplo de esto son: los enfermos y discapacitados 36%, los analfabetas 29%, los mayores de 65 años 35%, la población de bajos ingresos 25% y los que no están afiliados a alguna institución de seguridad social 28%”²⁰. Esto indica que en la actualidad las familias enfrentan inconvenientes para cubrir los costos de una atención médica privada, pues no sólo es la consulta sino los medicamentos, hospitalización, estudios, tratamientos, análisis, etc.

La postergación de los servicios y los altos costos que las familias deben de cubrir para obtener una atención médica, fue una de las razones para que la Secretaría de

²⁰ SSA. *Reglas de Operación 2003* en Diario Oficial de Federación

Salud creará el Seguro Popular de Salud, un instrumento cuyo principal objetivo brindar será protección financiera, reducir el gasto de bolsillo y promover una atención de calidad y oportuna a la población afiliada a este programa.

3.2 Financiamiento del seguro popular

La protección financiera ha sido considerada como un elemento clave para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. De hecho la Organización Mundial de la Salud propuso una metodología para llevar a cabo esta evaluación. La protección financiera está relacionada con la capacidad del sistema de salud en cada país para garantizar el acceso a los servicios por parte de la población eliminando las barreras económicas existentes. En países como México, estas barreras tienen un mayor efecto particularmente entre los grupos más pobres de población por lo que el diseño de un sistema de financiamiento equitativo, que priorice a los grupos más pobres es fundamental.

El Seguro Popular se diferencia de los seguros privados, ya que estos consisten en prepagos que cubren riesgos individuales típicos de la edad y condiciones del asegurado mientras que el Seguro Popular solidariza los costos de atención de la población, por lo que los pagos se refieren más en un contexto de “aportación familiar” que depende de la capacidad de pago y no de la situación de riesgo de la población. Así se reduce la posibilidad de que padecimientos individuales, cuyo costo habitualmente recae en la familia, llegue a afectar el nivel de vida o a poner en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas. En este sentido, el Seguro Popular se inserta dentro de los esquemas de aseguramiento caracterizados por el prepagos pero con un fuerte componente de equidad en el financiamiento.

El financiamiento del Seguro Popular es fundamentalmente público, mediante un subsidio complementado con una contribución menor de los asegurados, así como por recursos fiscales federales asignados en el presupuesto de Egresos de la Federación. Las contribuciones a dicho sistema de salud por parte de los beneficiarios serán proporcionales a su capacidad de pago. Desde esta perspectiva, la importancia estratégica del Seguro Popular estriba en que su operación se basa en un esquema de aportaciones solidarias el cual reduce la posibilidad de que padecimientos, cuyo costo habitualmente recae en la familia, llegue a afectar el nivel de vida o poner en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas.

De acuerdo a las Reglas de Operación el seguro popular tiene tres fuentes de financiamiento. La primera es la cuota social, que es una aportación del gobierno federal misma que es calculada a partir de los criterios usados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) pero en el caso del SPS es a nivel familiar y no a nivel individual. Esta aportación aparece a partir de la aprobación de la Ley de Protección Social en Salud y se hace efectiva desde el primero de enero del 2004. La cuota equivale al 15% del valor anualizado del salario mínimo vigente en el Distrito Federal, es decir 2,390 pesos (para 2003). Según los acuerdos entre la federación y los estados estos recursos son para compra de medicamentos, pago de honorarios a personal de salud y pago de equipo médico e infraestructura.

A la segunda fuente se le conoce como aportación solidaria, que tiene su origen en los presupuestos federal y estatal para el financiamiento del programa. La aportación federal se calcula en 1.5 veces la cuota social (3,585 pesos para 2003). Tanto la cuota social como las aportaciones solidarias federal y estatal se ajustan anualmente de acuerdo al incremento del salario mínimo.

Finalmente, la tercera fuente es la cuota familiar misma que equivale al pago que cada familia hace por su afiliación trimestral, semestral o anual la cual es progresiva de acuerdo a la condición socioeconómica de la familia. (En algunos estados los gobiernos estatales están financiando las cuotas familiares).

La suma de los fondos mencionados se distribuye de la siguiente manera: el 89% se utiliza para financiar del Catálogo de Servicios Esenciales en Salud, el 8% se destina al fondo de atención de enfermedades catastróficas y el restante 3% constituye el fondo de previsión presupuestal, del cual las dos terceras partes se utilizan para el desarrollo de infraestructura y la parte restante para apoyo de tareas de emergencia.

3. 3 Los objetivos y metas del Seguro Popular de Salud

En las Reglas de Operación del 2003 se asienta que el objetivo general de Seguro Popular de Salud es proporcionar una garantía económica a la población que no cuenta con ninguna protección social que por su condición laboral y socioeconómica enfrentan dificultades para cubrir sus gastos en materia de salud.

Los objetivos específicos son:

- Aminorar el gasto de bolsillo que pone en riesgo el empobrecimiento a las familias más vulnerables por su estado de salud y nivel socioeconómico
- Promover la atención oportuna en materia de salud de las familias, evitando el aplazamiento y el consecuente agravamiento por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esa prestación en materia de salud.

Las metas del Seguro Popular consisten en afiliar para atender a todos los mexicanos sin un seguro para la salud, por tal motivo para cada año se estableció una meta de afiliación. (ver cuadro 4)

Cuadro 4. Metas de afiliación al Seguro Popular por familias.

Año	Meta de afiliación	Familias acumuladas
2002	295,513	
2003	623,000	
2004	1.5 millones	2,024,000
2005	1.5 millones	3,524,000
2006	1.5 millones	5,000,000
2010	45 millones	11,250 millones

Fuentes: Fundación Mexicana para la Salud, *El sistema de salud en México, Reformas y retos*, noviembre del 20003
 Angeles Cruz; *Quedaran trucas metas del Seguro Popular; escasos recursos: Frenk. La Jornada* (México D.F) 18/02/04 pag. 18

La Coordinación Nacional del Seguro Popular le otorga a cada estado su meta de afiliación los estados deben de idear estrategias para que estas se cumplan, en algunos estados las metas han sido rebasadas por tal motivo para los años 2002 y 2003 la meta nacional ha sido modificada. Sin embargo de acuerdo a lo señalado por el Secretario de Salud para el año 2004 la meta de afiliación no será cumplida ya que el presupuesto del Seguro Popular fue de 3 mil 800 millones de pesos, es decir al Seguro Popular le redujeron mil 500 millones de pesos.

De acuerdo a la planeación del Seguro Popular cada año debe de haber un crecimiento de 1.7 millones por año de afiliados para que en el 2010 se logre cubrir los 45 millones de mexicanos sin protección social en salud.

3.4 Lineamientos generales y operación

El Seguro Popular de Salud (SPS) es una política pública instituida sin ningún fin político, está diseñando para ser adquirido de forma voluntaria. El SPS es financiado mediante una subvención federal procedente de recursos fiscales de acuerdo a lo establecido en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y por cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación.

A través de un estudio socioeconómico realizado por los encargados de la parte operativa del Seguro Popular, se establece los montos que deberá cubrir la población que si desea afiliarse a este programa. Los criterios de este estudio y de las cuotas a pagar se aplicara a nivel nacional, es decir, ningún estado se exenta de este procedimiento. El propósito de este estudio socioeconómico en primera instancia fue arrojar información específica de la población objetivo, es decir, la población a la que va dirigida el SPS para que las cuotas sean las adecuadas al nivel de ingresos de cada familia que se inscribe al Seguro Popular, sin lastimar el bolsillo y el ingreso mínimo con el cual viven.

3.1.1 Cobertura

El Seguro Popular comenzó en diciembre del 2001 con un pilotaje en 5 estados de la República Mexicana: Aguascalientes, Jalisco, Colima, Tabasco y Campeche.

Según lo establecido en la Reglas de Operación 2002 (Diario Oficial de la Federación 15 marzo del 2002) éstas entidades federativas fueron seleccionadas por:

- Baja cobertura de seguridad social
- Existencia de capacidad para ofrecer los servicios

- Grandes concentraciones urbanas y semiurbanas
- Existencia de grupos beneficiarios de programas sociales del gobierno federal como OPORTUNIDADES y PROCAMPO

Para los años 2002 y el primer semestre de 2003 el Seguro Popular ya se encontraba operando en 16 entidades: Baja California Sur y Norte, Sonora, Sinaloa, Coahuila, Zacatecas, Tamaulipas, San Luis Potosí, Guanajuato, Hidalgo, Edo de México, Morelos, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla y Quintana Roo. En el segundo semestre del 2003 se incorporaron al Seguro Popular: Veracruz, Michoacán, Monterrey y Tlaxcala. En enero del 2004 Yucatán, Nayarit y Querétaro se integra al Seguro Popular. Para el 2004 el Seguro Popular se desarrolla en 29 estados de la República Mexicana faltando así Durango, Chihuahua y el Distrito Federal (ver mapa).

De acuerdo a las Reglas de Operación 2003 (Diario Oficial de la Federación 4 de Julio del 2003), los criterios de selección que se adoptaron para que en los estados se llevará a cabo el Seguro Popular, fueron los siguientes:

- Baja cobertura de seguridad social
- Mayor número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso
- Capacidad para garantizar la provisión de los servicios cubiertos por el Programa SPS
- Demanda potencial de afiliación
- Solicitud explícita de las autoridades estatales
- La existencia de suficiencia presupuestal en el programa

3.1.2 Características de los apoyos para la operación del programa

El Seguro Popular para el 2003 cuenta con un catálogo donde se describen las 78 intervenciones que comprende este programa, y de acuerdo a los servicios más demandados por los centros de salud y los hospitales generales de segundo nivel, fue como se decidieron y estipularon estos servicios “Este Catálogo de Servicios Esenciales en Salud (CASES) responde a las necesidades y demanda de los servicios de la población. En el año 2003 el costo anual promedio per cápita nacional de las intervenciones que se ofrecen en el (CASES) se estima de \$1,572.22.”²¹ Esta cantidad se ajusta de acuerdo a las condiciones salariales de los estados y al número de servicios que ofrece en el CASES.

“El gobierno federal destina un subsidio base por familia afiliada. El monto de recursos del subsidio base per cápita, se calcula a partir del costo per cápita promedio del CASES estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud”²². Es decir, el financiamiento del Catálogo de Servicios Esenciales en Salud funciona a través de una mancomunicación entre el gobierno federal y el estatal; el gobierno federal aportará la cantidad adecuada de acuerdo a las intervenciones con mayor demanda de las familias afiliadas al Seguro Popular por estado, de tal manera que cada entidad federativa contará con recursos diferentes (ver anexo 4). La aportación que se hace al CASES, no incluye cuotas para los procesos de afiliación, reafiliación, promoción, difusión y compra de medicamentos.

²¹ *Ídem*

²² *Ibídem* pág. 45

3.1.3 Beneficiarios

Como se mencionó en los lineamientos generales del Seguro Popular el programa esta dirigido, a la población que no cuenta con seguridad social proporcionada por el IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX ni con algún servicio privado.

Para ser afiliado al Seguro Popular se deben de cubrir los siguientes requisitos:

- Residir en los estados donde opere el Seguro Popular
- No ser derechohabiente de la seguridad social
- Inscribirse al programa de forma voluntaria
- Cubrir puntualmente con la cuota asignada

Los usuarios al Seguro Popular tienen derecho de percibir atención médica sin discriminación en el centro de salud y/o en el hospital que le ha sido asignado de acuerdo a su zona de residencia, a los usuarios del SPS se les debe de ofrecer trato digno, medicamentos que estén dentro del CASES.

Toda persona usuaria al SPS tiene derecho a solicitar información que desee sobre el funcionamiento del programa: medicamentos, documentos, trámites, horarios de atención etc.

Así como los usuarios del SPS tienen derechos, también tienen obligaciones ellos deben de cumplir con las siguientes:

Los usuarios al Seguro Popular deben de proporcionar los datos que se requieran de forma correcta, de igual forma para mantener el padrón de afiliación vigente deben de notificar los cambios que realicen en su domicilio etc.

- a) Los afiliados deben de estar informados sobre el funcionamiento del programa y los lugares donde opera
- b) Solicitar la atención por ser beneficiario de acuerdo al

- c) Participar con el equipo de salud, dando información verídica sobre sus antecedentes clínicos y problemas de salud
- d) Indagar sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos
- e) Informarse sobre el procedimiento de consultas y quejas
- f) Realizar con las acciones preventivas del CASES
- g) Tomar conductas saludables
- h) Cumplir con los tratamientos que los médicos le indiquen
- i) Participar en las disposiciones de corresponsabilidad establecidas por los servicios estatales de salud para apoyar a las unidades médicas en las que se le atiende

La afiliación al Seguro Popular subsidiará a la población que cubre cuotas más altas en salud a su nivel de ingreso. El Seguro Popular es una estrategia para proteger financieramente a 45 millones de habitantes que no cuenta con un ningún tipo de seguro para la atención en salud, beneficiándolos en disminuir los pagos que realizan por una atención médica.

Cuadro 5. Cuota familiar según ingreso

Deciles de ingreso *	Ingreso trimestral promedio por hogar	Cuota semestral	Cuota anual
I	0	0	0
II	0	0	0
III	8,395	320	640
IV	10,707	570	1,140
V	13,284	950	1,900
VI	16,511	1,200	2,400
VII	20,611	1,580	3,160
VIII	26,209	1,890	3,780
IX	37,502	2,520	5,040
X	90,224	3,150	6,300

* Se refiere al ingreso que tiene la población.

Fuente: SSA. *Reglas de operación del Seguro Popular 2003*, en Diario Oficial de la Federación

La Cuota Familiar se basa en una escala móvil que depende del nivel de ingreso de la familia. Para el 2004 como una estrategia política no económica, las autoridades federales deciden excentar a los dos primeros deciles de ingreso (ver cuadro 5). Los deciles I y II están sujetos a un régimen no contributivo.

Las familias que se encuentran dentro de estos deciles por lo general es la población beneficiada por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y por el Seguro Popular ya que ellas se concentra el mayor número de afiliados (ver anexo 3). En el caso de programas federales como el de Abasto Social de Leche o el de Tortilla, se establecen sistemas de correspondencia entre sus mediciones los niveles de aportación que establece el Seguro Popular.

El Seguro Popular tiene como prioridad afiliar a las familias que residan dentro del territorio nacional y se encuentren dentro de los primeros seis deciles.

Cada estado realiza campañas de promoción y difusión hacia la población objetivo.

Las estrategias de promoción y difusión consisten principalmente en: propagación del Seguro Popular en los principales medios de comunicación, como es la radio y/o la televisión; perifoneo; carteles; pláticas en los centros de salud o en centros de reunión comunitarios como las escuelas o las explanadas de los centros municipales; visitas domiciliarias; elaboración de trípticos informativos; etc. Una vez cautivada la atención de la población los posibles usuarios deberán cumplir con los requisitos establecidos como:

- No ser derechohabiente de la seguridad social
- Presentar comprobante de domicilio
- Cubrir la cuota familiar correspondiente al periodo de vigencia.
- Pertenecer a una familia nuclear es decir, el padre, la madre e hijos menores de 18 años.

También la cobertura del Seguro Popular comprende a personas mayores de 64 años, siempre y cuando vivan dentro de la misma vivienda del titular del programa y sea un miembro de la familia. Los hijos mayores de 18 años que demanden afiliarse al programa, podrán hacerlo de manera individual, a ellos se les considerará como una familia unipersonal.

- Al momento de afiliarse al Seguro Popular los usuarios del programa deben entregar las actas de nacimiento de cada uno de los integrantes de la familia que estén inscritos al programa, también deberán contar con la clave única de registro poblacional (CURP), estos trámites son obligatorios para los afiliados al Seguro Popular.

Por otro lado, al momento de cubrir dichos requerimientos, a los afiliados se les entregará una credencial con el fin de ser identificarlos dentro del programa y puedan utilizar los servicios de salud que les otorga el Seguro Popular.

Una vez que las personas estén afiliadas y cuenten con sus credenciales del Seguro Popular se les otorga la Carta de Derechos y Obligaciones que incluye información esencial sobre la cobertura de los servicios y los medicamentos que les pertenecen por ser usuarios al Seguro Popular.

La atención médica primaria que se les proporcionará a los afiliados, será en los centros de salud que le corresponda de acuerdo a su lugar de residencia. Para una solicitud médica de segundo nivel, como una hospitalización o la aplicación de algún tratamiento de mayor especialidad, los usuarios será referidos a los “hospitales ancla” definidos para la operación del Seguro Popular.

Tanto los centros de salud como el “hospital ancla” cuentan con un módulo de atención para el asegurado que particularmente realiza la tarea de resolver dudas sobre el programa. En el “hospital ancla” además de contar con un modulo de atención, también existe la figura del médico gestor, este tiene como labor informar y asesorar a los afiliados sobre sus derechos y obligaciones, asistencia para los afiliados cuando son rechazados para recibir los servicios que se incluyen del

CASES

A cada familia usuaria del Seguro Popular se le asignará un centro de salud, para que reciba atención primaria (primer nivel de atención), además cada familia tendrá un médico para el cuidado de su salud. Al momento un afiliado necesitan alguna intervención que no se pueda atender en el primer nivel de atención, serán referidos al segundo nivel donde se atienden las cuatro especialidades básicas: pediatría, ginecobstetricia, cirugía general y medicina interna.

3.5 Servicios del Seguro Popular de Salud en el año 2003

Los servicios médicos que contiene el Seguro Popular se encuentran en el Catálogo de servicios médicos, estos servicios están divididos en tres grandes apartados y de ellos se forma subgrupos (ver cuadro 6)

Cuadro 6. Catálogo de servicios médicos

Servicios de medicina preventiva	Inmunización - Detección - Prevención	- Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio
Servicios de consulta externa	- Medicina familiar y especialidades	- Servicios de salud reproductiva - Unidad básica de rehabilitación - Servicios de odontología - Atención del embarazo, parto y al recién nacido
Servicios de urgencias, hospitalización y cirugía	- Atención de urgencias	- Servicios de hospitalización y cirugía

Fuente: SSA. *Reglas de Operación del Seguro Popular 2003* en Diario Oficial de la Federación

El cuadro anterior muestra de manera general los servicios que contiene el Catálogo de Servicios Esenciales en Salud ya que dentro de el existen 78 acciones, estos servicios de acuerdo al CASES se dividen en subgrupos, como se muestra en las columnas dos y tres. El CASES está diseñado para que el personal operativo del programa lo utilice como herramienta para orientar a los afiliados sobre los servicios médicos a los que tienen derecho en caso de enfermedad o de accidente, y no existan complicaciones cuando lo usuarios soliciten una atención médica.

De acuerdo a la Carta de Derechos otorgada a las familias beneficiadas por el Seguro Popular la descripción de los servicios del CASES es la siguiente:

3.4.1 Servicios de medicina preventiva

Están dirigidos a la prevención de enfermedades de los niños y a los adultos, evitables con vacunas. Se incluyen también acciones de detección temprana de algunas enfermedades como el cáncer de mama, cáncer cervico-uterino, y la hipertrofia de la próstata para reducir en lo posible la mortalidad.

Además comprende acciones dirigidas a desarrollar conductas saludables, la vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano, apoyo profesional para superar enfermedades, tales como, obesidad, osteoporosis, hipertensión arterial; así como la detección, consejería y referencia de adicciones, especialmente en el caso de adolescentes. Además incluye consejería sobre salud reproductiva y prevención de infecciones vía transmisión sexual.

3.4.2 Servicios de consulta externa

Las acciones de medicina familiar y de especialidad corresponden al diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas que se presentan en niños y adultos, incluso cubre la atención de algunas enfermedades crónicas atendidas por médicos generales y especialistas en consulta externa.

Los servicios de salud reproductiva son muy importantes para la salud de las madres y los niños recién nacidos y por lo tanto, su finalidad es lograr el bienestar familiar, además favorecen en las personas y en las parejas la posibilidad de una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos.

La unidad básica de rehabilitación incluye acciones que corresponden a la rehabilitación en caso de fracturas, parálisis facial y estimulación temprana para el recién nacido.

Los servicios de odontología se dirige a todos los miembros de la familia, para favorecer la prevención de enfermedades dentales y formación de hábitos de higiene.

La atención de embarazo, parto y recién nacido, está orientada a la atención de mujeres y niños en el período perinatal, con el propósito de reducir los riesgos de mortalidad materna e infantil.

3.3.3 Servicios de urgencias, hospitalización y cirugía

La atención de urgencias considera el manejo de lesiones en tejidos blandos, el tratamiento de esguinces, luxaciones y la atención de fracturas. Además comprende, la atención a situaciones que pongan en riesgo la vida, tales como envenenamientos, picaduras o mordeduras de animales; así como la atención de

algunas crisis severas de enfermedades crónicas, tales como, hipertensión arterial y diabetes.

Los servicios de hospitalización y cirugía se otorgan cuando el médico del centro de salud considere que el paciente requiere de atención médica especializada, principalmente en caso de enfermedades infecciosas, por lo tanto, requeriría necesariamente su traslado al hospital para su tratamiento o si necesitase de alguna valoración o cirugía por un médico especialista.

Además del CASES, en la Carta de Derechos se adjunta una lista con los 86 medicamentos que los afiliados tienen derecho por estar inscritos al Seguro Popular.

3.6 Cambios a la Ley General de Salud

El 15 de mayo del 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación los cambios realizados a la Ley General de Salud. Se realizaron modificaciones al artículo 77BIS y al 77 BIS 41, se reformó la fracción I del apartado B del artículo 13, la fracción IX del artículo 17, el artículo 28 y el artículo 35.

El nuevo título tercero bis dedicado a la protección social en salud se divide en 10 capítulos mismo que se sintetizan en el siguiente cuadro 7.

Cuadro 7. Síntesis del contenido de la Ley General de Salud

Capítulos	Contenido
I. Disposiciones generales	El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) está diseñado para que todos los mexicano que no cuenten con algún seguro de asistencia social para el cuidado de la salud, se integren al sistema de protección social en salud, garantizándoles atención efectiva y oportuna.
II. Beneficios de la protección social en salud	Los afiliados al sistema de protección social en salud contarán con servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría) .
III. Aportaciones para el sistema de protección social en salud	El Sistema de Protección Social en Salud es financiado por el gobierno federal, los estados, el distrito federal y los usuarios.
IV. Fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad	El gobierno federal establece un Fondo de Aportaciones para los Servicios, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito federal
V. Cuotas familiares	Los afiliados al Sistema de Protección Financiera financiaran su participación en el programa, realizando pagos anticipados por su atención en salud.
VI. Fondo de protección contra gastos catastróficos	La Secretaría de Salud, realiza una evaluación regional con el objetivo de conocer cuantos usuarios presenta gasto catastrófico en salud, de acuerdo a estos resultados a cada estado se le asigna un monto para proteger a los usuarios al Sistema de Protección Social en Salud.
VII. Transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del sistema de protección social en salud	El manejo del presupuesto asignado para el SPSS, se evaluará y/o supervisara a cada entidad para conocer la transparencia de la administración de este financiamiento.
VIII. Consejo nacional de protección social en salud	El Consejo Nacional esta conformado por titulares de la Secretarías de Salud, del IMSS, ISSSTE y por el Secretario del Consejo de Salubridad General, este órgano tiene la función de regir la acciones del Sistema de Protección Social en Salud
IX. Derecho y obligaciones de los beneficiados	Los usuarios al SPSS tiene como principal derecho, recibir calidad y efectividad en la atención y en los servicios de salud, así como de la entrega oportuna de los medicamentos diagnosticados. De igual forma deben de cumplir con las siguientes obligaciones:

	<p>realizar el pago de su cuota puntualmente, utilizar la credencial que los acredita como usuarios del programa, cumplir con el tratamiento asignado y ofrecer un trato respetuoso al personal en salud y al administrativo.</p>
<p>X. Causas de suspensión y cancelación al sistema de protección social en salud</p>	<p>De acuerdo a las modificaciones a la Ley general de salud, la cancelación y suspensión del programa se llevarán a cabo por tres razones primordiales: a) no realizar el pago correspondiente de su cuota en la fecha establecida b) cuando el titular del programa se incorpora a alguna institución de seguridad social federal o estatal c) aportar declaración falsa sobre su nivel de ingresos en el estudio socioeconómico.</p>

Fuente: SSA. *Ley General de Salud* 2003

Capítulo IV. Evaluación de la operación del Seguro Popular de Salud

Desde el primer año de operación del programa, se llevaron a cabo evaluaciones para identificar el nivel de reducción del gasto del bolsillo y los niveles de satisfacción de la población con el Seguro Popular. Las evaluaciones también se realizaron para monitorear el proceso de operación del programa, incluyendo las actividades de promoción, afiliación, provisión de servicios y acceso a medicamentos.

4.1 Diseño de la evaluación

Como se ha venido mencionando la configuración del sistema de salud en México está conformado por tres modelos de atención:

- a) Población con seguridad social
- b) Población con seguro privado
- c) Los no asegurados por ninguno de los anteriores

Este esquema ha presentado a lo largo de los años deficiencias en su financiamiento generando una duplicación de funciones y desperdicio de recursos humanos. Esto conduce generalmente a diferencias importantes de calidad entre diversos segmentos, particularmente en los servicios que se encuentra destinados para la población de escasos recursos. Otra deficiencia de los modelos públicos de atención es que cada institución de seguridad social ejerce una centralización sobre sus usuarios, los servicios privados no están exentos de presentar deficiencias, en este sector.

Sin embargo lo anterior sólo es una parte del problema que enfrenta el sistema de salud en México, ya que la población asegurada por el IMSS o el ISSSTE llega a

utilizar los servicios que ofrece el sector privado o la Secretaría de Salud, esto genera desequilibrio financiero porque el derechohabiente realiza “dobles pagos”, lo cual conduce “a una importante fuente de desigualdad que consiste en la realización de múltiples pagos que imponen en muchas familias y empresas esta es una carga financiera desproporcionada”²³. Tanto los seguros sociales como los seguros privados son fuentes de desigualdad ya que excluyen a la población que no se encuentra dentro de la economía formal. De acuerdo a los datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda 2000, del INEGI el 57.8% de la población no tiene acceso a servicios médicos, ni públicos ni privados ellos como opción pueden asistir a los servicios médicos que proporciona la Secretaría de Salud, sin embargo estos servicios no son suficientes por la demanda que ejercen 26,478,184 de usuarios, un 3% por ciento de la población total acude a servicios médicos privados.

Tres de estos modelos segregan a los grupos de la población en función de su capacidad de pago y muchas veces dependen de la dualidad de los mercados de trabajo y de la existencia de políticas sociales.

Ante el crecimiento y la demanda de la población para la atención de la salud y la saturación de servicios de los modelos anteriormente señalados se diseñó un programa piloto y/o modelo para que la población más vulnerable sea beneficiada en atención para la salud.

En el 2001, dentro del Programa Nacional de Salud, se establece brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, con

²³ Frenk Jet al. *Observatorio de la salud: necesidades, servicios y políticas*. Fundación Mexicana para la Salud 1997

este objetivo nace el Seguro Popular de Salud proponiendo un esquema de aseguramiento a las familias que realizan gastos en salud.

El diseño del programa impulsa una equidad en el financiamiento para la salud, promoviendo criterios y políticas que propicia la claridad, permanencia y corresponsabilidad dentro los niveles de gobierno (federal y estatal).

El Seguro Popular comenzó con la inquietud de integrar en un grupo homogéneo de familias que no contaban con protección social en salud ya que a partir de la década de los 80s el Seguro Social muestra índices de incapacidad para proteger a su población derechohabiente, debido a la situación económica y financiera del país en esa época las cuotas obrero patronal comienzan a encarecerse. Esta es una de las razones por las cuales en México se adopta la implementación del Seguro Popular, comienza a conocerse como un seguro de carácter público, voluntario y universal.

En el año 2001 la Secretaría de Salud comenzó a estructurar lo que ahora se conoce como el Seguro Popular de Salud.

Para conocer a la población objetivo del Seguro Popular se llevaron a cabo dos encuestas divididas en etapas. La primera etapa consistió en realizar la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS). Esta encuesta se levantó en diciembre del 2001, con la finalidad de conocer la disposición a pagar de la población objetivo, la cobertura, la demanda y utilización de los servicios del sector salud, como los centros de salud y hospitales del primer y segundo nivel de atención.

Las población estudio para la ENAGS fueron residentes habituales, sin tomar en cuenta su condición de derechohabencia se encuestaron 1,980 hogares en 28 entidades federativas.

En la segunda etapa, se aplicó la Encuesta Estatal de Protección Financiera (EETF), la cual se realizó en los estados pilotos del Seguro Popular (Aguascalientes, Campeche, Jalisco, Colima) con el interés de conocer el comportamiento de la población en cuestión de salud antes de la implementación de este programa.

En diciembre del 2001 se realizó en Aguascalientes, para mayo del 2002 se llevó a cabo en Colima y para el mes de julio del 2002 se aplicó en Campeche y Jalisco.

Para la Encuesta Estatal de Protección Financiera se definieron áreas de muestreo, partiendo de lo anterior se construyeron marcos muestrales por entidad, es decir la población blanca u objetiva se seleccionó de forma más precisa.

Los resultados de ambas encuestas se supone fueron una fuente importante de información para definir las características de SPS, tanto en lo que respecta a la población objetivo para afiliar como en lo referente a la cantidad y tipo de servicios médicos que debería incluir.

4.2 Operación y evaluación, 2002 – 2003

En el 2001 el nivel central de la Secretaría de Salud entabló negociaciones con diversos estados, con el propósito de implementar el programa, en ese periodo se incorporaron al Seguro Popular, Aguascalientes, Tabasco, Morelos, Campeche y Colima

Para ese año el Seguro Popular operaba en 277 centros de salud, y en 46 hospitales del segundo nivel de atención.

En la Evaluación de la operación del Seguro Popular durante el año 2002, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública conjuntamente con la Fundación Mexicana para la Salud, los estados considerados, fueron los siguientes:

Aguascalientes 1,855

Colima 2,715

Campeche 2,652

Jalisco 2,301

En el 2002 14 estados más aceptaron llevar a cabo el Seguro Popular: Jalisco, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas. Uno de los motivos por los cuales los estados deciden implementar el SPS se debe al subsidio extra que otorga el nivel central.

La evaluación del Seguro Popular para el 2002 tuvo entre sus principales propósitos identificar el avance de los objetivos y el impacto de dicho programa. Para llevar a cabo esta evaluación se visitó los estados mencionados anteriormente, con la finalidad de conocer las características socioeconómicas y sociodemográficas de la población demandante del programa, también se incluyó la estimación del gasto en salud, así como la disposición a pagar la cuota del seguro popular.

La información recogida en los estados pilotos fue de fuentes diversas, es decir usuarios del programa, jefes de jurisdicciones, directores de centros de salud, médicos gestores, promotores del programa, etc. Dentro del estudio se buscó determinar el nivel de eficiencia global del programa, comenzado con el tipo de administración de los recursos hasta llegar al efecto en el otorgamiento de los servicios de salud. Adicionalmente, se enfocaron los procesos del funcionamiento

del programa desde la organización, manejo y asignación de subsidio, promoción, difusión, afiliación, credecialización, sistemas y operación de las unidades del Seguro Popular.

Simultáneamente se aplicaron dos tipos de cuestionarios a fin de cuantificar tanto la percepción del nivel general de aceptación del programa, el primer cuestionario fue dirigido a 16 administradores de las unidades médicas de primer nivel y de los hospitales donde se lleva a cabo el programa es decir “hospital ancla”. El segundo cuestionario se aplicó a 68 médicos ubicados en diversos centros de salud y que entre sus funciones se encuentra el proporcionar atención médica a la población afiliada al Seguro Popular.

En la parte cualitativa de la evaluación del programa se realizaron tres sesiones de grupos focales con usuarios del programa, cuatro entrevistas individuales con tomadores de decisión de los servicios de salud y observaciones directas en oficinas y en cuatro unidades de atención, dos centros de salud y dos hospitales.

Los resultados arrojados por esta evaluación son los siguientes.

En cuestiones de género se aprecia que cuando el jefe de hogar es hombre existe tres veces más la posibilidad de contar con seguridad social (75.3% vs 24.7%) que cuando la jefa del hogar es mujer. En cuanto a la distribución de derechohabiencia se observa una relación directa entre la edad y la derechohabiencia “La distribución del grupo que carece de seguridad social muestra que entre los de menos de 1 año a los 19 años de edad se concentran el 43.9% de los individuos que tienen esta condición y a medida que avanza la edad la tendencia disminuye, hasta los 39 años en cada grupo de erario se presentan muy ligeras diferencias entre hombres y

mujeres, a partir de los 40 años con excepción del grupo de 50 a 59 años prevalece un mayor número de mujeres sin derechohabiencia”²⁴ .

De acuerdo a los resultados arrojados por la población que carece de seguridad social se ubica dentro del primer y segundo quintil de ingresos, en el primer quintil hay 35.1% y en el segundo 27.6%. “La probabilidad de tener algún tipo de derechohabiencia es de menos del 25% en la población con el menor ingreso, en contraste para las poblaciones de los tres quintiles superiores, esta probabilidad es superior al 60% con el máximo en la población con ingresos superiores a 5,201 pesos mensuales”²⁵. Es decir las personas que ganan alrededor de \$3,537 al trimestre tienen menos probabilidad de tener seguridad social, porque algunas de ellas se encuentran laborando en la economía informal, mientras que la población que tiene un ingreso alrededor de \$13,284 al trimestre es más común que cuenten con derechohabiencia.

Dentro de la población que se encuentran en el primer y segundo quintil de ingreso existe más aceptación por el Seguro Popular, ya que el 40% de los entrevistados aceptaron pertenece a dicho programa, todos ellos correspondientes a los deciles mencionados.

La población encuestada manifestó los motivos por los cuales se inscribirían al Seguro Popular: el 46.3 por medicamentos, 10.6% por ampliación de los horarios ya sea en los centros de salud o en los hospitales, el 12.4% por citas anticipadas, el 30.7% por la reducción del tiempo de espera.

²⁴ SSA. *Evaluación del Seguro Popular*. México 2002

²⁵ *Ídem*

“La aceptación del programa también se debe a la disminución del gasto catastrófico ya que el 6.2% de los hogares entrevistados incurrieron en gasto en salud que los llevó a presentar algún grado de empobrecimiento, el 4.2% de los mismos se ubican en al categoría de semi catastróficos, mientras que el 2.0% realizó gastos catastróficos”²⁶ .

4.2.1 Operación y evaluación 2003

Para el 2003 existían 623 mil familias afiliadas al Seguro Popular, 938 Centros de Salud 111 hospitales de especialidades otorgaban atención y se utilizaban 84 servicios médicos por cada 1,000 afiliados, en promedio.

Igual que la del año anterior, la evaluación fue realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD)

La evaluación cuantitativa del Seguro Popular se realizó en Campeche, México, Guanajuato y Sinaloa, este incluye: a) la exploración de indicadores específicos de desempeño se realiza a partir de estadísticas estatales y centrales del programa; b) la caracterización de la operación de los servicios y la experiencia de los usuarios con el proceso de promoción y afiliación efectuada mediante una encuesta dirigida a usuarios de servicios de salud de primer y segundo nivel de atención y c) los aspectos que se vinculan con la oferta y gerencia del programa fueron indagados a través de cuestionarios de auto-aplicación dirigidos a los médicos que proporcionan la atención y al personal que participa en la organización y gestión de recursos.

Se seleccionaron unidades médicas de primer y segundo nivel de atención en donde estuviera operando el programa, el número de unidades elegidas vario

²⁶ *Ídem*

dependiendo del número total de unidades incorporadas al programa en cada entidad federativa.

A fin de obtener información suficiente se decidió estudiar a 430 usuarios inscritos al Seguro Popular de Salud y a 430 usuarios no incorporados al programa por entidad federativa.

También se entrevistaron 3477 usuarios de los servicios de salud de la Secretaría de Salud, de los cuales el 50.3% estaban afiliados al programa Seguro Popular de Salud y 49.7% de los entrevistados no pertenecían al programa.

Se estructuró un cuestionario de usuarios de servicios de salud en el cual se adicionaron reactivos que permitieran conocer las características demográficas de los usuarios (nombre, edad, género, escolaridad, parentesco, derechohabiencia, ingreso), la demanda de atención, algunas características del proceso de la atención como tipo de personal que atendió, solicitud de citas, tiempos de espera, prescripción y entrega de medicamentos, así como la identificación de padecimientos los cuales han sido atendidos y que argumentan el mismo motivo y el costo de la atención y su forma de pago. Se profundiza en los contenidos de la información que se proporciona a la población durante el proceso de promoción y afiliación. En los hogares que refirieron no estar afiliados actualmente, pero si haber estado incorporados en otro momento se proceda a investigar sobre su experiencia con los servicios ofrecidos por el programa y los motivos por los que decidieron no continuar afiliados.

Además de entrevistar afiliados al Seguro Popular, se encuestó a los médicos con el propósito de conocer la percepción y experiencia de estos respecto a las

intervenciones del Seguro Popular que se deben de otorgara los afiliados del Seguro Popular. También de los coordinadores que se encuentran vinculados al programa ya sea proporcionando atención o que participan en la coordinación y gestión de recursos y es complementario a los estudios cualitativos.

Este estudio se realizó en las entidades y unidades médicas seleccionadas en el estudio de usuarios de servicios médicos en unidades primer y segundo nivel de atención.

Para cada entidad federativa se programó estudiar 75 médicos, 56 en unidades de primer nivel y 19 en unidades de segundo nivel de atención. El número de coordinadores ascendió a 25 para cada estado.

Para el personal de salud se diseñaron dos cuestionarios de auto-aplicación: en el primero, se recopila información demográfica general como la edad y sexo, su perfil y ejercicio profesional de los médicos y coordinadores (profesión, carga y jornada laboral, equipo y condiciones de trabajo), se investiga su grado de familiaridad con el programa y su experiencia con la prescripción y entrega de medicamentos a los afiliados al programa, así como las recomendaciones que sugiere para mejorar la operación del Seguro Popular. En el cuestionario de coordinadores, además de los aspectos que acaban de ser referidos se integra información sobre el inicio de operaciones del programa en el estado, el proceso de afiliación, promoción y avance en las metas de cobertura, así como las gestiones realizadas para asegurar el abasto y manejo administrativo de los medicamentos, las adecuaciones al plan de atención, la recepción, manejo y suficiencia de recursos financieros y las recomendaciones para un mejor desempeño del programa.

El elemento cualitativo aborda la experiencia de los prestadores de servicios del Seguro Popular de Salud principalmente en las áreas de promoción y afiliación, prestación de servicios y medicamentos.

Para esta parte la información se obtuvo mediante entrevistas estructuradas a profundidad dirigidas a los coordinadores estatales del programa, a los responsables de promoción y afiliación, y a los directores de centros de salud. También se integraron Grupos Focales con personas ya afiliadas al Seguro Popular de Salud.

En general, los temas tratados en las entrevistas a funcionarios del SPS se centraron principalmente en indagar las actividades y estrategias de promoción y afiliación, el manejo de criterios de aseguramiento (reglas de operación, carta de derechos y obligaciones, tabulador de aseguramiento), los insumos y capacitaciones recibidas, así como las características y expectativas de los afiliados desde la perspectiva de los encargados de la planeación del programa y de los prestadores de servicio.

En el caso del Coordinador Estatal se abordó lo correspondiente al manejo de los recursos financieros, mientras que en conversación con el Director del Centro de Salud, se profundizó en el procedimiento para otorgar consulta, tiempos de espera y el sistema de referencia y contrarreferencia con el segundo nivel de atención.

Por otro lado, en los grupos focales realizados con los afiliados, se abordaron aspectos vinculados con las causas de afiliación, el conocimiento de los beneficios a los que tienen derecho (información recibida al inscribirse), los obstáculos de

carácter administrativo para acceder a los servicios, la obtención de medicamento, gasto de bolsillo y, finalmente sus expectativas.

El trabajo de campo se efectuó en Aguascalientes las actividades se en el municipio del mismo nombre. En el Estado de Tamaulipas se trabajó en los municipios de Villa Juárez, Ciudad Victoria y Obregón. Mientras que en Sinaloa se realizaron las actividades, en los municipios de Culiacán y de Guasave. Por su parte, en el estado de Oaxaca las tareas de evaluación se en los municipios de Oaxaca de Juárez y de Hueyapan.

En las cuatro entidades federativas se realizó observación en algunos módulos de información y afiliación, en centros de salud y en “hospitales ancla”. Durante la evaluación se utilizó como herramienta el diario de campo, cuyas notas fueron de utilidad para complementar la información.

4.2.2 Los resultados de la evaluación cuantitativa y cualitativa son los siguientes:

Los mecanismos e instrumentos de difusión y explicación del SPS, diseñados desde la coordinación nacional han resultado poco atractivos a la población debido, en parte, a que el contexto de referencia es la ciudad de México la cual presenta grandes diferencias socioeconómicas y culturales con respecto al resto del país.

La capacitación al personal operativo del SPS ha sido elemental y en tiempos muy breves, lo que ha generado graves problemas por la mala información otorgada a los afiliados.

En algunos estados existen serias dificultades de la población rural para trasladarse a los centros de afiliación a realizar sus trámites para la afiliarse (por ejemplo, tomarse la foto).

Existe inconformidad por normas y decisiones emanadas de la Coordinación Nacional del SPS. Por ejemplo, el *software* utilizado para concentrar los datos socioeconómicos y definir los deciles, si bien ha sufrido modificaciones, su aplicación ha ocasionado fuertes problemas debido a que arroja resultados diferentes para familias en la misma condición socioeconómica, lo cual poco contribuye a una mayor equidad en los accesos a los servicios de salud.

El manejo de la Carta de Derechos y Obligaciones en algunos casos es inadecuado ya que no se entrega en el momento de la afiliación. Cuando esto se lleva a cabo, no se le explica a la gente su contenido ni el tipo de compromiso que asume al firmarla. La mayoría de los afiliados desconoce o sus derechos y obligaciones.

El conocimiento y manejo de las Reglas de Operación entre el personal de salud es fragmentado de acuerdo a la función de cada uno de ellos. Lo anterior genera que la información a los afiliados sea parcial en cada instancia con la que trata, propiciando un margen de confusión y/o contradicciones,

En algunos casos la capacidad instalada en los dos niveles de atención ha sido rebasada debido al incremento de la demanda, sobre todo en las especialidades de gineco-obstetricia y pediatría.

La falta de recursos humanos origina que el personal (médicos, enfermeras, administrativos) sea polivalente sobre todo en el primer nivel de atención. Lo anterior puede desmotivar a la planta laboral.

Existe carencia de material y equipo principalmente en el segundo nivel de atención, lo que ocasiona no proporcionar la atención establecida en la Carta de Derechos.

Entre los prestadores de servicios existen confusiones en la interpretación y aplicación de las Reglas de Operación y en general, de la normatividad del SPS.

También existen lagunas y contradicciones en la información que maneja el afiliado. En el momento de demandar los servicios no se piensa en el CABEME, se exige la atención médica independiente del tipo de patología de que se trate.

Los tiempos de espera no han disminuido, en algunos casos se refiere que, debido a la mayor demanda generada por el SPS los tiempos han aumentado.

A pesar de una mayor demanda de servicios aun persiste entre el personal de salud la “cultura de tiempos muertos”

El sistema de referencia y contrarreferencia ha generado contradicciones entre ambos niveles de atención que repercuten en la mala o nula atención de los pacientes.

En el segundo nivel existen limitaciones sobre el conocimiento y operación del SPS.

Y en la mayoría los pacientes y los prestadores de servicios del primer nivel declararon mal trato, además de una relativa discriminación al tener que esperar más tiempo para su atención por el sólo motivo de ir referido como afiliado al SPS.

Frente a las grandes metas para el año 2004, está latente el incremento de la demanda que puede saturar los servicios y hacerlos ineficaces e ineficientes.

Hay resistencias del personal de salud, principalmente de los médicos que ha visto incrementado el número de consultas diarias.

Existe la tendencia a separar y crear farmacias exclusivas del SPS, lo que marcaría una diferencia notable entre los afiliados y la población no asegurada.

El surtido de recetas no llega al 100% en ninguno de los cuatro estados considerados en esta parte del estudio.

Es posible afirmar que existe una tendencia a privilegiar a los afiliados frente al resto de la población no asegurada, al procurar abastecer recetas médicas completas a los primeros relegando a los segundos.

El gasto de bolsillo entre los afiliados se mantiene en algunas personas que, aun contando con el Seguro Popular solventan la compra de medicamentos, estudios clínicos y en ocasiones en atención privada.

La responsabilidad de resolver los problemas de escasez de medicamentos y proporcionar atención a los afiliados, en algunos casos recae en el personal del primer nivel de atención (directivos, médicos y enfermeras) apoyándose en sus gestiones con otras instancias de seguridad social o laboratorios privados y recursos económicos propios.

En los estados existen diversas estrategias para enfrentar el reto de un abasto de medicamentos y un surtido completo y oportuno de las recetas. Algunos se han apoyado en farmacias privadas para el abasto de medicamento, lo cual se requiere evaluar en el furo inmediato para identificar las ventajas y desventajas de esta estrategia.

Los cambios en el contenido del cuadro básico de medicamentos, definidos a nivel central, han generado pérdida de credibilidad por parte de los afiliados para reafiliarse; molestias de lo afiliados al “perder” un medicamento de gran demanda; demandas por conocer las razones de tal decisión, entre otros problemas.

Capítulo V. Dificultades y retos del Seguro Popular

El Seguro Popular debe ser ubicado en el contexto de la reforma del sector salud. Tal y como se mencionó al inicio del trabajo de tesis, la reforma ha llevado implícito el aspecto financiero del sistema de salud. El SPS tiene como uno de sus propósitos fundamentales disminuir de manera notable los gastos de bolsillo, evitando gastos catastróficos en las familias mexicanas de menores recursos o sin acceso a servicios médicos otorgados por instituciones de seguridad social.

Las dificultades y retos particulares del SPS que a continuación se exponen, responden en gran medida a dificultades macros relacionadas con los problemas que aun enfrenta el proceso de reforma en el sector salud.

De manera esquemática se exponen los factores a favor y en contra de los aspectos más importantes del SPS, ordenados de la siguiente manera:

Afiliación

- Recursos Humanos
- Información
- Criterio para determinar el decil

Operación

- Administrativos
- Prestación de Servicios
- Medicamentos

También se incluye un recuadro en donde se sintetizan los principales retos internos, (propios del SPS y de la dinámica de la Secretaría de Salud) y los retos

externos, que se ubican en un ámbito macrosocial y toman en consideración aspectos económicos y políticos a nivel nacional.

AFILIACION

<i>Factores a favor</i>	<i>Factores en contra</i>
Recursos humanos	
<ul style="list-style-type: none"> • El personal operativo del SPS en su mayoría cuenta con nivel de licenciatura ▪ Se acepta flexibilidad en los horarios. ▪ Disponibilidad para traslados a comunidades apartadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta rotación de personal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca estabilidad laboral ▪ Baja remuneración ▪ Alta carga de trabajo ▪ La capacitación a los promotores es corta y parcial.
Información	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de medio masivos de comunicación ▪ Folletos didácticos ▪ Equipo adecuado y apropiado para registrar y obtener la credencial de afiliado al Seguro Popular ▪ Carta de Derechos y de Obligaciones ▪ Apoyo de los gobiernos locales para la identificación de la población objetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información masiva y despersonalizada ▪ Campañas de difusión que no consideran factores propios de las regiones ▪ El trámite para ser afiliado al SPS se retrasa por la demanda de usuarios ▪ Escasa explicación para los recursos humanos en salud sobre la Carta de Derechos y Obligaciones ▪ Poca coordinación para informar a la población objetivo ▪ Manejo de información tergiversada hacia la población objeto ▪ Generación de expectativas falsas en la población

Cuota de afiliación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de bases de datos para realizar un programa que define el perfil socioeconómico informática ▪ Aplicación de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso único del CECASOEH sin considerar variables regionales ▪ Criterios generales para diferentes contextos socioeconómicos. ▪ Asignación de diferentes deciles a familias con la misma situación socioeconómica

RETOS DE LA AFILIACIÓN

Internos	Externos
<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de información a la población homogénea, sencilla, precisa y convincente. • Información extensa y homogénea para el personal de la Secretaría de Salud adscrita a otros programas como Oportunidades y PROCAMPO • Capacitaciones continuas al personal operativo del SPS • Mayor distribución interna sobre la información del SPS • Facilitar el conocimiento de las Reglas de Operación 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir de manera representativa a medios de comunicación durante las campañas de afiliación. • Mayor información sobre los contenidos de afiliación a otras instituciones del sector salud. • Ampliar información hacia, los gremios, autoridades municipales y principales actores políticos en las regiones y estados

OPERACIÓN

Administrativo	
<i>Factores a favor</i>	<i>Factores en contra</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de recursos económicos para operar el programa • Uso del CURP para evitar doble aseguramiento • Rápido acceso a la papelería del SPS 	<ul style="list-style-type: none"> • La partida asignada para el SPS en cada estado no llega a tiempo, lo que obliga a las Secretarías de Salud de cada estado a la búsqueda y/o prestamos de recursos • Insuficiente información para el personal de salud sobre el

	<p>manejo de la papelería del SPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debido a la falta de documentos personales del los afiliados como (CURP y/o actas de nacimiento) se llega a entorpecer el acceso a los servicios
Prestación de servicios	
<ul style="list-style-type: none"> • El SPS comprende la mayoría de servicios demandados en los centros de salud y hospitales generales • Las instalaciones de los centros de salud y los hospitales de segundo nivel • Existen experiencia en el personal de base en contacto directo con el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coordinación con programas sociales como (PROGRESA y OPORTUNIDADES) • Prolongación de los tiempos de espera en centros de salud y hospitales • La población no asegurada es relegada en los servicios y se prioriza a los afiliados al Seguro Popular • Las instalaciones de los centros de salud y los hospitales resultan insuficientes para atender a los afiliados al Seguro Popular • Confusiones y errores en el sistema de referencia y contrarreferencia.
Medicamentos	
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar el pago de cuotas de recuperación, garantizando el 100% de surtimiento de recetas • Esfuerzo por garantizar el cuadro básico • Posibilidad para innovar el sistema de distribución de medicamentos • Recursos económicos "etiquetados" para comprar medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Descuido del abasto de la farmacia de la población no asegurada • En algunos casos creación de farmacias "exclusivas" duplicando infraestructura. • Incorporación para el abasto de farmacias privadas que no cumplen los convenios establecidos. • Desabasto frecuente • "Entrada" y "salida" de medicamentos en el paquete básico por decisiones burocráticas • Falta de información a los afiliados sobre las limitaciones

	<p>del acceso a los medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gasto de bolsillo por parte de los afiliados para poder obtener sus medicamentos
--	---

RETOS DE LA OPERACIÓN

Internos	Externos
<ul style="list-style-type: none"> • Obtención oportuna del presupuesto asignado para el Seguro Popular • Diseños de programas para facilitar la captura de datos de los afiliados • Construcción de hospitales y centros de salud para la atención de los usuarios al centro de salud • Lograr una operación integral de todos los programas de la Secretaría de Salud evitando acciones aisladas de sus diferentes áreas • Convencer a todo el personal de la Secretaria de Salud sobre el funcionamiento del Seguro Popular • Sensibilizar a todo el personal de la Secretaria de Salud para apoyar e impulsar el funcionamiento del Seguro Popular • Oportuna distribución de medicamentos para la población del Seguro Popular de Salud • Convenios efectivos con farmacias privadas para el abastecimiento de los medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aportación de los gobiernos locales son actores para el financiamiento del SPS • Coordinación entre los gobiernos de cada estado y el gobierno federal para la elaboración de nuevos centros de salud y hospitales • Cada Secretaría de Salud consentizará e informará a su personal de salud para la aplicación del SPS • Convenios estatales con farmacias regionales

Conclusiones

El presente trabajo de tesis de licenciatura no ha pretendido hacer un recuento exhaustivo ni generar conclusiones amplias y definitivas sobre el SPS. En su contenido se ha expuesto una descripción sobre la justificación, los objetivos, sus normatividad jurídica, su operación y los resultados generales de dos evaluaciones externas al SPS y la trayectoria del programa en este período se presenta sólo a grandes trazos. También se hace una síntesis de los factores a favor y en contra de los aspectos medulares del funcionamiento del programa. Se cierra el trabajo con estas conclusiones generales, en las cuales de ninguna manera se pretende cubrir todos los aspectos macro y micro involucrados, ni la complejidad del SPS en su conjunto. Para efectos de exposición, las conclusiones se dividen en los contenidos y el contexto del SPS. En las primeras se abordan aspectos propios del origen y operación del SPS y en las segundas se trata de abarcar los principales elementos del contexto social, económico y político donde se inserta el SPS.

Alrededor del Seguro Popular se han planteado posiciones diversas encabezadas por distintos actores, desde gobernadores, legisladores, partidos políticos, hasta empresarios en general, así como expertos en sistemas de salud.

Difícil ha sido lograr un amplio consenso, en gran parte debido a que las discrepancias se han trasladado al complejo ámbito de la política nacional. También se han encontrado cambios radicales en posiciones en gobernadores de entidades federativas que al inicio del SPS se manifestaron abiertamente una posición contraria (en algunos casos con argumentos a favor de la descentralización

y en contra del centralismo y las imposiciones “del centro”). Ciertos gobernantes, acérrimos opositores de ayer, hoy reconocen las ventajas del SPS.

En síntesis, la generación, la operación y ampliación del SPS en México ha sido un proceso que ha rebasado las propias fronteras del sector salud y ha requerido de la participación de amplios sectores sociales, no ajenos a la antagónica arena política nacional.

Contenidos

El seguro popular es una política pública en salud impulsada por la Secretaría de Salud, y que tiene como principal objetivo proporcionar una garantía en salud a la población que no cuenta con cobertura de la seguridad social. El SPS tiene como propósito reducir las inequidades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones económicas y sociales.

Se considera que el SPS es una política pública, porque a través de ella se pretende cumplir la necesidad de la población que demanda una atención equitativa y con calidad en salud.

La creación del Seguro Popular respondió a un amplio diagnóstico sobre la situación de la población sin acceso a sistemas de seguridad social en salud ni a seguros privados que además realizan gastos catastróficos. Dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se ofrece una respuesta a la falta de un esquema de aseguramiento en salud. Este esquema de seguridad pública nació con la firme intención de brindar protección en salud a las personas que no tuvieran acceso a las instituciones de seguridad social.

Las estrategias 2 y 5 del Programa Nacional de Salud son herramientas diseñadas para extender la cobertura de aseguramiento a toda la población que carece de seguridad social. A través de estas estrategias se ofrecen respuestas para disminuir el gasto catastrófico en salud, así como para ofrecer una atención más equitativa y accesible para la población.

Sin embargo cuando el Seguro Popular comienza a operar surgen contradicciones en su implementación, reflejando por consecuencia las complejidades de operar un programa fundamentado en una racionalidad financiera, presupuestal y operativa distinta a todos los programas que lo habían antecedido.

Financiamiento

Para la operación del Seguro Popular el gobierno federal ha transferido un volumen importante de fondos a los estados, los cuales se complementan con la aportación estatal de cada uno de ellos. Este suceso ha cambiado la forma de financiamiento en los programas de salud, ya que anteriormente era sólo la federación la que se encargaba de financiar los programas de salud.

A fin de poner extender la cobertura del SPS y su financiamiento en abril del 2003 se aprueba la modificación la reforma a la Ley General de Salud, con este cambio a la reforma se crea el Sistema de Protección Social en Salud, esta acción diseñada a garantizar la atención a la salud a la población de escasos recursos y aminorar los gastos catastróficos en salud buscando al mismo tiempo mayor equidad para la población en la atención de la salud.

El SPS ha sido más atractivo para los grupos de bajos ingresos, ya que han podido acceder a los servicios de salud sin la necesidad de realizar desembolsos. Otro de

los factores por los que el SPS es atractivo para los grupos marginados del país es por el acceso oportuno y suficiente de los medicamentos.

Este es un elemento fundamental del programa porque la población objetivo acepta ser usuario del SPS en gran medida debido a que el seguro incluye un amplio cuadro básico de medicamentos. Sin embargo el problema de los medicamentos existe: el “desabasto histórico” no ha sido superado, existen importantes dificultades en la distribución de medicamentos, y todavía se identifica limitación presupuestal por retraso de recursos federales.

Para los de medianos ingresos que en la actualidad no están asegurados, el SPS ha sido una de las diferentes opciones para el cuidado de su salud como la medicina alternativa, aseguramiento privado de gastos mayores, entre otros.

La diferenciación de las cuotas del Seguro Popular se diseñó para que las personas inscritas en el decil I y II fueran subsidiadas, en parte, por las que se encontraban en los deciles del III al X.

Hasta el final del primer semestre del año 2004 en los dos primeros deciles se ubica al 92% del total de la población afiliada, mientras que en los deciles 7 al 10 el porcentaje llegó solo al 0.07. Esto se debe en gran medida a que el seguro popular ha diversificado su financiamiento al haberse aprobado en la Ley las aportaciones estatales y las cuotas familiares.

Calidad (trato, tiempos de espera, condiciones de infraestructura, calidad de equipamiento)

Los afiliados se inscribieron al SPS con la idea de recibir un mejor trato, menor tiempo de espera, calidad en el equipamiento y acceder a una mejor infraestructura. En la mayoría de los estados la población afiliada para recibir la

atención que necesita debe de utilizar las mismas instalaciones, equipos y médicos que antes usaban, es decir cuando eran población no asegurada.

Lo que si ha generado el Seguro Popular es que más gente utilice los servicios de salud ya que afiliándose al programa pueden acudir al médico las veces que lo deseen sin ningún gasto extra. Esto ha genera rechazo de los médicos hacia el programa porque se ha incrementado la carga de trabajo, aunque se haya contratado poco personal nuevo para cubrir la demanda de la población.

El rechazo de los médicos es causado por diferentes motivos, uno de ellos es la papelería exclusiva para la población inscrita al seguro popular de salud. El llenado de estos formatos es sólo uno de los problemas del funcionamiento de este programa porque algunos médicos no cuentan con la información suficiente de las intervenciones del programa ocasionando errores que llegan incluso a la negación del servicio (ver anexo 1).

Muchas de estas confusiones se han reflejado en el sistema de referencia y contrarreferencia donde los médicos envían a los pacientes a los hospitales “ancla” (segundo nivel de atención) y ahí no se les niega el servicio sino que se les detiene la atención (ver anexo 1).

Contexto

A pesar que el Seguro Popular es una política pública las instituciones de seguridad social, particularmente el IMSS, cuenta con un esquema de incorporación voluntaria, como es el caso del Seguro de Salud para la Familia del IMSS, dirigido a poblaciones que también podría cubrir el Seguro Popular. Por lo

tanto es importante conocer las preferencias poblacionales respecto a los dos programas y la necesidad de ajustar la oferta a fin de no duplicar esfuerzos de programas públicos y caer en ineficiencias sistémicas.

Por estas características y por el impacto social que representa ha generado interés diversos, entre ellos algunos con carácter político. Existe diversidad de actores en torno al Seguro Popular uno de ellos son los políticos; específicamente los diputados y senadores. Los senadores del PRI y PAN estaban a favor del seguro popular en cambio los el PRD estaban fraccionados, lo anterior es sólo un ejemplo de los enfoques diversos sobre el Seguro Popular (ver anexo 1) en esta esfera de decidores.

Para el seguro popular los actores políticos han sido parte esencial para la implementación de este programa porque sin la aprobación de ellos el SPS no estaría funcionando. Por tal motivo el Secretario de Salud (Julio Frenk) tuvo que realizar labor de convencimiento entre los políticos (ver anexo 1).

Un factor primordial para el Seguro Popular es el crecimiento o disminución de la economía nacional, si bien era difícil creer que el prometido 7% de crecimiento anual sería una realidad, tampoco se esperaba que el crecimiento real del Producto Interno Bruto en los primeros cuatro años del sexenio foxista, se ubicara en un promedio de 1.1%. No obstante, los ingresos extra obtenidos a partir del aumento del precio internacional del petróleo han permitido al gobierno moverse con cierta flexibilidad. Sin embargo, las metas financieras del SPS de acuerdo a la ley hacen que la inversión deba multiplicarse en los próximos años, lo cual implicará esfuerzos importantes por parte del gobierno a fin de garantizar la sustentabilidad del programa.

Los mecanismos de financiamiento de la seguridad social se basan en la dimensión de empleo formal el cual representa en la actualidad cerca de tres cuartas partes de la población, lo cual además permite fortalecer el esquema financiero a través del cobro de una cuota al trabajador. Sin embargo el segmento de la economía informal en el país ha aumentado, por lo que será necesario buscar fuentes de financiamiento, para la población no asegurada. El seguro popular es un programa inédito en el campo de la salud del país de acuerdo a los objetivos que se ha fijado y las estrategias financieras y operativas que utiliza. Si bien en los primeros meses de su gestación enfrentó enormes dificultades políticas derivadas de la estructura descentralizada del sistema y de la existencia de grupos opuestos a su institucionalización, es un hecho que el programa ha sentado bases que podrían augurarle un futuro en las próximas administraciones. Estas bases se sentaron inicialmente a través de la modificación de la Ley General de Salud para incorporar el Sistema de Protección Social en Salud el cual además considera de manera puntual sus fuentes de financiamiento. Sin embargo, el futuro del programa ahora depende en gran medida de que se garantice el flujo financiero en los próximos años y que realmente responda a las necesidades de salud de la población que él mismo se planteó.

A partir de los resultados mostrados en esta tesis, los problemas operativos son todavía importantes y el hecho de que exista un flujo continuo de recursos no garantiza que el programa se consolide. De hecho, este flujo podría representar un gran riesgo si los recursos no se utilizan de acuerdo a la normatividad establecida. La población afiliada empieza a experimentar las bondades del programa pero esto implica la necesidad de que el universo de la población a cubrir sea incorporada o

lo que se estará creando es un segmento más del sistema de salud dentro de la propia estructura de la SSA.

Además el programa debe aprovechar la oportunidad que significa la existencia de población joven (particularmente en este período que los demógrafos denominan como bono demográfico) sana y lista para incorporarse al mercado laboral para ahorro y recursos para el programa que permitan los subsidios cruzados con la población más vieja y más enferma que es la que más tenderá a incorporarse en los próximos años, de lo contrario se estarán incubando graves problemas en un futuro.

Bibliografía

Arzos Jacqueline, Knaul Felicia. **Inequidad en el gasto del gobierno en salud** en Caleidoscopio de la Salud, eds Knaul, Nigenda, Fundación Mexicana para la Salud y Centro de Análisis social y Económico, México 2003, 185-195

Boltvinik Julio, **Pobreza y necesidades básicas conceptos y métodos de medición** en Proyectos regionales para la superación de la pobreza. Caracas Venezuela, 1990

Briseño Ruiz Alberto. **Derecho mexicano de los Seguros Sociales**, ed Harla, México 1987.

Brito P. **Introducción. Elementos de Contexto para un acercamiento a la problemática y perspectiva de los recursos humanos en salud.** Presente y Futuro en la Formación, práctica y regulación profesional en Ciencias de la Salud. OPS/ OMS. México, 2002.

Bustamante M et al. **La Salud Pública en México 1959-1982.** Secretaría de Salubridad y Asistencia. México 1982

Frenk et al. **Observatorio de la salud, servicios y política.** Fundación Mexicana para la Salud, México 1997

Frenk et al. **La Seguridad Social en Salud: Perspectivas para la Reforma, en A. Solis, la Seguridad Social en México, lecturas del El trimestre Económico,** Centro de Investigación y Docencia Económica, México 1999 pág. 42

Fundación Mexicana para la Salud. **Bases doctrinales de la reforma en salud en Economía y Salud,** ed Frenk Julio, México 1994, 9-47

Knaul Felicia, Nigenda Gustavo. **Caleidoscopio de la Salud.** Fundación Mexicana para la Salud y Centro de Análisis Social y Económico, México 2003.

Lahera Eugenio. **Introducción a las políticas públicas.** Colección Brevario N° 538. Fondo de Cultura Económica 2000.

Lusting N et al. **México: Evolución economía, pobreza y desigualdad.** World Bank. Washington 1997

Merino Gustavo. **Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo** en Caleidoscopio de la salud, eds Knaul Felicia, Nigenda Gustavo, Fundación Mexicana para la Salud y Centro de Análisis social y Económico, México 2003, 195-208

Nigenda Gustavo, Orozco Emanuel, Olaiz Gustavo. **La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud** en

Caleidoscopio de la salud eds Knaul Felicia, Nigenda Gustavo, Fundación Mexicana para la Salud y Centro de Análisis social y Económico, México 2003, 263-274

OCDE. **Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud**. OCDE 2005
OMS. Informe sobre la salud en el Mundo. **Mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. OMS 2000

Ruiz Carlos. **Manual para la elección de políticas públicas**. UIA-Plaza y Valdes, México 1996.

Sen Amartya. **The Standard of Living**, Cambridge University Press. Gran Bretaña, 1987.

Soberón Guillermo. **Hacia un Sistema Nacional de Salud**, Facultad de Medicina UNAM, México 1983.

Torres Ana Cristina, Knaul Felicia. **Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000**, en Caleidoscopio de la salud, eds Knaul Felicia, Nigenda Gustavo, Fundación Mexicana para la Salud y Centro de Análisis social y Económico, México 2003, 209-228

Revista

Fajardo Ortiz. G. **La descentralización de los servicios de salud en México 1981-200**, en Ciencia y cultura; 53: (11) p. 45-51 Marzo-Mayo. México 2004.

Instituto Nacional de Salud Pública. **Determinantes de la disposición a pagar por la inscripción al Seguro Popular de Salud en las familias atendidas por Oportunidades-Progres**a, p 1-29 México 2003, MIMEO

Instituto Nacional de Salud Pública. **Diseño metodológico del esquema de evaluación del Seguro Popular de Salud en México**, p. 1-19 México 2002, MIMEO

Ruiz JA, Nigenda G. **Factores Restricitivos para la descentralización en Recursos Humanos** en Programa de Desarrollo de Recursos Humanos , Organización Panamericana de la Salud. México 1999

Nigenda G. **El Seguro Popular de Salud en México Desarrollo y retos para el futuro**. Nota técnica de salud no. 2 p. 20. Banco Interamericano de Desarrollo. Abril 2005

Documentos

Cervantes Irving. **Políticas públicas en México**. UNAM, México 2004.

IMSS. **Informe ejecutivo Federal y el Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social**. México 2002

IMSS. **El entorno económico y social en México**. IMSS 2004.

INEGI. **Anuario Estadístico 2000**. México, 2000.

Fundación Mexicana para la Salud **El sistema de salud en México, Reformas y Retos**. México nov 2003

ISEF, **Fisco nóminas 2004**, ed. Ediciones Fiscales, México 2004.

SSA. **Reglas de Operación del Seguro Popular en Salud México** en Diario Oficial de la Federación. México, 2002.

SSA. **Programa de Ampliación de Cobertura**. México 1999.

SSA. **Programa Nacional de Salud 2001-2006**; 2001.

SSA. **Evaluación del Seguro Popular de Salud**. México 2000.

SSA. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, **Dirección General de Afiliación y Operación**. México 2004.

SSA. **Ley General de Salud**, México 2004.

Cruz, Angeles. **Quedaron trucas metas del Seguro Popular; escasos recursos: Frenk**. La Jornada. 18, febrero 2004

Cruz Angeles y Saldiera Georgina; **Prevé senador del PRD, fracaso del Seguro Popular**. La Jornada. 24 octubre 2004

Cruz Angeles; **No se cumplirá la meta del Seguro Popular para el 2004**. La Jornada. 18 febrero 2004 pag.18

www.imagenmedica.com.mx/datos/modules.10/08/04

www.ameri.com.mx/apartados.art24/04/05

ANEXOS

Anexo 1. Principales actores políticos en torno al SPS

Actor	Posición frente al Seguro Popular
Presidente de la República	Uno de los propósitos de este sexenio es reducir el rezago que existe en salud, por tal motivo el Presidente Fox decide llevar a cabo el SPS como principal herramienta en busca de la equidad y de brindar atención en salud a la población no asegurada.
Secretaría de Salud	Institución encargada de la operación del programa
Secretario de Salud	Principal promotor del SPS y de los cambios a la iniciativa de Ley General de Salud que se presentó en la Cámara de diputados y senadores
PRI	Los senadores y diputados de este partido decidieron aprobar la Ley General de Salud y con ella el funcionamiento del SPS.
PRD	Casi todos los integrantes de este partido votaron en contra de las modificaciones de la Ley General de Salud. Solo un senador de este partido voto a favor, los que votaron en contra argumentaban que la existencia del SPS haría que el gobierno federal se olvidará de brindar servicios gratuitos de salud y que iba haber un duplicidad de financiamiento para el SPS
PAN	Fue la única fracción completa del senado y de los diputados que votaron a favor del SPS.
Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS)	Para ellos el seguro popular es un programa que será éxito solo en el discurso del Presidente Fox y del Secretario de Salud.
IMSS	Con la creación del Seguro Popular de Salud propuso extender la cobertura del IMSS Oportunidades sin aludir al SPS
Gobernadores	Al inicio la mayoría mostró apatía por el Seguro Popular de Salud. Algunos lo cuestionaron, planteando que no existía la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda. A dos años del funcionamiento del SPS 29 entidades

	<p>federativas la aceptaron, convencidos, en gran parte, por la transferencia de recursos nuevos que reciben de la federación (ver anexo 5) por cada familia afiliada.</p>
<p>Prestadores de Servicios</p>	<p>En la mayoría de los estados han mostrado oposición ya que consideran que el Seguro Popular de Salud es una carga más de trabajo. En algunos casos han significado aumento al doble del número de las consultas.</p>
<p>Usuarios</p>	<p>Manifiestan grandes expectativas ante la posibilidad de recibir todos los medicamentos y el acceso al 2do nivel de atención. En los casos de Guerrero y el Edo de México un importante número de familias no se reafilió debido a que sus expectativas no fueron cumplidas. En la práctica estas familias se han convertido en opositores del SPS.</p>

ANEXO 2. Número de familias reafiliadas hasta junio del 2004

Entidad federativa	Número de familias reafiliadas en el segundo trimestre del 2004	Número de familias afiliadas en el primer trimestre del 2004	Porcentaje de participación
1. Aguascalientes	13,119	13,812	95.0
2. Baja California	34,065	34,465	98.8
3. Baja California Sur	4,748	4,764	99.7
4. Campeche	18,247	18,247	100
5. Coahuila	1,092	1,349	80.9
6. Colima	17,877	17,878	100.0
7. Chiapas	41,210	41,239	99.9
8. Chihuahua			
9. Distrito Federal			
10. Durango			
11. Guanajuato	17,500	17,500	100.0
12. Guerrero	9,441	9,451	99.9
13. Hidalgo	19,892	19,893	100.0
14. Jalisco	37,982	39,740	95.6
15. México	8,373	8,375	100.0
16. Michoacán	3,089	3,089	100.0
17. Morelos	9,591	9,591	100.0
18. Nayarit			
19. Nuevo León			
20. Oaxaca	10,281	10,283	100.0
21. Puebla			
22. Querétaro			
23. Quintana Roo	7,850	7,976	98.4
24. San Luis Potosí	48,542	48,634	99.8
25. Sinaloa	90,941	94,118	96.6
26. Sonora	26,487	26,523	99.9
27. Tabasco	150,00	150,000	100.0
28. Tamaulipas	54,983	55,000	99.9
29. Tlaxcala	2,973	2,973	100.0
30. Veracruz	17,988	18,050	99.7
31. Yucatán	3,070	3,074	99.9
32. Zacatecas	18,583	18,601	99.9
Total nacional	667,874	674,625	99.0

Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Junio 2004

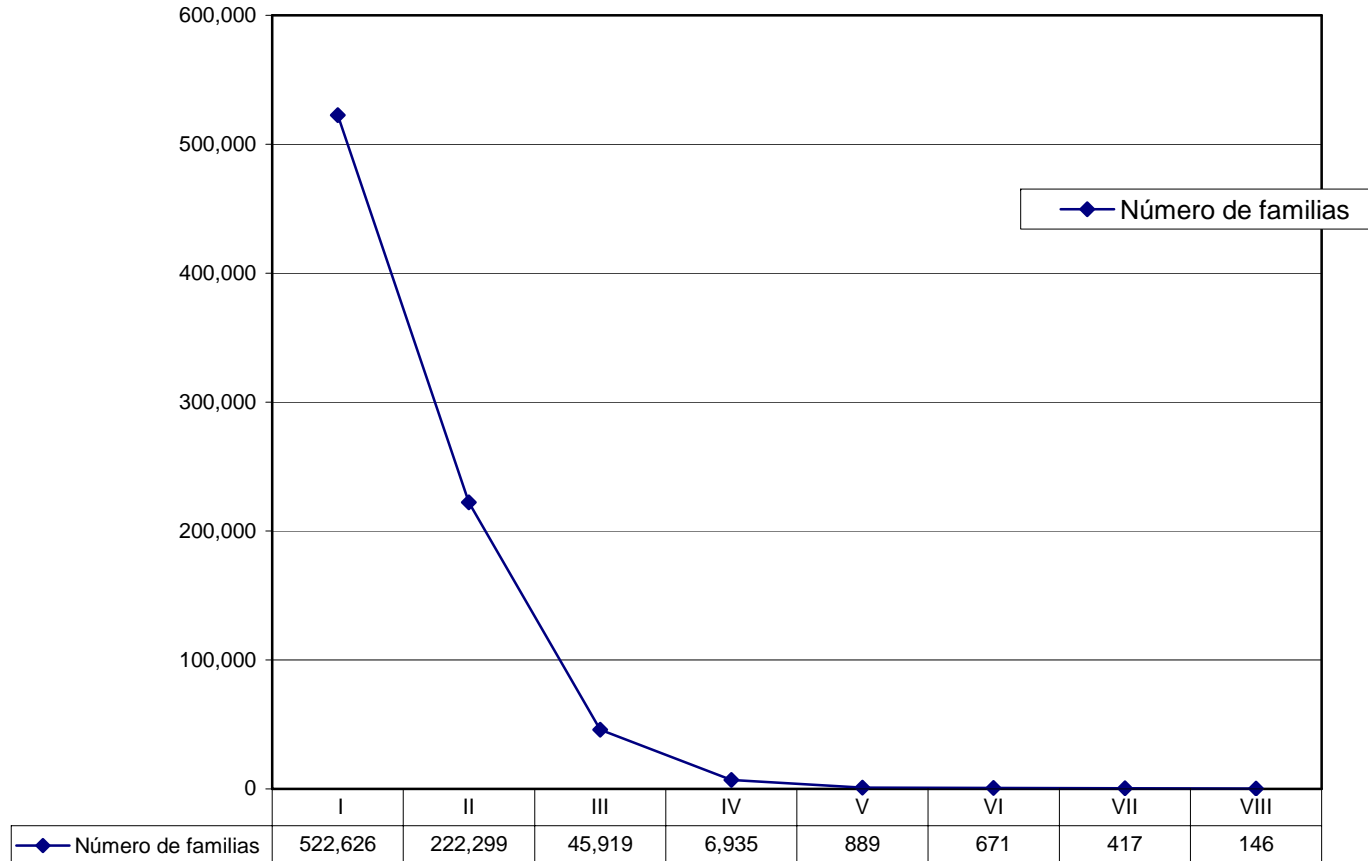
Anexo 3. Número de familias afiliadas por decil de ingreso, hasta junio del 2004

Entidad federativa	DECILES										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
1. Aguascalientes	5,701	6,266	2,092	440	49	14	4	8	1		14,575
2. Baja California	21,130	11,312	1,454	167	3	1					34,067
3. Baja California Sur	6,395	2,565	1,718	314	47	21	10	11			11,079
4. Campeche	14,177	3,797	205	67	1						18,247
5. Coahuila	451	570	51	15	4						1,092
6. Colima	27,026	21,296	3,425	474	31	1					52,274
7. Chiapas	32,730	8,413	53	13	1	15	5	2			41,210
8. Chihuahua											
9. Distrito Federal											
10. Durango											
11. Guanajuato	14,429	2,416	601	50	2	2					17,500
12. Guerrero	4,573	1,630	2,953	276	18	1					9,451
13. Hidalgo	17,958	1,218	716								19,892
14. Jalisco	23,998	12,637	1,787	306				1			38,729
15. México	30,059	6,746	530	7	13	3	2	1			37,361
16. Michoacán	1,944	772	340	33							3,089
17. Morelos	7,958	1,524	109								9,591
18. Nayarit											
19. Nuevo León											
20. Oaxaca	19,850	9,559	495	59							29,963
21. Puebla											
22. Querétaro											
23. Quintana Roo	6,142	1,443	246	53	2						7,927
24. San Luis Potosí	45,677	5,955	115	5		10	16	15			51,752
25. Sinaloa	50,187	24,454	7,055	1,782	285	176	131	44	3	1	94,118
26. Sonora	20,279	3,455	2,586	445	10	1	1				26,777
27. Tabasco	71,539	59,541	15,446	2,322	421	424	248	59			150,000
28. Tamaulipas	56,378	27,419	3,245	83	2	2					87,129
29. Tlaxcala	2,271	689	33								2,973
30. Veracruz	12,931	4,539	496	22							17,988
31. Yucatán	2,841	221	8								3,070
32. Zacatecas	16,002	3,882	162	2							20,048
Total nacional	522,626	222,299	45,919	6,935	889	671	417	141	4	1	799,902

Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Junio 2004

Gráfica 1.

Número de familias afiliadas al Seguro Popular,
por decil de ingreso, para el acumulado de junio del 2004



Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Junio 2004

Anexo 4. Número de familias al SPS y familias sin derechohabiencia, hasta el 30 de junio del 2004

Entidad federativa	Número de familias afiliadas	Número de familias no derechohabientes	Avance (%)
1. Aguascalientes	14, 575	78,962	18.5
2. Baja California	34,067	189,178	18.0
3. Baja California Sur	11,079	28,913	38.3
4. Campeche	18,247	75,905	24.0
5. Coahuila	1,092	120,544	0.9
6. Colima	52,274	50,668	103.2
7. Chiapas	41,210	547,734	7.5
8. Chihuahua		224,273	
9. Distrito Federal		680,624	
10. Durango		124,478	
11. Guanajuato	17,500	593,579	2.9
12. Guerrero	9,451	433,497	2.2
13. Hidalgo	19,892	272,232	7.3
14. Jalisco	38,747	618,423	6.3
15. México	37,343	1,365,715	2.7
16. Michoacán	3,089	560,568	0.6
17. Morelos		194,203	4.9
18. Nayarit		97,706	
19. Nuevo León		223,363	
20. Oaxaca	29,963	439,484	6.8
21. Puebla		687,815	
22. Querétaro		138,549	
23. Quintana Roo	7,927	82,538	9.6
24. San Luis Potosí	51,752	262,350	19.7
25. Sinaloa	94,118	203,588	46.2
26. Sonora	26,777	162,186	16.5
27. Tabasco	150,000	230,012	65.2
28. Tamaulipas	87,129	235,958	36.9
29. Tlaxcala	2,973	132,569	2.2
30. Veracruz	17,988	830,280	2.2
31. Yucatán	3,070	158,994	1.9
32. Zacatecas	20,048	101,104	12.4
Total nacional	799,902	10,205,992	7.8

Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Junio 2004

Anexo 5. Estados adheridos al Seguro Popular de Salud, 2002 al 2004



Glosario

Decil de ingreso

Es la categoría que se otorga a cada familia de acuerdo a su nivel de ingreso

Gasto de Bolsillo

Se refiere al pago inesperado para cubrir gastos en salud que afecta a la economía de las personas, arriesgándolas al empobrecimiento.

Gasto Catastrófico en Salud

Una persona enferma sin acceso a servicios de salud tarda más en curarse o no se cura. Su vida familiar se trastorna, no puede reincorporarse a sus actividades productivas y se precipita en una dinámica de empobrecimiento que no tiene fin. Deja de generar ingresos a la vez que debe de enfrentar por lo común de manera súbita, costos elevados y prologados para procurarse tratamiento. Estos gastos llamados catastróficos constituyen la forma más grave de empobrecimiento

Mancomunicación

Cuando se comparte el financiamiento de los servicios de salud, es decir, esta carga no sólo es para los asegurados o para el sistema de salud, es una acción en la que ambos participan para disminuir el gasto de bolsillo de los asegurados y el riesgo financiero que entrañan las intervenciones sanitarias cuya necesidad es incierta. Si sólo fuera un instancia quien pagara no se produciría una mancomunicación

Protección financiera

Estrategia del sistema de salud que busca garantizar la seguridad financiera de la población a través de la promoción del pago anticipado por la atención de la salud, el establecimiento de un funcionamiento justo de la atención, y la prevención de gastos excesivos y potencialmente catastrófico debidos a la búsqueda y resolución de las necesidades de salud

Población no asegurada o abierta

Es la población no beneficiada por ninguna institución de seguridad social, la mayor parte de su población esta conformada por familias que se encuentran en el sector informal de la economía