



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

**Visibilidad de la cobertura, restricciones y  
resultados del Seguro Popular en México  
(2004-2009)**

T E S I S

Para optar por el Título de Licenciada en Ciencias  
Políticas y Administración Pública  
(opción Administración Pública)

PRESENTA

Alejandra Paulina Amezcua Guerrero

Asesor: Dr. Ricardo Uvalle Berrones

**México D.F., Ciudad Universitaria, 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# Contenido

Agradecimientos y Dedicatoria.....	3
Introducción.....	5
<b>CAPÍTULO I La salud como imperativo social .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. La importancia de la salud pública.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2. Responsabilidad y compromiso frente a la salud.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.1. Universalidad y la integración de sistemas de salud .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.2. Políticas públicas de salud .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO II Antecedentes de salud en México .....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. Reconocimiento de la salud como derecho social .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2. La seguridad social.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3. Reforma al sector salud 1995-2000 .....</b>	<b>29</b>
<b>2.4. Estrategias de gobierno para el año 2000 .....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO III Origen y estructura del Seguro Popular.....</b>	<b>38</b>
<b>3.1. Contexto del Seguro Popular .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2. Origen de la reforma y del nuevo seguro (2001-2004) .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2.1. Valores, objetivos y metas generales. ....</b>	<b>48</b>
<b>3.3. Estructura jurídico-administrativa del Seguro Popular.....</b>	<b>51</b>
<b>3.3.1. Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).....</b>	<b>52</b>
<b>3.3.2. Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) .....</b>	<b>53</b>
<b>3.3.3. Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) .....</b>	<b>54</b>
<b>3.4. Marco financiero del Sistema de la Protección Social en Salud .....</b>	<b>56</b>
<b>3.4.1. Composición de las aportaciones federales y estatales.....</b>	<b>58</b>
<b>3.4.2. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos .....</b>	<b>60</b>
<b>3.4.3. Cuotas familiares .....</b>	<b>62</b>
<b>3.5. Cumplimiento de objetivos y metas (2004-2005) .....</b>	<b>64</b>

3.5.1. Avance en la Cobertura: población afiliada y localización.....	64
3.5.2. Financiamiento: presupuesto asignado.....	65
3.5.3. Utilización de los recursos.....	68
3.5.4. Requisitos de Afiliación .....	70
3.6. Cumplimiento de objetivos y metas (2006-2007) .....	71
3.6.1. Avance en la Cobertura: población beneficiada y localización.....	71
3.6.2. Financiamiento: presupuesto anual .....	73
3.6.3. Utilización de los recursos: infraestructura y consultas médicas .....	75
3.7. Cumplimiento de objetivos y metas (2008-2009) .....	77
3.7.1. Avance en la Cobertura: población beneficiada y localización.....	77
3.7.2. Financiamiento: presupuesto designado .....	80
3.7.3. Aplicación de Recursos: infraestructura y servicios. ....	83
<b>CAPÍTULO IV    Evaluación de resultados del Seguro Popular (2004-2009)</b> .....	<b>86</b>
4.1. Aciertos .....	88
1. Cobertura real: afiliación de la población sin seguridad social.....	88
2. Incremento en el presupuesto del Seguro Popular .....	90
3. Apoyo a las Entidades Federativas .....	94
4. Impacto comunitario: satisfacción y certidumbre .....	97
4.2. Debilidades de gestión .....	100
1. Falta de infraestructura medica y hospitalaria.....	100
2. Servicios médicos insuficientes.....	102
3. Carencia en la cobertura de enfermedades en el Seguro Popular .....	104
4. Estancamiento en el gasto en salud.....	107
Conclusiones: .....	111
Recomendaciones.....	114
Fuentes de Información: .....	116

**Agradezco a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico por su  
apoyo en este trabajo, como parte del**

**Proyecto PAPIIT IN306810**

**llamado**

**“Génesis, sentido y restricciones de la política de transparencia en México:  
¿de la opacidad a la publicidad?”**

**Responsable Dr. Ricardo Uvalle Berrones**

## **Agradecimientos**

Esta investigación fue realizada gracias al apoyo y la confianza del Dr. Ricardo Uvalle Berrones quien me dio la oportunidad de formar parte del Proyecto PAPIIT, su tiempo y su paciencia en esos interminables borradores.

A mis revisores: Dr. Maximiliano García Guzmán, Mtro. Enrique García Martínez, Mtro. Miguel Ángel Márquez Zárate y Mtro. José Vicente Godínez Valencia por sus observaciones y opiniones, las cuales valoro profundamente.

A la UNAM mi casa de estudios, que me brindó alegrías, enojos y lamentos. Mi hogar en los últimos años que me vio nacer profesionalmente.

A la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, la escuela que tantas dichas profesionales y personales me dio en mi corta estadía.

Al Centro de Estudios Mayas del Instituto de Investigaciones Filológicas por el apoyo y entusiasmo de todos sus miembros, quienes me brindaron alegrías y palabras de aliento en esas extenuantes entregas.

## **Dedicatoria**

Este trabajo quiero dedicárselo a mis padres quienes han sido mi apoyo, mi razón de ser y de existencia, sin ellos yo no estaría presente, los amo.

Al resto de mi familia quienes han soportado mi ausencia en esos fines de semana trabajando y la larga espera para el término de esta investigación.

A mis amigos cercanos y un poco distantes que no sólo me apoyaron, me aconsejaron en esas discusiones cotidianas sobre el tema, las hipótesis y querer resolver el mundo en esos grupos de estudio acompañados de altas dosis de cafeína. Gracias por acompañarme en este proceso.

Para todas aquellas personas que me escucharon cuando la información rebasaba mi capacidad de lectura, cuando los números y los datos no concordaban y cuando los borradores parecían interminables. Esta obra es para todas las personas que tienen mi enorme cariño.

## Introducción

La salud es el estado físico en el que se encuentra el ser humano. Por un lado, significa la ausencia de enfermedad y por el otro, el pleno desarrollo de sus capacidades físicas y mentales. La conservación óptima de este estado se procura tomando en cuenta diferentes medidas, como del bienestar físico, mental y alimentario. En caso de algún padecimiento, se recurre al diagnóstico y tratamiento mediante los servicios de salud que brindan atención médica en hospitales, clínicas y centros públicos o privados.

Los factores ambientales y comunitarios influyen en la salud, al igual que en el bienestar de las personas, por lo que desde el punto de vista de lo público, inmersa en un ámbito de visibilidad y transparencia, la salud es una práctica evidente con elementos físicos y mentales que son notorios para los demás, y demuestran el desarrollo de nuestras actividades. Por tanto, la salud es un derecho universal que los gobiernos acreditan con programas públicos los cuales se relacionan con el imperativo de la transparencia, por cuanto que es factible corroborar los beneficios y costos que implica mejorar la calidad de vida de los habitantes.

Así, la salud pública, la higiene, la sanidad en las viviendas, los alimentos, la integridad física y mental son parte de las preocupaciones públicas de toda comunidad organizada, por lo cual se diseñan y ejecutan acciones visibles que atiendan esas necesidades desde lo público.

El acceso a los servicios de salud es la concreción de la preocupación colectiva y el reconocimiento de las necesidades comunitarias, organizadas en una sociedad mediante la creación de estructuras públicas o privadas que brindan un beneficio. El derecho universal de protección a la salud, permite que las acciones sean ejecutadas desde el ámbito gubernamental tomando en cuenta las necesidades y los problemas públicos por medio de programas de gobierno.

México elevó a rango institucional en 1984, el derecho de protección a la salud al reconocerlo en el artículo cuarto de la Constitución de 1917. De este modo, se protege a los mexicanos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, integrado por organismos privados y públicos que proporcionan diferentes servicios médicos y hospitalarios.

Por tanto, en el ámbito público se integran institutos de seguridad social que proporcionan un seguro público, pagado mediante las contribuciones laborales. Este tipo de aseguramiento contempla la protección contra enfermedades, riesgos de trabajo, cuidado de la salud de sus familias, prevención, mediante la atención médica, hospitalaria, quirúrgica, de urgencias, al igual que otras prestaciones como jubilaciones, pensiones y maternidad.

Por otra parte, los organismos privados proporcionan servicios médicos al igual que un seguro privado individual o familiar, que se mantienen por el pago personal o “gasto de bolsillo” del beneficiario para atender los padecimientos. Estos

servicios dependen de la estabilidad de un empleo que sostenga el seguro de enfermedad para que se proporcionen los servicios de salud. Sin embargo, el aumento del desempleo, la falta de estabilidad laboral y el incremento de la población en riesgo, vulnerable y en pobreza extrema son factores que influyen en el incremento de una población sin ingresos suficientes para tener un beneficio de atención médica u hospitalaria, y sin acceso a los servicios.

Estas preocupaciones representan un problema público reconocido por el Gobierno mexicano, por lo que la formulación de políticas como medio para satisfacer una demanda para la mitad de la población<sup>1</sup>, involucra actores y grupos específicos inmersos en el campo del acceso a la salud, tanto públicos como privados, para el diseño de medidas gubernamentales y políticas que atiendan no sólo la falta de infraestructura y personal médico, sino también la cobertura universal de servicios de salud a los mexicanos, sin importar el tipo de contribución que estos realicen.

De este modo, el diseño de un nuevo tipo de aseguramiento público como el Seguro Popular, es la respuesta de gobierno originada por la preocupación de atender 50 millones de personas sin beneficios en la seguridad social; éste es el punto medular del análisis de la presente investigación, motivo por el cual el periodo de estudio comprende de 2004-2009, considerando el interés por analizar la gestación y el proceso de maduración del Seguro Popular en términos de eficacia.

---

<sup>1</sup> 55 millones de personas de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2000. INEGI

Es importante destacar que el planteamiento de la investigación se integra por elementos de contexto, origen, estructura y beneficios del Seguro Popular, entendido como un seguro que proporciona servicios de salud, de diagnóstico, tratamiento y hospitalización, mediante un catálogo de enfermedades y con un financiamiento público.

En este sentido, el estudio de la investigación se ubica en el campo de la Administración Pública, dado que interviene en el diseño e implementación de una política del Gobierno mexicano que brinda servicios de salud a todos los habitantes del país, para asegurar la protección de la vida productiva en la sociedad. Los resultados de esta política no son solo evidencias de las acciones de gobierno, sino también forman parte de la notoriedad de los servicios y la constante transparencia de las demandas de la población.

### **Hipótesis de la Investigación**

La investigación se encuentra sustentada en los siguientes planteamientos:

- El Seguro Popular contribuye a la integración efectiva del Sistema Nacional de Salud para tener cobertura universal en los servicios de salud.
- El Seguro Popular no tiene recursos financieros y materiales abundantes, sino escasos para brindar servicios médicos y hospitalarios, dado que tiene solo cubre 266 intervenciones, con 1,255 unidades médicas, para 31.1 millones de afiliados hasta el 2009.

- El derecho de protección a la salud y la cobertura universal se garantiza por el Seguro Popular, dado que su cobertura permite valorar a los beneficiados en condiciones de mayor igualdad.

## **Estructura de la Investigación**

Para fines de exposición, el trabajo se organiza del modo siguiente:

En el primer capítulo estudia la importancia de la salud en los individuos, las colectividades y la interacción entre ellos. De esta manera, la salud incide en el ambiente de lo público relacionando a todos sus miembros de la comunidad de manera visible, por lo que, ante la creación de demandas de servicios para atender la salud, el gobierno decide crear acciones que respondan a las necesidades colectivas por medio de políticas públicas.

En el segundo capítulo se explican las acciones que desarrolló el Gobierno mexicano para ampliar los beneficios y la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud, diseñando reformas estructurales en el sector salud implementadas en 1996 y que abren paso a la formulación de una nueva estrategia de aseguramiento público en el año 2000, dejando atrás el esquema de programas paliativos de beneficencia.

En el tercer capítulo analiza el contexto en que se origina el Seguro Popular durante el periodo 2001-2004, en el cual funciona un programa piloto con

estrategias de aseguramiento público en cinco entidades, que generaron resultados que ayudan al planteamiento de una cobertura universal, para el sexenio siguiente.

En este capítulo se analiza en el periodo de estudio de cinco años: 1) el número de población beneficiada, 2) el número de servicios proporcionados, 3) el número de unidades médicas acreditadas y 4) el presupuesto asignado para el seguro.

En el cuarto capítulo se explica el análisis de los datos, mediante la evaluación del Seguro por medio del planteamiento de indicadores que destacan las fortalezas y debilidades de gestión.

Finalmente, se elaboran las conclusiones y posteriormente las recomendaciones donde se valora el desempeño del Seguro Popular, así como su impacto en el país.

## CAPÍTULO I      La salud como imperativo social

La preocupación en la vida de todo ser humano es fundamental la preservación y la supervivencia, al igual que las relaciones que construye con los demás individuos, satisfacer sus necesidades físicas y emocionales, en otras palabras la búsqueda de su bienestar y felicidad. La conservación de la salud, es parte del instinto del ser humano, su bienestar físico, moverse de tal forma, condición, rendimiento de hacer todas las actividades que se proponga, temperatura, alimentación equilibrada, estar sano.

El concepto de salud definido por la Real Academia Española, lo indica como un término proveniente del latín *salus*, que determina “el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”<sup>2</sup>, las condiciones que permite a un organismo desempeñar plenamente sus capacidades y habilidades, teniendo una condición física en óptimas condiciones, alimentación balanceada y equilibrio mental, más allá de no tener ninguna tipo de dolencia o enfermedad.

Aristóteles la definía como la justa media entre el calor y el frío, ya que a través del calor del cuerpo, podía observarse algún tipo de irregularidad, no sólo su temperatura manifestaba una enfermedad, también su estado emocional, su alimentación, y en general el estado en el que se encontraba el cuerpo y la mente,

---

<sup>2</sup> La Real Academia Española. *Concepto Salud* [en línea] Disponible en: [http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=salud](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=salud) [Consulta: 07/10/09]

así se interpretaba que “para que haya salud es preciso que haya equilibrio”<sup>3</sup>; es decir un balance entre la procuración del cuerpo, mediante la nutrición, crecimiento y desarrollo adecuado; y la mente, conduciendo a la prosperidad física, mental y por lo tanto a la felicidad.

Encontrar la felicidad y el bienestar físico, mental y social, siempre ha sido una prioridad del ser, por lo que su consideración tomó relevancia en las culturas desde la antigüedad desde el punto de vista mágico o mítico, hasta nuestros días desde lo científico y social, en donde la finalidad última es la búsqueda de la vitalidad y preservación del cuerpo y mente del ser humano; tal y como lo menciona actualmente la Organización Mundial de la Salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social”<sup>4</sup>.

Más allá de la ausencia de enfermedad, se busca el pleno desarrollo del ser humano, principalmente mental y emocional, al igual que la interacción con el medio ambiente y otros grupos humanos. El entorno que rodea al individuo es esencial para el desarrollo de sus capacidades, una vivienda, el acceso a los servicios en general, ingresos económicos, alimentación, costumbres, tradiciones, ideologías, determinan la calidad de vida de una persona, incluyendo su salud; ahí el origen de la salud como una necesidad social, una inquietud personal y a la vez colectiva.

---

<sup>3</sup> Aristóteles. *Metafísica*, Lib. VII Capítulo 7. Madrid, España, Aguilar S. A. 1973. p. 990 (1032b)

<sup>4</sup> Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptado en la Conferencia Internacional de Salud, New York, realizada del 19-22 de Junio de 1946; firmado el 22 de Julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (suplemento de la 45ª ed. Octubre 2006). Disponible en: <http://www.phmovement.org/cms/files/WHO-Constitution-ES.pdf> [Consulta: 07/10/09]

El estado de salud puede tomar un sentido de carácter individual, privado e incluso íntimo, es decir, donde le concierne a cada persona su bienestar, calidad de vida y estado en que queremos mantener nuestro cuerpo, por esta razón tornamos a las medidas necesarias para mantenerlo en óptimas condiciones: mejoría de las afecciones físicas, aliviar y evitar la enfermedad para elevar nuestro desempeño.

En otro sentido, la salud torna a carácter colectivo o público que contempla al estado de salud de un grupo de personas o comunidad y su relación entre ellas con su medio ambiente, factor esencial en el desarrollo del hombre.

### **1.1. La importancia de la salud pública**

Salud pública contempla la relación con el ambiente y la interacción social que tiene el hombre con el resto de la sociedad, sus consecuencias y el impacto que éste tiene, asumiendo la protección de la salud no sólo de cada individuo, también la comunidad misma.

Charles E. Winslow la denominaba como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental, por medio de los esfuerzos organizados de la comunidad”<sup>5</sup>. Las acciones comunitarias se materializan en un mecanismo creado para la procuración de la salud para todo

---

<sup>5</sup> Winslow, Charles Edward Amory. *The Untilled Field of Public Health*. citado por Mazzefero, Vicente Enrique. Medicina en Salud Pública. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo, 1994. p.7.

ser humano, prevención de enfermedades y el mejoramiento de la calidad de vida, con la participación de cada individuo y de la comunidad en general.

La preocupación por la salud pública hoy en día, se enfoca no solo a la prevención y propagación de enfermedades a grupos de riesgo específicos y al resto de la población, también le conciernen las condiciones de vida de los habitantes de una población, alimentación, desempeño laboral, epidemias, afecciones, etc.; por lo que toma medidas sanitarias necesarias para la vigilancia y control de la salud colectiva, a través de servicios de salud.

Los factores principales de la salud pública son la promoción de la salud, donde se toman los aspectos de prevención de enfermedades, cuidados de higiene, alimentación balanceada, cuidados alimenticios, animales y sembradíos, al igual que inmunizaciones; otro factor es la medicina preventiva, donde transmite información de educación sanitaria e higiénica, planificación familiar, etc. Gracias a los avances tecnológicos, se han realizado programas universales de inmunizaciones, que evitan la propagación de enfermedades y el brote de epidemias.

El carácter público y colectivo de la salud de los individuos han llevado a los gobiernos a la formación de sistemas de salud, integrado por elementos políticos, económicos, culturales y sociales, tanto del ámbito público y privado, con la finalidad de brindar servicios que beneficien a la población de manera colectiva, tal y como lo ha recomendado la Organización Mundial de la Salud: el prestar

atención en materia de salud pública, no sólo en materia epidemiológica, también en afecciones que involucran el mejoramiento de la calidad de vida y el acceso a servicios en general, involucrando a todos los actores posibles, médico, político, económicos, sociales y culturales.

## **1.2. Responsabilidad y compromiso frente a la salud**

El carácter público de salud es, atendido tanto por el ámbito gubernamental, como el privado, uniéndose en causas comunes, ya que en sí la preocupación no sólo es individual, sino también del resto de una comunidad; de esta manera los responsables son todos aquellos integrantes de la sociedad.

Las reglas establecidas en esta sociedad, están encaminadas principalmente a la protección y cumplimiento de los derechos naturales, vitales para la constitución de una sociedad democrática y organizada, esto es mediante la conservación no sólo de la vida, la libertad y la seguridad, sino también del cuerpo y la integridad física; por ende velar la protección de la salud como derecho fundamental.<sup>6</sup>

La respuesta inmediata a estos compromisos son la composición de servicios, ya sean públicos o privados que satisfacen nuestras necesidades; tal y como los son los servicios de salud, mecanismos diseñados para procurarla, proveer medidas

---

<sup>6</sup> La declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789, plasmó por primera vez los derechos naturales reconocidos por los gobiernos. [en línea] Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Generaciones de los derechos humanos. Núm. 30 Marzo-Abril. Año 1998. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf> [Consulta: 28/07/10]

preventivas y evitar la enfermedad o en diferente caso, disminuir sus efectos y consecuencias.

Éstos se pueden clasificar de acuerdo con el alcance individual o colectivo que tengan; los personales son aquellos servicios públicos o privados proporcionados y enfocados al individuo, estrechamente relacionados con la atención médica para el proceso de enfermedad, desde su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la misma, ya sea en medicina general, especialidades o subespecialidades. Los servicios no personales se relacionan a la colectividad, al medio ambiente, higiene, control alimenticio, epidemias, regulación de medicamentos, vigilancia aduanal, promoción de salud, generalmente lo que contempla la salud pública y manejada por los gobiernos.<sup>7</sup>

### **1.2.1. Universalidad y la integración de sistemas de salud**

El compromiso de los gobiernos por velar la protección a la salud, se cumple por medio del establecimiento de un sistema de salud donde la parte estatal es la rectora que conjunta una serie de elementos políticos, sociales, económicos, tecnológicos y culturales que interactúan, con la finalidad de mantener un equilibrio y sobre todo la protección a la salud de todos sus ciudadanos.

La estructura de un Sistema Nacional de Salud debe ser diseñado tomando en cuenta, las características de cada país, su modelo económico, su régimen

---

<sup>7</sup> CANTÚ Sanchez, Arturo (Director General). *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. México. Siglo XXI Editores, COPLAMAR, 1998, Vol. 4 Salud.

político, su forma de gobierno, de toma de decisiones, y población, ya que por medio de estos elementos se podrán establecer los parámetros para brindar los servicios de atención médica, quirúrgica, hospitalaria y sanitaria, para todos sus ciudadanos, al igual que la cobertura que estos tendrán.

El reconocimiento de los derechos naturales por parte de los gobiernos entre ellos, la libertad, igualdad y la protección a la salud, se convirtió en una responsabilidad y compromiso, tanto por el gobierno mismo, como para los ciudadanos. La salud siendo un derecho universal, contempla otros como la libertad de sentirse sano, libre de enfermedades, con la confianza y seguridad de un cuerpo sano y atendido, esto a su vez brinda certidumbre en la población. Este tema le atañe no sólo a países democráticos, también para todos aquellos gobiernos que sientan un compromiso por velar por sus ciudadanos, en relación con el libre acceso de atención médica, hospitalaria y quirúrgica independientemente de la naturaleza de su aportación.

El principio de universalidad se basa en el libre acceso, transparencia y respeto al derecho de protección a la salud, al igual que el compromiso mutuo entre gobierno y ciudadanos. El modelo de cobertura universal gratuita, basado en el derecho social a la salud, compromete al gobierno a procurar dichos servicios, sin condición alguna, con plena disponibilidad para la población.

La clave del modelo es en su financiamiento y cobertura, ya que sólo existe una estructura administrativa, ya sea centralizada o regionalizada, donde se localizan

los servicios personales y no personales integrados, clasificados por niveles de atención, básico o de especialidad, sumando la participación de la comunidad en el mismo sistema;<sup>8</sup> generalmente, se mantiene por medio de la recaudación fiscal, fondos o fideicomisos, con la participación minoritaria de capital privado, y en ciertos casos contribuciones voluntarias; dependiendo de la situación social, política y económica en la que se encuentra cada país, tal es el caso de Gran Bretaña que opera con el Servicio Nacional de Salud (NHS por su siglas en inglés), con aseguramiento universal para todos sus ciudadanos, sin importar sexo, raza, discapacidad, edad, orientación sexual, religión o creencia, ya que el principio es respetar los derechos humanos y la igualdad brindando servicios para todos.<sup>9</sup>

Así un sistema de salud contempla servicios que proporcionen curar, tratar y sobre todo conservar la salud de los ciudadanos, mediante la interacción de elementos públicos, privados o ciudadanos, lo que marca en sí en actuar de dicho sistema son las políticas que establezca cada país acorde con sus necesidades.

### **1.2.2. Políticas públicas de salud**

El acceso a los servicios de salud en los países en la democracia, está determinado por una política, ya sea de salud o social que establece los parámetros económicos, políticos, sociales y culturales de cada región, tales como

---

<sup>8</sup> Existen varios modelos de financiamiento y de sistemas de salud de acuerdo con la situación económica de cada país. Para más información véase: De Val-Pardo, Isabel; Corella, José Ma. *Sistemas de Salud. Diagnóstico y Planificación*. España. Ediciones Díaz de Santos, 2001.

<sup>9</sup> De acuerdo con lo que marcan los Estatutos del NHS en Gran Bretaña. [en línea] Disponible en: [www.thh.nhs.uk/.../NHS.../2-june-09-NHS-Constitution-in-Spanish.pdf](http://www.thh.nhs.uk/.../NHS.../2-june-09-NHS-Constitution-in-Spanish.pdf) [Consulta: 08/10/09]

el índice de población, los grupos de edad, costumbres, alimentación y tradiciones de cada comunidad.

Los gobiernos democráticos establecen sus estrategias para atender y responder a las necesidades de su sociedad, es decir problemas públicos, con la ayuda de una estructura administrativa, distribuida a nivel nacional y local, así las políticas, pueden entenderse como “una herramienta que permite su construcción y efectividad desde el momento en que los actores públicos, privados y sociales se pueden enlazar para organizar esfuerzos y recursos a favor de los asuntos comunes”<sup>10</sup>, con una interacción de elementos que permitan resolver necesidades.

La acción de gobierno tiene que ver con los resultados y la respuesta que éste tiene con sus ciudadanos, dependiendo de los lineamientos con que los lleva cabo, ya sean leyes, normas, reglamentos, políticas, programas, etcétera. La política puede ser observada como “el medio para alcanzar fines”<sup>11</sup>, o toma de decisiones respecto algún problema, un conjunto de respuestas de gobierno o como parte de un proceso, “como secuencia de hechos y decisiones que implican un cierto avance o modificación de la realidad”<sup>12</sup>, adaptándose a su entorno.

La política no sólo se materializa en leyes, reglamentos y programas, sino también en la suma de acciones, decisiones y acuerdos que hacen posible la labor de

---

<sup>10</sup> Uvalle Berrones, Ricardo. *Las políticas públicas en el gobierno de la democracia* en León y Ramírez; Mora Velázquez (coord.) *Ciudadanía democracia y políticas públicas*. México, UNAM. 2006, p. 317

<sup>11</sup> Subirats, Joan. *Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración*. España. Ministerio para las Administraciones Públicas, 1992. p.40

<sup>12</sup> *Ibíd.* p.41

gobierno, respondiendo a una necesidad social, a un problema local; es decir, son interacciones sociales reales, hechos producidos por la acción colectiva.<sup>13</sup>

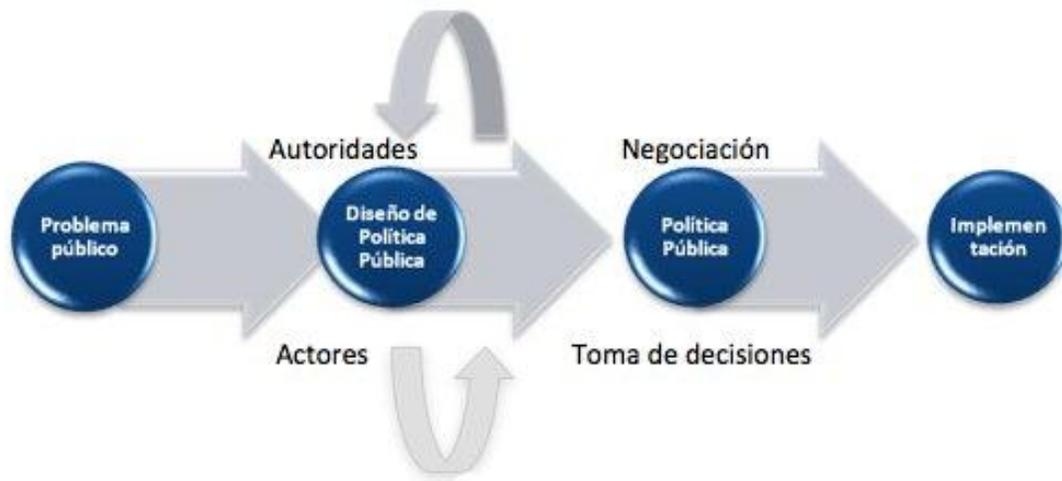
Siendo que las políticas públicas solucionan problemas públicos de la vida cotidiana, son medios cambiantes, se ajustan a las demandas sociales, y éstas a su vez pueden estar compuestas por múltiples problemas ligados unos a otros, de esta manera, se incluyen en las agendas políticas y de gobierno, para así plasmar las decisiones y estrategias de gobierno, que los actores involucrados en el proceso de elaboración de políticas tomaron en cuenta, es decir, fueron resultantes de la interacción y cooperación de los actores políticos.

Charles Lindblom,<sup>14</sup> propuso un proceso de elaboración de políticas públicas, donde se consideraba el reconocimiento por parte del gobierno de un problema público, definido por una demanda o necesidad social; una vez identificado se procede a la formulación de una respuesta o solución, estudiando cuidadosamente las partes involucradas, es decir, tomando en cuenta la lucha de actores y grupos que permiten acuerdos y negociaciones, que hagan posible una elección final de alternativa, que será ejecutada por medio de las organizaciones o agencias públicas o privadas, o un conjunto de ambas. Las etapas del proceso de elaboración de políticas pueden ejemplificarse de la siguiente manera. (Figura 1)

---

<sup>13</sup> Aguilar, Villanueva Luis F. *Estudio Introductorio* en: La hechura de las políticas. México. Miguel Ángel Porrúa. 1992. pp. 15-84

<sup>14</sup> Lindblom, Charles E. *El proceso de elaboración de políticas públicas*, España. 1991.



**Figura 1.** Proceso de elaboración de una política pública.

Elaboración propia. Datos obtenidos de Lindblom, Charles E. *El proceso de elaboración de políticas públicas*. 1991.

Este proceso al no referirse a un proceso lineal, sino más bien a un complemento de esfuerzos colectivos, de forma cíclica que hacen posible el reducir la complejidad de un problema, no de forma definitiva, ya que el surgimiento de nuevos problemas públicos o redefinición de los mismos, será una labor permanente, siempre adaptándose a las demandas sociales cambiantes, ya sean educativas, económicas, sociales y políticas; son componentes que persisten en la toma de decisiones en el actuar público.<sup>15</sup>

En el campo de la salud, no es distinta la manera en cómo se realiza una política, ya que el primer momento de identificar el problema, es crucial evaluar las características del mismo, aunque éste se encuentre estrechamente ligado con

<sup>15</sup> La definición de un problema público, consta de la identificación de ciertos elementos como son los actores, origen y causas, costos, consecuencias e impactos, económicos, sociales y políticos. Véase: Elder D. Charles, Cobb W. Roger. *Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos*, en: Aguilar Villanueva, Luis F. Problemas públicos y agenda de gobierno. México. Miguel Ángel Porrúa. 2000. pp. 77-104.

otras políticas, ya que generalmente una política de salud, forma parte de una política social, que incluye otras políticas y programas como de educación, vivienda, alimentación, empleo, finanzas, seguridad, es parte de la institucionalización de la salud y de todo su sector social. Al momento en que una política se focaliza en las principales preocupaciones de una comunidad, su población, la composición de la misma, sus costumbres, su alimentación y la carencia a los servicios que tienen, ayuda a la formulación de un diagnóstico del problema, aislándolo y buscando una solución que se adecue al mismo.

Las estrategias y alternativas establecidas en una política y que permite su implementación, se lograron gracias a la interacción de actores involucrados en el problema público, llámense públicos o privados, beneficiados y afectados; los integrantes de la lucha de fuerzas son: los ciudadanos que reaccionan ante una demanda, los representantes legislativos principales decisores en el proceso de elaboración de políticas, la burocracia parte primordial en la implementación de la política, grupos de interés que hacen relevante la discusión de las estrategias y alternativas de solución del problema, al igual que otros miembros de la sociedad que cooperan como los partidos políticos, medios de comunicación y opinión pública<sup>16</sup>.

La política de salud se forma a partir de la participación y cooperación de estos actores, a los cuales se les suman las autoridades de salud, consultores o asesores, personal médico, miembros de la industria privada, farmacéutica y

---

<sup>16</sup> Subirats, *Óp. cit.*

demás grupos de presión, que mediante la negociación, y lucha de intereses, se diseña una política que cumpla los objetivos, metas, valores del problema público, tomando en cuenta las capacidades de infraestructura, recursos humanos y financieros, como se muestra. (Figura 2)



**Figura 2.** Actores involucrados en el proceso de elaboración de una política pública en salud. Elaboración propia. Datos obtenidos de WEISSERT, Carol S., *Governing Health: the politics of health policy*. 2006.

La realización de una política involucra actividad intelectual y operativa al igual que un proceso político, toma de decisiones, negociación, ajuste mutuo de intereses, por lo tanto para entender una política pública, es necesario entender el sistema político de un país; cuál es su proceso histórico por el cual ha estructurado su gobierno, su administración pública y sobre todo su sociedad.

Por esta razón, una política de salud, materializa no solo sus instituciones y su estructura burocrática que necesita para emprender las acciones de gobierno de acuerdo con los objetivos y metas de las necesidades sociales, también el campo de la salud, desde el punto de vista individual y colectivo, genera beneficios en ambos sectores.

La respuesta inmediata desde el punto de vista de una política pública son la composición de servicios públicos de salud, los cuales satisfacen las necesidades y demandas sociales y eventualmente la calidad de vida de los ciudadanos. Los servicios de salud, son mecanismos específicos diseñados para procurarla el bienestar físico, mental y emocional, promoviendo medidas preventivas y evitar la enfermedad o en diferente caso, disminuir sus efectos y consecuencias.

Mediante la atención de la salud los gobiernos, no solo mejoran la calidad de vida de los ciudadanos, pone especial atención en la vida productiva de cada persona, que participa activamente en la economía de una comunidad. De esta manera respeta sus derechos naturales y civiles, como la igualdad y transparencia de sus beneficios.

La visibilidad de los servicios consiste en la plena difusión y contacto con los ciudadanos acerca de los beneficios que estos gozan, atendiendo a los principios de transparencia, donde la claridad en los servicios y en la información, ayuda a la

comprensión y comunicación con los ciudadanos, sobre todo fortaleciendo el vínculo entre gobierno y sociedad.<sup>17</sup>

La confianza y la certidumbre que la transparencia y la claridad de los servicios, al igual que de la información brindan a los ciudadanos, se acompaña de los elementos que conforman una política de salud, que son las características de su población, ya sea su composición, grupos de edad, las afecciones más comunes, su alimentación, sus actividades económicas y de territorio; al igual que los recursos con los que se cuenta la infraestructura, el personal con el que se cuenta y más importante aún el financiamiento de dicha política, elementos se visualizarán en el contexto mexicano en los siguientes capítulos.

---

<sup>17</sup> Guerrero Gutiérrez, Eduardo. Para entender La Transparencia, México, Nostra Ediciones, 2008, p. 12.

## CAPÍTULO II      Antecedentes de salud en México

### 2.1. Reconocimiento de la salud como derecho social

La salud de los mexicanos, siempre ha sido una preocupación del Estado Mexicano, sin embargo, las políticas y estrategias de salud pueden definirse y explicarse a partir de la rectoría del sector con la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1983, aunado con el reconocimiento de derecho universal, plasmado en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo cuarto, en la misma fecha, en el cual señala:

*“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley [Ley General de Salud] las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”<sup>18</sup>.*

Por primera vez, se estableció la preocupación por velar por la salud de los mexicanos y el compromiso que tenía el gobierno por éste, por medio de un ente rector de un sistema de salud, que brindara servicios de salud.

Las bases y modalidades a las que el párrafo señala, se encuentran en la Ley General de Salud que marca al derecho a la protección de la salud como finalidad del “bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. [Al igual que] la prolongación y mejoramiento de la calidad de la

---

<sup>18</sup> El derecho a la salud no fue elevado a rango constitucional por decreto, sino hasta 1983, tras la consolidación de la Secretaría de Salud y Asistencia como cabeza del sector y responsable del mismo. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [en línea] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/9.htm?s> [Consulta: 09/09/10]

vida humana”<sup>19</sup>, por lo que las decisiones de gobierno, los intereses y bienestar de los ciudadanos cuentan con la base jurídica, organizativa y administrativa plasmada en la formación del Sistema Nacional de Salud, con la composición no sólo de instituciones públicas pertenecientes a la administración pública federal y local, sino también con la colaboración de instituciones privadas, en cada una de las entidades federativas, y así garantizar el derecho a la salud.

## 2.2. La seguridad social

Hasta ese momento los servicios de salud ya eran proporcionados por un Sistema Nacional de Salud, compuesto por dos principales institutos de cobertura en seguridad social; por un lado se encuentran asegurados los trabajadores del ámbito privado, conjuntados en el Instituto Mexicano del Seguro Social, creado en 1943, contemplando servicios de medicina familiar, especialidades médicas, quirúrgicas y hospitalarias, al igual que otras prestaciones de seguridad social, como lo son las pensiones y jubilaciones<sup>20</sup>; por otro lado los trabajadores del ámbito público, beneficiados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, fundado en 1959, que también proporciona el mismo tipo de aseguramiento y prestaciones sociales;<sup>21</sup> de igual manera los servicios de cobertura para el servicio militar, de marina y los trabajadores de Petróleos Mexicanos, contaban con su institución de seguridad social.

---

<sup>19</sup> Ley General de Salud. Artículo 2° [en línea] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/175.htm?s> [Consulta: 09/09/10]

<sup>20</sup> Zertuche Muñoz, Fernando (Coord.), *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Primeros Años 1943-1944*, México, IMSS - Ediciones Culturales, 1980.

<sup>21</sup> Soberón, Guillermo; Kumate, Jesús; Laguna, José. (compiladores) *La Salud en México. Testimonios 1988*. 1a ed. México. Fondo de Cultura Económica, 1988.

Las instituciones de seguridad social, proporcionaban servicios de salud, al igual que las dependencias locales establecidas en cada una de las entidades federativas, de igual manera, las acciones gubernamentales, se complementaban con la composición de organismos descentralizados y desconcentrados en el sector salud, como los institutos nacionales de salud; al igual que la colaboración y participación comunitaria, que hacen posible la cobertura en servicios básicos, como lo son atención médica, educación para la salud y medicina preventiva.<sup>22</sup>

La estructura del sistema de seguridad social sigue en funcionamiento hasta nuestros días, haciendo una separación entre la población derechohabiente del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y beneficios estatales, sujetando los beneficios de los servicios de salud a la relación laboral vigente, ya que así se dispuso desde el momento de la creación de cada uno de ellos.

La relevancia de dichas instituciones se centra en el carácter nacional de las mismas, ya que éstas mantienen su cobertura en subregiones y con la colaboración de las entidades federativas, garantizando su presencia en todo el país, al igual que el beneficio para gran parte de la población.

Las acciones gubernamentales, se complementan con la composición de organismos descentralizados y desconcentrados en el sector salud, como los

---

<sup>22</sup> Yañez Campero, Valentín H. La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México. INAP, 2000, p.62

institutos nacionales de salud, tomando en cuenta también la colaboración y participación comunitaria, que hacen posible la cobertura en servicios básicos, como lo son atención médica, educación para la salud y medicina preventiva.<sup>23</sup>

### 2.3. Reforma al sector salud 1995-2000

La influencia ejercida por el ámbito internacional a las políticas mexicanas, eran marcadas por organismos como la OMS, quien recomendaba un vital enfoque hacia la *Atención Primaria en Salud* (APS) por parte de los gobiernos; es decir, una orientación hacia la asistencia sanitaria en el contacto inicial con los habitantes, como parte integrante de un sistema nacional de salud, para así lograr el desarrollo y crecimiento de un país.

El compromiso inicial asumido por los gobiernos era “cuidar la salud de sus pueblos, al igual que cumplir el objetivo para el año 2000: contar con el nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”<sup>24</sup>, bajo estas expectativas se recomendó iniciar políticas que permitieran elevar el desarrollo económico, político y social de México.

Las medidas de salud aplicadas anteriores a ese periodo, se caracterizaron por tener una continuidad en ciertos programas de desarrollo social, realizados en sexenios anteriores a 1995, tal fue el caso del Programa COPLAMAR (1977), que

---

<sup>23</sup> *Ibidem.*

<sup>24</sup> OMS. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS*. (realizada del 6-12 de septiembre de 1978). Ginebra, 1984, p.3 [en línea]. Disponible en: [http://www.ops.org.bo/alma\\_atta/declaracion.pdf](http://www.ops.org.bo/alma_atta/declaracion.pdf) [Consulta: 02/12/10]

abarcaba el apoyo en alimentación, educación, salud y al sector agropecuario. Este programa federal, ejercido por cada una de las entidades federativas y localidades, tomaba en cuenta los ámbitos de gobierno, al igual que las prioridades de cada comunidad.

En el ámbito de salud, se realizó un convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1979<sup>25</sup>, denominado IMSS-Coplamar que contemplaba alternativas y soluciones en las políticas, proporcionando atención médica, medicina preventiva, y promoción de la salud específicos en comunidades rurales, alternando sus acciones con el IMSS y el ISSSTE en sus órganos regionales, lo que complementaba las acciones gubernamentales a nivel local y en coordinación con la federación.

El programa anterior logró tener una continuidad para el sexenio siguiente, denominado IMSS-Solidaridad (1988-1994) contaba con características similares, en el sector salud, lo que demostraba que había un esfuerzo por una coordinación mediante recursos federales, para ampliar la cobertura de los sectores de la población que no se encontraban adscritos a la seguridad social, como era el caso del sector agropecuario, que gozaba de ciertos servicios proporcionados por la Secretaría de Salud estatal o servicios similares a nivel local<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Yañez Campero, Valentín H. *Óp. cit.*

<sup>26</sup> Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. [en línea] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/default.htm?s=iste> [Consulta 25/04/11]

Dadas las condiciones del sector en sexenios anteriores y la influencia internacional por enfocarse a la atención primaria en salud, al igual que la ampliación de la cobertura de los servicios, para el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000<sup>27</sup>, las preocupaciones y objetivos en materia de salud, se encontraban dentro del rubro *Desarrollo Social*, marcando las estrategias y líneas de acción del gobierno encaminadas al *bienestar del individuo, mediante la ampliación y mejora de los servicios básicos*.

La propuesta constaba de una reforma necesaria al Sistema Nacional de Salud, debido a la composición heterogénea de los servicios, lo que cumpliría con el objetivo de una mejora en la calidad y en la cobertura de los servicios básicos de atención médica, al igual que de otros elementos complementarios tanto económicos, políticos y sociales.

La Secretaría de Salud<sup>28</sup> como eje rector, sería la encargada de promover, conducir y coordinar la salud, al igual que las medidas de salubridad general, mediante la elaboración del Programa Nacional de Salud (PRONASA), y Programas Sectoriales de Salud, que respondían tanto a los objetivos nacionales de desarrollo del país, como a las demandas y prioridades de la ciudadanía, como lo marcaba el Plan Nacional de Desarrollo; estas acciones se encaminarían en colaboración con la participación estatal reunida en el Consejo Nacional de

---

<sup>27</sup> Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. p. 73 [en línea] Disponible en: <http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/pnd.pdf> [Consulta 25/04/11]

<sup>28</sup> Antes de 1984 denominada Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Salud,<sup>29</sup> que cumplía en la coordinación de la federación con los estados en las acciones de ampliación de cobertura de los servicios de salud.

Sin embargo, la acción y la cobertura de la población hasta ese momento no contaba con la infraestructura necesaria, y con diferentes puntos de acceso a los servicios de salud disponibles para toda la población, lo que hacía una cobertura desigual. El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000<sup>30</sup>, que entró en vigor a principios de 1996, proponía una reestructuración del sector, acorde con los objetivos y principios planteados en el Plan Nacional de Desarrollo: ampliar la cobertura de los servicios de salud, incluyendo a la población no asegurada a través de la descentralización de los mismos, por lo que también se combatiría a la duplicación operativa de éstos.

Ante la expectativa nacional, como lo marca dicha reforma del sector salud, donde 10 millones de personas no aseguradas ubicadas principalmente en zonas rurales alejadas y en ciertos casos inhóspitos, sin protección social, en conjunto con el centralismo de los servicios y en su operatividad administrativa, provocaba una cobertura insuficiente, al igual que el acceso sectorizado y segmentado de la población.

Estos problemas esenciales fueron tomados en cuenta por la reforma, por lo que las acciones principales estuvieron encaminadas a la descentralización de los

---

<sup>29</sup> Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. *Ibidem.* p. 81

<sup>30</sup> Programa de Reforma... *Óp. cit.*

servicios, para brindar una amplia cobertura, al igual que evitar la duplicación de los mismos, pretendiendo cumplir con los objetivos principales de brindar de manera eficiente y equitativa cobertura amplia en salud<sup>31</sup>.

Como consecuencia, la reforma ayudó a vislumbrar el camino de una reorganización en los servicios y en el sector, al igual que en la participación de los diferentes actores gubernamentales, sociales y agentes privados que se involucraron en esta reforma; de igual manera se replantearon las prioridades de gobierno enfocándose a los servicios básicos y al primer nivel de atención: medicina preventiva, educación para la salud, atención materno-infantil, planificación familiar, salud mental, medicina bucodental, nutrición, entre otros, por lo que un nuevo planteamiento en el sector era inminente.

#### **2.4. Estrategias de gobierno para el año 2000**

Las acciones de gobierno planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, ubicaban al sector salud en el área de Desarrollo social y humano, enfatizando el carácter individual, equitativo y en igualdad de oportunidades de la

---

<sup>31</sup> Los objetivos principales que marcaba la reforma era: “establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios; ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal; concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aun centralizadas y profundizarla en las restantes; ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tiene acceso limitado o nulo” - Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. [En línea] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/8.htm?s=iste> [Consulta 25/04/11]

política social, esto mediante *la emancipación individual y colectiva*<sup>32</sup>, sumando esfuerzos de diferentes actores, ya fueran gubernamentales, privados, autónomos, o asociaciones civiles que hicieran posible el desarrollo nacional.

La importancia de la salud se consideró esencial en el desarrollo productividad del país, por lo que las estrategias fueron delimitadas por los ejes rectores de la política social que consistieron en: el bienestar de todos los mexicanos; equidad en los programas e igualdad en oportunidades; capacidad e iniciativa, involucrando a los ciudadanos en la participación en los asuntos públicos; cohesión social, como manera de compromiso nacional y participación ciudadana; conciencia ambiental y sustentable<sup>33</sup>, elementos que marcaron la política social de este periodo.

La salud fue considerada por el gobierno de este sexenio como *componente central del capital humano*, elemento esencial para la productividad y desarrollo nacional, por lo que debe presentarse en igualdad de oportunidades, complementándose con otras políticas, siguiendo los ejes rectores que estableció dicho plan, así que los servicios de salud contemplaron un cambio con el libre acceso a los mismos, expresando la necesidad de *democratizar la atención misma*, un principio de universalidad e igualdad en salud para todos los mexicanos.

---

<sup>32</sup> La Política Social. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 [en línea] Disponible en: <http://pnd.fox.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=32> [Consulta 25/04/11]

<sup>33</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. *Óp. cit.*

El plan marcaba la ideología y el marco de acción de las políticas, con objetivos principales, especialmente en la política de salud, que consistían en elevar el nivel de salud de la población en igualdad de condiciones, garantizando la calidad elevada en los servicios, al igual que una protección financiera con recursos públicos, lo que llevaría a fortalecer el Sistema Nacional de Salud. La materialización de esto se dio con el planteamiento de programas federales y locales, que marcaron el sexenio y bajo el principio de acceso universal, delimitados en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006.

Este programa tenía establecidos cuatro objetivos sustantivos, marcados por la política nacional de ese sexenio, los cuales eran:

1. Mejorar la salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud; y
5. Fortalecer el sistema de salud.<sup>34</sup>

Bajo estos objetivos, se iba delimitando una política pública, que materializan en las estrategias y en el planteamiento de planes y programas que marcan el rumbo nacional, teniendo como prioridad las necesidades de cada población, los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo marcaron el rumbo de la política social, como lo señala el párrafo siguiente:

---

<sup>34</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México, Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 20

*“Al incluir a personas, grupos, organizaciones civiles y asociaciones privadas en los asuntos públicos, la administración pública federal libera la energía y creatividad de la sociedad mexicana, fomenta su interés y corresponsabilidad en la solución de los problemas nacionales, aumenta su exigencia hacia el gobierno y su solidaridad con sus semejantes”.*

Se enfatizó la corresponsabilidad de los actores públicos y privados, y de manera esencial la participación ciudadana en los asuntos de gobierno, elementos que formaron parte de la formulación de una política pública en salud, por lo que las estrategias de gobierno encaminadas a la reforma en el sector salud fueron alimentadas por los índices y las expectativas que se tenían para el año 2000, donde la población mexicana alcanzaría un poco más de los 98 mil millones de habitantes.<sup>35</sup>

En PRONASA 2001-2006 se indicaron las acciones que marcarían el rumbo del nuevo seguro, los tintes de la propuesta se manejaron en la *Estrategia 5: Brindar Protección financiera en materia de salud a toda la población*, la cual proponía la *creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantizara calidad en los servicios cubiertos*. En complemento su meta específica pretendía que para 2006 se tendría cubierta a toda la población que no tuviera la oportunidad de un seguro privado, o no tuviera el beneficio de la seguridad social,

---

<sup>35</sup> El Consejo Nacional de Población (CONAPO), proyectaba para mitad de año 2000: 98, 438, 557 habitantes, donde 49,716,145, serían mujeres y 48,772,412 hombres. [en línea] Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=193](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193) [Consulta: 01/06/11]

así reduciendo en 75% los gastos catastróficos o de bolsillo, realizados por las familias.<sup>36</sup>

Las líneas de acción fueron publicadas en 2001, ya se vislumbraba al comienzo del milenio las estrategias para un nuevo seguro que beneficiaría a por lo menos la mitad de la población, sin embargo, la materialización de estas estrategias se darían en los años siguientes. El origen y fundamento del Seguro Popular se analizarán en los capítulos sucesivos.

---

<sup>36</sup> Programa Nacional de Salud 2001-2006 [en línea] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf> [Consulta 01/09/11]

### 3.1. Contexto del Seguro Popular

La población en México para finales del milenio, contaba con un sistema de aseguramiento de prepago, es decir, un seguro que brindara aquellos servicios pagados con anterioridad mediante la contribución proporcional tanto del beneficiario, del empleador, al igual que de la institución de seguridad social y el gobierno federal.

Este seguro se conformaba por servicios básicos, hospitalarios, quirúrgicos, farmacéuticos y de especialidad médica para todo derechohabiente, proporcionado en hospitales generales, regionales y clínicas estatales, al igual que las principales instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.), brindando de manera adicional, otro tipo de prestaciones como retiros, pensiones y jubilaciones.

Estos servicios eran proporcionados para el año 2000 a una población total de 97,483,412 habitantes, divididos en 51.17% mujeres y 48.82% hombres,<sup>37</sup> cada uno con una proyección de vida de 76 años y 71 años respectivamente,<sup>38</sup> logrados gracias a la mejora de la salud en ellos, detección temprana de enfermedades y principalmente a la medicina preventiva.

---

<sup>37</sup> De la población total se dividían en 49,891,159 mujeres y 47,592,253 hombres. Datos del Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI [en línea] [Consulta: 02/12/10]

<sup>38</sup> Proyecciones de Esperanza de Vida realizadas por CONAPO, donde la esperanza de vida total para el año 2000 es de 73.9 años promedio. [en línea] Disponible en:  
[http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=193](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193)

La mitad de esta población se encontraba entre los 20 y 69 años de edad, considerados años productivos o laborales en los mexicanos;<sup>39</sup> por lo que ante el aumento en la esperanza de vida, también se acrecentaban los años de servicio laboral en ambos sexos, abriendo la oportunidad de extender sus actividades por más tiempo. Consecuente con una población que se acercaría cada vez más a la tercera edad con enfermedades crónicas y de especial tratamiento, el requerimiento de acceso a servicios médicos para adultos mayores, al igual que la creación de esquemas de inversión y financiamiento que cubran no sólo servicios médicos, sino también un sistema de pensiones y jubilaciones sería un tema recurrente en los años venideros.<sup>40</sup>

La preocupación en el campo del acceso a los servicios de salud, comenzó ante una expectativa de la población aseguramiento mínimo, es decir, que para el año 2000, se contemplaban derechohabientes a cualquier esquema de seguridad social sólo a 39,120,682 personas.<sup>41</sup>

Contemplando a las principales instituciones, con un 80% se encontraban aquellos pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social,<sup>42</sup> en menor cantidad con un 15% se encontraban beneficiados al Instituto de Seguridad y Servicios

---

<sup>39</sup> Datos obtenidos del Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI [en línea] [Consulta: 02/12/10]

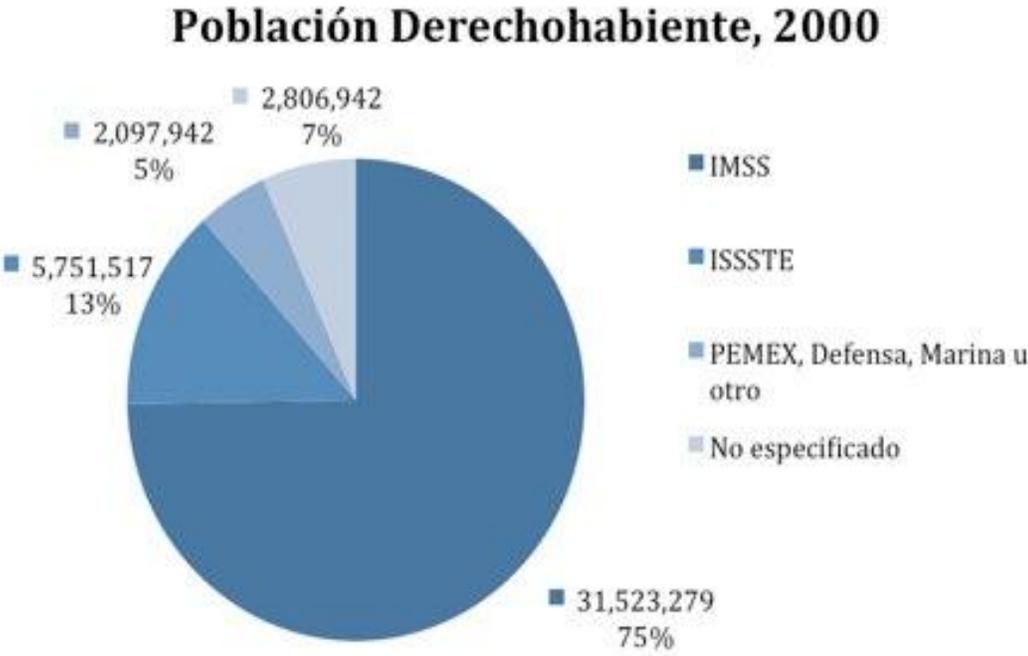
<sup>40</sup> Hernández Laos, Enrique. *Escenarios de la pobreza ante el desarrollo*. En: Zuñiga Herrera Elena (Coord.), *México, ante los desafíos de desarrollo del milenio*. México. CONAPO. 2005. pp. 19-25.

<sup>41</sup> Datos obtenidos por el Censo General de Población y Vivienda 2000. [Consulta: 01/06/11] [en línea] Disponible en:

[http://www.inegi.org.mx/lib/Olap/consulta/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=](http://www.inegi.org.mx/lib/Olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=)

<sup>42</sup> Equivalente a 31,523,279 derechohabientes (IMSS), 5,751,517 beneficiados (ISSSTE), 2,097,942 personas (Pemex, Defensa, Marina u otro), 2,806,942, no especificado.

Sociales de los Trabajadores del Estado, y en una minoría del 5% los derechohabientes a Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa, Marina u otro tipo, por lo que gran parte de la cobertura en servicios de salud, se encontraba sujeto a una condición laboral en el sector privado o independiente. (Figura 3)



**Figura 3.** Población derechohabiente a los principales Institutos de Seguridad Social. Elaboración propia. Datos obtenidos de INEGI, Censo General de Población y Vivienda 2000.

Los datos reflejaban que cerca de 55 millones de personas<sup>43</sup> no contaba con algún tipo de aseguramiento, ya fuera público o privado, a nivel estatal o municipal,

<sup>43</sup> De acuerdo con INEGI en el Censo General de Población y Vivienda 2000, se contaba con 55,555,788 personas sin derechohabencia, representando cerca del 57% de la población total.

frente a los recursos destinados a programas de ampliación de cobertura que trataban de mitigar la falta de servicios.

Como alternativa estas personas, realizaban el pago individual y directo por cualquier servicio, ya fuera de atención médica, quirúrgica u hospitalaria, en una institución privada, pública o de beneficencia, práctica recurrente que representaba un gasto catastrófico para estas personas y familias, un gasto emergente, repentino y sin ninguna previsión, afectando los ingresos tanto de la cabeza de familia, en algunos casos de manera provisional o de manera permanente.

La reforma del sector salud de 1996 había logrado mantener la descentralización de los servicios, mediante la autonomía de las entidades federativas por organizar y aprovechar los recursos obtenidos por la federación, teniendo la responsabilidad de proporcionar los servicios de salud correspondientes para su población.

Sin embargo, ante la inequidad de la distribución de los recursos, los estados más pobres se encontraban con la insatisfacción de servicios de salud y con muertes por enfermedades previsibles, como diarreas y demás enfermedades gastrointestinales, que se encuentran relacionadas con la calidad de los demás servicios, agua potable, alimentación, infraestructura, etc.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Ortíz, Mauricio. *El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana*. México. FCE, SA, 2006.

Ante estas cifras y expectativas de la salud de los mexicanos, que reflejaban que 5 de cada 10 mexicanos no contaban con ningún tipo de seguridad social o beneficio de atención médica, la inequidad en la distribución de los recursos canalizados para la salud, la necesidad de una reforma al sistema nacional y a ley general de salud, era inminente.

### **3.2. Origen de la reforma y del nuevo seguro (2001-2004)**

Un grupo de personas encabezadas por el Secretario de Salud del periodo 2000-2006 Dr. Julio Frenk Mora, les preocupaba la situación del aseguramiento inequitativo de los mexicanos, donde la mitad de la población no tenía acceso a servicios de salud, aunado al gasto de bolsillo que estos realizaban cada vez que tenían una emergencia médica, razón por la cual comenzó a diseñarse un nuevo seguro público que congregara a toda persona no asalariada, sin seguridad social, del comercio informal, del sector rural y de escasos recursos para brindarles servicios médicos. Este seguro tenía que enfrentarse con la heterogeneidad existente en el punto de acceso a los servicios, por lo que el primer paso para desagregar a la seguridad social heredada y sujeta a la relación laboral de cada individuo, consistió en tres etapas.<sup>45</sup>

En un principio se pretendía la reestructuración del Sistema Nacional de Salud, debido a las diferentes instituciones que la componían (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Oportunidades, etc.), al igual que su legislación; sin embargo, las

---

<sup>45</sup> *Ibidem* p.31-38

capacidades técnicas, operativas y políticas tendrían un gran enfrentamiento y difícil aceptación, por parte de la sociedad, por lo que se contempló un estudio compuesto por el planteamiento y fundamentos del aseguramiento familiar prepagado, en otro momento la operatividad del mismo, la infraestructura, el desempeño administrativo y su financiamiento, todo esto mediante el fundamento jurídico específico, que culminaría en la adición del Sistema de Protección Social en Salud en la Ley General de Salud.

Una nueva reforma a dicha ley, ayudaría a contemplar una nueva estructura en el Sistema Nacional de Salud que realmente contemplara el acceso universal a los servicios, es decir, adoptando al 50% de la población que se encontraba sin algún tipo de aseguramiento, esto consagraría cumpliendo el concepto de universalidad, servicios públicos de salud, para todos sin importar su condición laboral, la manera de su aportación y sobre todo su capacidad económica.

Previo a la estructura de la reforma, se implementó un programa piloto del Seguro Popular en Salud en el periodo 2001-2002, en los estados de Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, el criterio tomado para la elección de las entidades federativas, fue de acuerdo con aquellas que contaran con un bajo número de población no derechohabiente, al igual que el índice de habitantes en la región, razón por la cual se eligieron los tres primeros estados; por otro lado las

dos últimos se tomaron en cuenta gracias a que contaban con altos índices de cobertura en servicios con calidad a nivel nacional.<sup>46</sup>

El objetivo inicial del programa piloto era crear un nuevo seguro que afiliara a personas no beneficiadas por la seguridad social, estableciendo una meta específica de afiliar a 60 000 familias terminando el año 2002. Los resultados obtenidos de este programa piloto concluyeron sobrepasando la meta, llegando a la cifra de 295 000 familias, cumpliendo el objetivo de afiliación, de demostró que el proyecto era viable, que con esfuerzos conjuntos de las entidades federativas, podía elevarse a nivel federal.<sup>47</sup>

Sin embargo, también surgieron retos en cuanto al desempeño, la proporción de los servicios, aceptación por parte de las autoridades locales y ciudadanos, y sobre todo desde el punto de vista del financiamiento de los mismos, por lo que el establecimiento de los fondos fue de vital importancia para la obtención de los recursos federales. Los responsables de dicho programa, encabezados por el secretario de salud, lograron demostrar para finales de 2002, que se contaba con casi medio millón de familias afiliadas, rebasando la meta establecida y representando el alto índice de efectividad en estas entidades federativas, abriendo la brecha para impulsar la reforma de la Ley General de Salud, para elevar al Seguro Popular al ámbito federal.

---

<sup>46</sup> La operación del programa piloto también se contempló inicialmente en otras entidades federativas, sin embargo, el apoyo de las autoridades estatales facilitó la implementación del programa, razón que fue tomada en cuenta, para su funcionamiento en dichos estados. Véase: Ortíz, Mauricio, *Óp cit.*

<sup>47</sup> *Ibidem* pp. 42-43

Con una base establecida y con altas expectativas, en ese mismo año comenzaron las actividades necesarias para iniciar la reforma a la Ley General de Salud, que sustentaría al Seguro Popular. Los cambios a los artículos 13, 17, 28 y 35 de dicha ley, al igual que la adición del título Tercero Bis, conformado por los artículos 77 bis 1 al 77 bis 41<sup>48</sup>, contemplaron no sólo de la manera en cómo se proporcionarían los servicios de salud, también los derechos y obligaciones por parte de los ciudadanos, al igual que del gobierno federal y estatal; de igual manera se contempló la vigilancia por medio del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, equiparándose a los demás consejos existentes en el país, como el Consejo Nacional de Salubridad.

El fundamento principal de los estudiosos y abogados integrantes de la Secretaría de Salud y que prepararon la reforma, consistió en que si bien el derecho de protección a la salud se encontraba delimitado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al igual que la Ley General de Salud, no era específica la manera efectiva de garantizar dicha protección, ni el acceso a la misma o su financiamiento, por lo que al llevar a cabo la reforma, no consistiría en diseñar solo una ley que terminaría subordinándose al artículo cuarto constitucional, y no solucionaría las problemáticas de la población no asegurada, la universalidad del acceso a la salud.

---

<sup>48</sup> *Ibidem.*

Por lo que se decidió incluir de manera explícita la composición del Sistema de Protección Social en Salud, su administración, organización, financiamiento, proporcionando una claridad en cuanto al acceso y derecho de los mexicanos por proteger su bienestar físico y mental, no sólo de manera individual, sino también de manera colectiva.<sup>49</sup>

El nuevo sistema contempló como objetivo principal el aseguramiento y protección de los mexicanos que no tienen acceso a servicios de salud proporcionados por alguna institución de seguridad social, al igual que beneficios estatales; el *Seguro Popular* como se denominó inicialmente, se focalizaría en personas vulnerables y de extrema pobreza, que cumplieran estos requisitos, gracias a su difusión y pronta actuación, se extendió rápidamente al resto de la población en las entidades federativas; a cargo de la Secretaría de Salud como coordinadora del programa.

Dentro de la Cámara Legislativa, partidos políticos y grupos opositores, se creó cierta especulación hacia la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud y de los nuevos mecanismos de aseguramiento, ya que se vislumbraban los problemas financieros del IMSS e ISSSTE, en cuestión de pensiones y jubilaciones, al igual de la incapacidad de estos por seguir manteniendo y brindando los servicios de salud. El pronóstico mostraba que debido a la insolvencia fiscal de ambos institutos, se llegaría a “10 millones de trabajadores sin derecho a pensión o

---

<sup>49</sup> El grupo dedicado a la preparación tanto del programa piloto, al igual que de la reforma, fue comandado por el Secretario de Salud de ese periodo el Dr. Julio Frenk Mora. Véase Ortíz, Mauricio. *Ibidem*.

seguro médico en 2025”<sup>50</sup>, por lo que la preocupación acerca del financiamiento del sector salud, la posible vía de una privatización y la viabilidad de una ley de seguridad social universal, hicieron delicado el tema, abriendo la discusión entre los partidos acerca del proyecto de Ley.

Finalmente, tras una larga discusión, debate entre partidos, la adición de comentarios en la iniciativa de reforma, al igual que el cabildeo entre partidarios y opositores, realizada en ambas Cámaras de Representantes, el 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el decreto por el cual se reformó y adicionó la Ley General de Salud; firmada por el Presidente de la República, Vicente Fox Quesada, entrando en vigor el 1 de enero de 2004, ya con los cambios que consistieron en la adición del Título Tercero Bis, bajo la denominación *De la Protección Social en Salud*, que contemplaba el Sistema de Protección Social en Salud, que sería parte esencial para el nuevo aseguramiento, contemplando su organización administrativa, legal, financiera y operativa.

La consolidación de dicho seguro, al igual que su implementación en el Distrito Federal y resto del país se daría de manera paulatina, considerando que la población, al igual que las autoridades locales, eran escépticas ante dicho cambio estructural, por lo que la difusión de las evidencias obtenidas por el programa piloto, lograron impulsar la aplicación en las demás entidades federativas; el principal atractivo del programa se materializó en la transferencia de los recursos

---

<sup>50</sup> DAVALOS, Renato. “Buscan hacer *corresponsable* a la sociedad del déficit financiero en salud” [en línea]. La Jornada en línea. 18 agosto 2002. Año 18, n° 6456. Política. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2002/08/18/012n1pol.php?origen=index.html> [Consulta: 31/08/10]

federales a la los estados, de manera permanente y constante, lo que ayudó y promovió a la inclusión de afiliados.

### **3.2.1. Valores, objetivos y metas generales.**

La motivación para la creación del Seguro Popular, se basa en la *universalidad* de los servicios de salud, es decir, la incorporación de una medida federal que integrara a ese 50% de la población que no era beneficiada por la seguridad social, que se encontraba desempleada o tenía un ingreso independiente bajo, razón por la cual se consideraba vulnerable, o en riesgo.<sup>51</sup>

Otros principios que alimentaron la reforma, como la libertad y respeto al derecho a la protección de la salud, contemplados en la Constitución, fueron plasmados gracias a las exigencias sociales, que actualmente, no sólo demandan más servicios, sino también mejor calidad, al igual que accesibilidad a ellos. Al momento de ubicar los objetivos para el Seguro Popular, se buscaba *salud equitativa, trato digno y financiamiento justo*<sup>52</sup>.

En la formulación del seguro se plasmó la universalidad, accesibilidad y protección del derecho a la salud, al igual que el pago y el soporte financiero para proveer de estos servicios para todos los ciudadanos. La accesibilidad de los servicios, se convirtió en una de las prioridades de dicho seguro, es decir, para todos sin

---

<sup>51</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México, Fondo de Cultura Económica, 2006, pp. 17-18

<sup>52</sup> Ortíz, Mauricio, Óp. cit. p.36

importar raza, género, religión, localidad, empleo e ingreso económico. La construcción de un sistema que incorporara a toda la población, se materializó en una primera etapa la cual consistió en integrar a la población menos beneficiada y vulnerable.<sup>53</sup> Con estos valores, puede indicarse que el planteamiento del Seguro Popular fue sobre bases accesibles y transparentes entendidas estas, como un paso decisivo para publicitar los beneficios sociales, es decir, mantener con claridad y “a la vista” las acciones gubernamentales que benefician unos a otros.<sup>54</sup>

Por otra parte, mientras los valores ya se encontraban fijados, el establecimiento de un objetivo general fue primordial, para afianzar los principios mencionados anteriormente, de esta manera, el Seguro Popular estableció su objetivo como:

“...otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

Los integrantes de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud a través del Seguro Popular tendrán acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.”<sup>55</sup>

El cumplimiento de este objetivo se realizaría con la incorporación de los gobiernos estatales mediante la acción de Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, que fomentaría la asignación equitativa de recursos y un balance

---

<sup>53</sup> *Ibíd*em, pp.36-37

<sup>54</sup> Entendiendo que “la publicidad permite a los ciudadanos someter las acciones que les afectan o que son relativas al derecho de otros seres humanos.” Véase: Guerrero Gutiérrez, Eduardo. *Óp cit.* p. 16

<sup>55</sup> Objetivos del Seguro Popular. [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=3](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=3) [Consulta 31/08/10]

entre las demás instancias de salud, al igual que la corresponsabilidad ciudadana y gubernamental, para así lograr finalmente una cobertura universal en salud.

Respecto a las meta general del Seguro Popular era proteger aproximadamente a 55 millones de habitantes que hasta ese momento no eran beneficiados por la seguridad social, la política se implementaría en cada una de las entidades federativas, los estados que empezaron con el programa piloto, continuarían su operación, el resto de los demás estados serían incorporados en los próximos dos años posteriores a la reforma de la Ley General de Salud, por lo que la afiliación de estos asegurados sería de manera paulatina en función de la adopción de la política en cada una de las entidades federativas.<sup>56</sup>

Al comienzo del sexenio 2006-2012 el Seguro Popular no varió mucho entorno a sus objetivos y metas. De acuerdo con los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo en su objetivo 7, establecía el aseguramiento médico universal para combatir la pobreza; acorde con esto, el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012, planteó cinco objetivos: mejorar las condiciones de salud, reducir desigualdad, calidad, seguridad en los servicios para evitar la pobreza y fomentar el desarrollo del país, y una de sus líneas de acción consistió en “extender la cobertura de atención a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud”, es decir afiliar al máximo posible al Seguro Popular;<sup>57</sup> por lo que el alcance universal al seguro se relaciona con la práctica de la

---

<sup>56</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Óp. cit.* p. 28

<sup>57</sup> Programa de Acción Específico Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 [en línea] Disponible en:

transparencia al destacar el modo en que sus beneficios se difunden, por medio del acceso a los servicios.

Las metas generales para ese sexenio 2006-2012, continuaron siendo el incorporar al 50% de la población no asegurada, al igual que la reducción del gasto de bolsillo por persona; una de las metas específicas fue el afiliar a 12.6 millones de familias al término del 2010, para así llegar a la cobertura universal al 2012, dado que la operación en su totalidad en las entidades federativas, incluyendo el Distrito Federal.<sup>58</sup>

### **3.3. Estructura jurídico-administrativa del Seguro Popular**

Tras la reforma a la Ley General de Salud en 2004, se estableció la estructura de dicho seguro, donde se establecieron los objetivos del Sistema de Protección Social en Salud, que contaría con la modificación de los artículos 3, 13, 17, 28 y 35, al igual que la adición de un título, con un total de 10 capítulos y 41 artículos donde se especifica, la naturaleza del sistema y la adopción del nuevo seguro, sus beneficios, su financiamiento, al igual que de un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que controlaría y supervisaría el funcionamiento del seguro en conjunto con dicha secretaría.<sup>59</sup>

---

[http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/programa\\_accion\\_especifica\\_ssp.pdf](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/programa_accion_especifica_ssp.pdf) [Consulta 31/08/11]

<sup>58</sup> *Ibidem* pp. 14-16

<sup>59</sup> Ley General de Salud. Título Tercero Bis: De la Protección Social en Salud [vigente]

En conjunto con esta reforma, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 5 de abril de 2004, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS)<sup>60</sup>, como órgano colegiado consultivo representado por la autoridades de las instancias de salud y otras dependencias en el sector público; el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), el cual especifica las medidas de ejecución del Fondo de Aportaciones y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos<sup>61</sup>, los cuáles son operados por las entidades federativas, en coordinación con la Federación, que permiten operar y mantener el nuevo seguro público en salud, la composición de dichos fondos se explicarán más adelante.

La organización del sistema tanto en su estructura administrativa como financiera tiene dos vertientes, por un lado es la operación en el Nivel Federal y por otro la operación en las Entidades Federativas, de manera siguiente.

### **3.3.1. Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)**

A nivel federal se encuentra bajo la dirección del órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, denominado Comisión Nacional de Protección Social en

---

<sup>60</sup> La composición del CONPSS consta de las autoridades del IMSS, ISSSTE, Consejo de Salubridad General, Secretaría de Desarrollo Social, Hacienda y Crédito Público, cinco titulares de salud de entidades federativas y Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud, sus opiniones, propuestas y sugerencias son tomadas en cuenta para la operación y funcionamiento del seguro, al igual que la propuesta para la titularidad del CNPSS. Ley General de Salud. Capítulo VIII. Artículo 77 bis 33-35 [vigente]

<sup>61</sup> Este último se entiende como aquel que representa el 30% más de ingreso familiar, sin tomar en cuenta alimentación y vivienda, esta cantidad es independiente del gasto de bolsillo que la familia realice, ya que no depende éste de su ingreso total.

Salud (CNPSS), cuenta con autonomía técnica, administrativa y operativa, su función principal es el instrumentar la política de protección social en salud, al igual que el plan estratégico de desarrollo de sistema, en coordinación con los regímenes estatales, cuenta con diferentes unidades que ayudan a establecer las operaciones de dicho seguro.<sup>62</sup>

Entre otras atribuciones, la comisión está encargada del establecimiento de los requisitos de afiliación, aumento de medicamentos, de financiamiento, incluyendo la administración del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; también es responsable de la coordinación con las entidades federativas, al igual que de la transparencia y rendición de cuentas hacia los ciudadanos, haciendo posible la instrumentación, operatividad, coordinación y vigilancia federal hacia los estados.<sup>63</sup>

### **3.3.2. Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS)**

A nivel estatal, cada uno de los estados tiene a cargo la operación e implementación del Seguro Popular, esta se realiza en coordinación con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), tratando de englobar y estandarizar las acciones en materia de salud para la comunidad y para la persona.<sup>64</sup> La responsabilidad principal de esta instancia es la *coordinación de prestación de servicios*, con las estructuras de salud estatales ya existentes, que permitan la adopción e implementación del seguro; como responsabilidad

---

<sup>62</sup> Ley General de Salud. Capítulo VIII. Artículo 77 bis 35. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Capítulo Segundo. Organización y Atribuciones. Artículo 4-5. [vigentes]

<sup>63</sup> Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Capítulo Tercero. [vigente]

<sup>64</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Óp. cit.* p. 70

adjunta relevante es la gestión y administración de la operación del Seguro Popular; esto de acuerdo con lo contemplado en la Ley General de Salud.<sup>65</sup>

Sin embargo, la naturaleza jurídica de los REPSS varía en algunas entidades, puede ser un organismo descentralizado con patrimonio y administración de sus recursos financieros; o como en la mayoría de los estados se considera un organismo desconcentrado y su función se limita a revisar y supervisar el proceso de afiliación, servicios prestados, el ejercicio de los recursos, por las instancias del sector salud en los estados en coordinación con la CNPSS.<sup>66</sup>

El ámbito de acción de los REPSS se extiende y trabaja en colaboración con los responsables y prestadores de servicios públicos de salud en cada una de las entidades, independiente de la naturaleza jurídica que estos tengan, ya que una de las responsabilidades principales es la implementación de las acciones del Seguro Popular.

### **3.3.3. Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES)**

El seguro opera a través de los servicios de salud estatales, por medio de la utilización de fondos y recursos federales, destinados a brindar servicios de primera atención, hospitalarios y quirúrgicos, contemplados en el Catálogo

---

<sup>65</sup> *ibidem* p. 71

<sup>66</sup> Evaluación Financiera 2006, [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio\\_Satisfaccion/03\\_Evaluacion\\_Financiera\\_2006.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/03_Evaluacion_Financiera_2006.pdf) [Consulta 31/08/11] pp. 57-59

Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), aquí se clasifican las intervenciones cubiertas por dicho seguro.

El establecimiento de criterios para la inclusión de nuevas intervenciones, se realiza de acuerdo con un análisis de costo-efectividad de las intervenciones más comunes de acuerdo con la región donde se presentan, para así poder incluir, cada año mayor número de intervenciones.<sup>67</sup> Desde la incorporación del Seguro Popular (2002-2003), se denominaba el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), el cual contemplaba 78 intervenciones y 203-139 medicamentos, con la expectativa que éste se ampliara. Eventualmente se cambió por el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), para el periodo 2004-2005 y contaba con 154 intervenciones y 168-172 medicamentos; finalmente, se convirtió en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), que para 2006 ya contaba con 249 intervenciones y 307 medicamentos, continuando su aumento.<sup>68</sup>

El seguro contempla atención médica, exámenes preventivos, de laboratorio, consulta externa, expedición y surtimiento de recetas farmacéuticas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y tratamiento, para las intervenciones que contempla el Catálogo, que incluye padecimientos como tabaquismo,

---

<sup>67</sup>González Pier, Eduardo; (et ál.) *Óp.cit.* p. 49

<sup>68</sup> *ibídem* p.59-61

enfermedades respiratorias, cardiovasculares, diabetes, epilepsia, salud bucal, materna, etc.<sup>69</sup>

Estos servicios son operados a través de las unidades de atención médica de la red de servicios en cada uno de los estados, IMSS-Oportunidades, centros de salud y hospitales generales; para el tercer nivel de atención le corresponden a los Centros regionales de alta especialidad.<sup>70</sup>

### **3.4. Marco financiero del Sistema de la Protección Social en Salud**

El financiamiento principal del sistema consta de un esquema tripartito, conformado por las aportaciones familiares, denominadas cuotas de afiliación, al igual que las aportaciones gubernamentales tanto de carácter federal, como estatal, con base en las familias incorporadas, para brindar servicios para *bienes públicos locales, nacionales y para la persona*, es decir, lo que se tenía contemplado anteriormente como no personales de salud (referente a la salud pública o colectiva) y servicios personales (atención médica hospitalaria) respectivamente.

Este representa un nuevo esquema, ya que anteriormente el financiamiento se basaba en la infraestructura y personal con el que se contaba, esta nueva forma de distribución de los recursos se realizaría de acuerdo con la población a beneficiar, pretendiendo ser más equitativa; esto se tradujo en afiliar más familias,

---

<sup>69</sup> 249 intervenciones contempladas hasta el 2006.

<sup>70</sup> *Ibidem* p.41

como prioridad para las entidades federativas para obtener mayor financiamiento.<sup>71</sup>

Estas aportaciones se realizan mediante la operación de fondos, cada uno de ellos cumple una función específica, ya sea para cumplir con las necesidades de las personas, por medio de la atención médica, o de la comunidad. Para los *bienes públicos locales*, se opera bajo el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC), el cual a su vez se obtiene del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33<sup>72</sup> del presupuesto federal, orientados a estos servicios. Para los *bienes públicos nacionales o regionales* se comprenden en el Ramo 12<sup>73</sup> del gasto federal de la Secretaría de Salud, como complementarios al FASC; estos recursos están orientados para la comunidad y son ejercidos por los estados y sus jurisdicciones sanitarias.<sup>74</sup>

Para los *servicios de salud a la persona*, los recursos se aportan tomando en cuenta el número de intervenciones adscritas al Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES)<sup>75</sup> y las enfermedades consideradas de gastos catastróficos; el financiamiento de estos servicios personales, se conforma por *la*

---

<sup>71</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Óp.cit.* pp.35-37

<sup>72</sup> Los recursos de este fondo son transferidos de la SHCP a las Secretarías de Finanzas Estatales, repartiéndose para sus servicios de salud públicos y descentralizados.

<sup>73</sup> Este ramo contemplado en el PEF anual se contemplan para la Secretaría de Salud, que son transferidos a las instancias de salud en cada estado, órganos desconcentrados y descentralizados.

<sup>74</sup> *Ibidem* p.40

<sup>75</sup> Hasta el 2009 se tenían contempladas 275 intervenciones y 422 medicamentos.

*cuota social, aportación solidaria federal, aportación solidaria estatal y cuotas familiares, que componen las aportaciones federales y estatales.*<sup>76</sup>

### **3.4.1. Composición de las aportaciones federales y estatales**

El esquema tripartito de las aportaciones, se realizan mediante las transferencias de recursos federales, estatales y cuotas familiares, que se describen a continuación:

#### *Cuota Social (CS)*

Esta se refiere a una aportación gubernamental denominada cuota social anual por familia beneficiara equivalente al 15% de un salario mínimo general vigente del Distrito Federal, revisado cada anualmente; Sin embargo, para finales del 2009, se reformó la ley a una cuota social anual por persona afiliada, equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente del Distrito Federal, provenientes del ramo 12 del presupuesto de la Secretaría de Salud,<sup>77</sup> se revisarán los montos anuales más adelante.

La finalidad de esta modificación se encuentra orientada a una distribución y equidad de los recursos más adecuada, ya que mientras una familia con dos integrantes obtenía la misma aportación de una familia de cinco integrantes.

---

<sup>76</sup> *Ibidem* p.40

<sup>77</sup> Reforma de la Ley General de Salud [decreto 2004] y Ley General de Salud 2009 [vigente]. Artículo 77 bis 12

Estandarizando la cifra de aportación, ayuda a tomar cuenta a la persona afiliada que también son integrantes de familias beneficiadas.

La *aportación solidaria*<sup>78</sup> se encuentra dividida en dos partes:

#### *Aportación Solidaria Federal (ASF)*

Estos recursos se otorgan a las entidades federativas, por medio del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona (FASP), obtenidos de FASSA ramo 33 presupuestal, que se encuentran orientados a los servicios de salud a la persona, también pueden complementarse por el ramo 12 del presupuesto federal.

Esta transferencia de recursos se realiza tomando en cuenta la cantidad de beneficiarios registrados, y validada la capacidad de la entidad para ejecutar las aportaciones.

#### *Aportación Solidaria Estatal (ASE)*

Son recursos sustraídos y contemplados en los presupuestos estatales y se incluyen en la suma de las aportaciones, estos varían de acuerdo con la responsabilidad de afiliación, economía, recaudación e inversión en salud de cada entidad federativa.

La asignación de los recursos aportados toma en cuenta ciertos aspectos, como la cantidad de personas afiliadas, los esfuerzos estatales por aportaciones

---

<sup>78</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Óp.cit.* p. 40

adicionales, las necesidades de salud y desempeño de los servicios de cada estado, por esta razón las reglas de operación varían en cada entidad.

### **3.4.2. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos**

Este es el fondo más importante, ya que son los recursos que “se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados [...] que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación”<sup>79</sup> principalmente enfermedades de alto costo, contempladas en el tercer nivel de atención (alta especialidad).

El objetivo de este fondo está orientado principalmente hacia los estados, para financiar aquellos padecimientos que representan un riesgo económico alto para ellos, es decir, “un riesgo es asegurable si presenta las características siguientes: a) tiene una baja probabilidad de ocurrencia; b) representa una pérdida financiera considerable; y c) es involuntario”<sup>80</sup>, este fondo no sólo es de reserva, sin límite de anualidad presupuestal, y con reglas establecidas por la Secretaría de Salud, La Ley General de Salud y su Reglamento, está encaminado a los padecimientos que requieren alta atención y tratamiento.

---

<sup>79</sup> Ley General de Salud. Título Tercero Bis. Capítulo VI. Artículo 77 bis 29. [en línea] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/175.htm?s=> [Consulta 10/09/10]

<sup>80</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Óp.cit.* p. 56

El Consejo de Salubridad General y de acuerdo con la Ley General de Salud, se tomaron criterios como el tipo de enfermedad, efectividad de las intervenciones, tratamiento, entre otras, para determinar las enfermedades relacionadas con gastos catastróficos; se definieron en nueve categorías, 1) Diagnóstico y tratamiento del cáncer; 2) Problemas cardiovasculares; 3) Enfermedades cerebrovasculares; 4) VIH/SIDA; 5) Lesiones graves; 6) Rehabilitación de largo plazo; 7) Cuidados intensivos neonatales; 8) Trasplantes; y 9) Diálisis.<sup>81</sup>

El financiamiento de este fondo contempla el 8% de la suma de la Cuota Social (CS), Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Aportación Solidaria Estatal (ASE), 2% para infraestructura en salud en zonas marginadas y 1% para cubrir diferencias imprevistas en la demanda y la garantía de pago, estos montos son operados y administrados por el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud.<sup>82</sup>

El carácter del fideicomiso es público y no cuenta con estructura orgánica, por lo que no necesita la creación de una paraestatal, y los encargados para tomar decisiones en torno a éste en un Comité Técnico, conformado por siete representantes de la Secretaría de Salud (cabeza de sector), dos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (fideicomitente), un representante del Consejo de Salubridad General, uno de la Secretaría de la Función Pública y un representante de institución de crédito (fiduciaria). Las actividades más importantes del Comité

---

<sup>81</sup> *Ibidem* p.77

<sup>82</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Óp.cit.* p. 41.

son las reglas de operación del fideicomiso, el plan de inversión del patrimonio y la transferencia de recursos, entre otras.<sup>83</sup>

El financiamiento se encuentra sujeto bajo las condiciones de transparencia y rendición de cuentas permanente, mediante la formulación de un informe anual de resultados, al igual que la revisión, auditoría y la evaluación de Seguro Popular; que permite un replanteamiento de los objetivos y metas del seguro, características propias de la política pública

La evolución de los recursos transferidos a los estados para gastos catastróficos se dieron de acuerdo con las prioridades de este fondo, la disminución del gasto de bolsillo, al igual que el aumento de la cobertura de CAUSES, los montos y complementos durante el periodo 2004-2009, se analizarán a detalle más adelante.

### **3.4.3. Cuotas familiares**

Este monto pagado anualmente por cada familia afiliada, es establecido de acuerdo con el ingreso y del poder adquisitivo de cada familia, en caso de la incapacidad económica no se le negaría la adscripción al seguro, de acuerdo a lo que marca la Ley General de Salud, por lo que existen Módulos de Afiliación y Orientación que realizan una evaluación y determinan el monto familiar o la gratuidad de la misma.

---

<sup>83</sup> *Ibidem* pp.60-61

Existen dos regímenes, por lo cuales las familias afiliadas son divididas, el contributivo, que se caracteriza con la aportación de una cuota anual, anticipada y progresiva, descritos de los deciles III al X y la no contributiva, son aquellas que su situación les impide algún tipo de aportación, por lo que se le ubica en los deciles I y II. La sujeción de cada familia al decil de ingreso se verifica cada tres años, con la finalidad de ubicar la estabilidad económica de cada familia.<sup>84</sup>

Las cuotas establecidas se incrementan y varían cada año de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), bajo un subsidio federal estatal por medio de las aportaciones descritas anteriormente, por lo que las cuotas no representan la totalidad de los costos por los servicios proporcionados.

El propósito principal de este tipo de financiamiento conformado por las cuotas de afiliación y las aportaciones gubernamentales, es una adecuada distribución de los recursos públicos, para un servicio con financiamiento público viable, al igual que la disminución individual del *gasto de bolsillo*, ese gasto catastrófico que poder llegar a representar más del 30% del ingreso familiar, de esta forma el seguro prepago garantiza la atención médica y hospitalaria, en cualquier momento de este se necesite.

---

<sup>84</sup> *Ibidem* pp.53-55

### 3.5. Cumplimiento de objetivos y metas (2004-2005)

#### 3.5.1. Avance en la Cobertura: población afiliada y localización

La cobertura inicial del programa piloto fue complementándose con los afiliados tras la incorporación de los demás Estados de la República, que iniciaron las acciones para operar el seguro, que para el 2004 se habían incorporado 29 entidades federativas, finalizando el 2005 con 31 estados, siendo de los últimos Chihuahua, Distrito Federal y Durango,<sup>85</sup> en iniciar las acciones operativas del programa.

Acorde a los objetivos de afiliación de familias a finales de 2004 se tenían 5.3 millones de afiliados, cifra que se incrementó hasta llegar a finales del 2005 con 11.4 millones de asegurados, que corresponden a 3.5 millones de familias afiliadas,<sup>86</sup> esto responde a la multiplicación de las estadísticas obtenidas en el programa piloto del 2002, donde cerca de 300 mil familias se habían incorporado en la etapa inicial; estas familias representaban cerca del 30% de la población sin seguridad social.<sup>87</sup> Los estados con mayor aportación de afiliados durante ese periodo fueron Guanajuato, Tabasco y Estado de México.

Cada estado al comienzo de su ejercicio operativo se fija una meta a afiliar, es decir una responsabilidad de afiliación, lo que contribuye a aportación de afiliados a nivel nacional; de esta manera en la medida que se cumpla su meta estatal,

---

<sup>85</sup> Evaluación Financiera 2006. p.69

<sup>86</sup> Cierres de afiliación del Seguro Popular, en González Pier, Eduardo; (et ál.) *Óp.cit.* p. 74

<sup>87</sup> Avance de Afiliación 2005, en la Evaluación financiera 2006, p. 59

influye directamente tanto en su responsabilidad de afiliación, como en su aportación de afiliados a nivel nacional y por lo tanto en su presupuesto asignado.

Las entidades como Tabasco y Aguascalientes<sup>88</sup> que presentaban una población sin seguridad social menor, es decir, una responsabilidad de afiliación menor, por lo que su avance en la cobertura de afiliados ocurrió rápidamente, obteniendo una gran aportación de asegurados a nivel nacional. Por esta razón el avance de la cobertura en cada estado es diferente, ya que existe cierta dispersión poblacional, donde no se tienen los mismos niveles de aseguramiento en las entidades.

El desempeño en cobertura de afiliación en este periodo, tuvieron a tres entidades en el marco superior de participación a nivel nacional, estas fueron Guanajuato con 394 mil, Tabasco con 365 mil y el Estado de México con 270 mil afiliados, dejando a los estados más bajos como Baja California Sur, Durango y Veracruz<sup>89</sup>, muy por debajo de la aportación nacional de beneficiados, lo que se tradujo en cierto rezago en materia de cobertura.

### **3.5.2. Financiamiento: presupuesto asignado**

En relación con el avance en la afiliación, se encuentra la protección financiera de los beneficiados, mantenida por las aportaciones federales, estatales y familiares que son transferidos al momento que son validados su padrón de afiliados, ya que como se mencionó anteriormente, el presupuesto asignado depende del número

---

<sup>88</sup> Dispersión Poblacional, *ibídem* p. 62

<sup>89</sup> Desempeño en cobertura de afiliación 2005, *ibídem* p.60.

de afiliados y de su responsabilidad de afiliación, marcando la pauta para los montos.

El presupuesto total asignado para el 2004 fue de un total de 4,434.0 millones de pesos, que se conformaba por la *cuota social* (CS) compuesta por una aportación federal correspondiente al 15% del salario mínimo vigente del Distrito Federal por cada familia, que equivalió en ese año a 2,477 pesos anuales<sup>90</sup>, complementándose con las *aportaciones solidarias federales* (ASF) y los gastos de operación, sumaron un total de 3,059 millones de pesos para todas las entidades federativas<sup>91</sup>. La diferencia de las transferencias a los estados difiere en su responsabilidad de afiliación, entre las principales entidades con mayor transferencia de montos que sumaron más del 50% de ellos, se localizaron: Tabasco, Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Guanajuato, San Luis Potosí, Estado de México, Chiapas, Veracruz y Puebla.<sup>92</sup>

En complemento, las *aportaciones estatales* (ASE) totales para este año se obtuvo un monto de 1,285 millones de pesos, donde destacaron entidades con mayores aportaciones como, Tabasco, Tamaulipas y Sinaloa.<sup>93</sup>

Por otro lado dentro de las *cuotas familiares*, parte de los afiliados que pertenecían a los regímenes contributivos y no contributivos, como parte de los deciles 1 y 2 se tenían alrededor de 1,472 personas pertenecientes al régimen no contributivo en

---

<sup>90</sup> *Ibidem* p.54

<sup>91</sup> Transferencia de recursos federales 2004 y 2005, *ibidem* p. 72

<sup>92</sup> Montos Transferidos 2004, *ibidem*

<sup>93</sup> Montos de Aportaciones en 2004 y 2005, en Evaluación Financiera 2006, p. 67

el 2004, es decir, que no participaban en la contribución de las cuotas familiares, ubicando al resto en los deciles contributivos.<sup>94</sup>

En evolución para el año 2005 se obtuvo un presupuesto total asignado al Seguro Popular, de 8,742.5 millones de pesos, un aumento considerable para este año. Respecto a las *aportaciones solidarias federales*, con un total de 6,401 millones de pesos, doblándose el monto para las entidades, aquellas que obtuvieron mayores recursos se concentraron en las mismas del año anterior a excepción de Chiapas; por otro lado, las de mejor captación de transferencias fueron: Guerrero, Chihuahua, Tlaxcala, Nuevo León, Michoacán, Yucatán, Querétaro, Coahuila, Quintana Roo, Baja California Sur y Durango,<sup>95</sup> teniendo una consistencia de los recursos en las mismas entidades.

De acuerdo con las *aportaciones estatales*, se continuó en la misma línea para el 2005, donde la entidad tabasqueña, llegó a aportar cerca de 400 millones de pesos, acompañada de Guanajuato, estados con mayores aportaciones. La suma total fue de 3,154 millones de pesos<sup>96</sup>, de los estados incorporados al Seguro Popular. Una de las entidades con menores aportaciones fue Durango, ya que su integración al seguro se dio hasta finales de año, lo que demostró el apoyo y aceptación de las entidades federativas hacia el Seguro.

---

<sup>94</sup> Comparativo 2004,2005 y 2006. Familias afiliadas por decil, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006, p. 56

<sup>95</sup> Evaluación financiera 2006, pp. 70-74

<sup>96</sup> Montos de Aportaciones en 2004 y 2005, *ibídem* p. 67

Como parte de las cuotas familiares, al aumento de las personas ubicadas en los deciles 1 y 2 pertenecientes al régimen no contributivo, llegó a la cifra de 3,374 millones, lo que representó una protección financiera para esos beneficiarios.<sup>97</sup>

### 3.5.3. Utilización de los recursos

Los montos transferidos, al igual que las aportaciones estatales contribuyeron al funcionamiento del seguro, a través de los REPSS, fuera en atención médica, infraestructura y medicamentos. La distribución de los recursos en el 2004, aproximadamente el 45% se destinó al pago de medicamentos y 29% al pago de honorarios del personal de salud; en recursos materiales, el porcentaje es reducido, 3% a infraestructura, 7% mantenimiento y en equipo básico 16%, indicando un gran peso en el tratamiento de enfermedades representando el exhaustivo gasto de las entidades que proporcionan los servicios de salud.<sup>98</sup>

A pesar de que los estados ejercieron los recursos designados en su totalidad el primer año, se disminuyeron para el 2005 las cifras del ejercicio de los mismos, donde se destinó el 31% para la compra de medicamentos y el mismo porcentaje para el pago del personal médico, en infraestructura el 2%, el 10% en mantenimiento y 15% en equipo básico. La distribución adecuada de los recursos fue un poco más proporcional referente al año anterior<sup>99</sup>.

---

<sup>97</sup> Comparativo 2004,2005 y 2006. Familias afiliadas por decil, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006. p. 56

<sup>98</sup> Ejercicio de Recursos 2004-2005, en Evaluación financiera 2006, pp. 77-78

<sup>99</sup> Evaluación financiera 2006, *ibídem* p.79

El mayor porcentaje de los recursos fue destinado a la compra de medicamentos ascendiendo en este periodo a 1,900 millones de pesos<sup>100</sup>, para cubrir las intervenciones en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud, siendo en esta etapa inicial de adaptación al seguro una prioridad en la atención básica de salud.

Los porcentajes variantes de la distribución de los recursos, para los años siguientes se enfocaron en tres puntos específicos: “el desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas [...] la cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal, y el establecimiento de una garantía de pago ante el eventual incumplimiento de pago por servicios...”<sup>101</sup>

El cumplimiento de los objetivos y metas en cuanto a la ampliación de la cobertura, se estableció llegar a 3.56 millones de familias<sup>102</sup>, al igual que la incorporación de todas las entidades federativas al seguro, concluyó en el año 2005 con los últimos estados añadidos como son Chihuahua, Distrito Federal y Durango, al igual que a finales de este periodo se obtuvieron se llegaba a una cifra cercana a los 6 millones de afiliados, donde uno de los estados que llegaron a la cobertura universal fue Tabasco, con grandes expectativas y rapidez de afiliación, que esto se debió a la baja responsabilidad de afiliación, por los bajos índices de población sin seguridad social, ya que efectividad y ampliación de la cobertura se

---

<sup>100</sup> Compra de medicamentos 2004 y 2005, *ibidem* p. 82

<sup>101</sup> Informe de resultados 2007, p.17

<sup>102</sup> Estimación de número de familias a afiliar, Evaluación Financiera 2006, p. 136

debe de igual manera a las transferencias de los recursos y del número de afiliados.

#### **3.5.4. Requisitos de Afiliación**

A partir del 2004 se establecieron los requisitos de afiliación al Seguro Popular, consistieron en un factor esencial: no ser derechohabiente de algún instituto de seguridad social o algún otro beneficio estatal de salud, ya que éste es de carácter familiar, todos sus miembros deben cumplir este requisito.

Los miembros beneficiados de una familia comprenden a los cónyuges, concubinato e hijos menores de 18 años, y su anexo al seguro se realiza gracias al registro de la Clave Única de Registro de Población (CURP) que ayuda a tener un control de identidad de la población beneficiada.

Existen excepciones de afiliación que invalidan el seguro y estas son: la falta del cumplimiento de cuotas, en el momento en que se adquiriera el aseguramiento de alguna institución social por parte de un sostén familiar, y el uso indebido de dicho seguro.

En este primer periodo se localizó un avance rápido en algunas entidades como Tabasco en la cobertura del seguro, la prioridad inicial fue la afiliación de las familias, que en coordinación con los gobiernos estatales y los REPSS, lograron

proporcionar servicios de salud e intervenciones específicas en el CAUSES<sup>103</sup>. Esta etapa se puede considerar una inicial, ya que no todos los estados se fueron incorporando al seguro paulatinamente, tras firmar su convenio y establecer las acciones en cada gobierno local.

### **3.6. Cumplimiento de objetivos y metas (2006-2007)**

#### **3.6.1. Avance en la Cobertura: población beneficiada y localización**

Todas las entidades federativas ya se encontraban incorporadas al Seguro Popular para comienzos del 2006, por lo que la afiliación de familias continuó su avance para llegar a la meta establecida de 5.01 millones de familias afiliadas, que se tradujo en 15.6 millones de afiliados<sup>104</sup>, llegando al cumplimiento de la meta programada en un 98.3%. En esta meta se destacaron los estados de Yucatán y Baja California, superando su participación de la afiliación de familias.

Por otro lado, en adición a esta suma de afiliados, algunas familias incorporadas al programa Oportunidades se afiliaron al Seguro Popular, con un total de 2,053.8 millones, agrupadas en los estados de Chiapas, Puebla, México y Guanajuato,<sup>105</sup> mostrando la relación entre ambos programas mediante la proporción de los servicios de salud.

---

<sup>103</sup> Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud

<sup>104</sup> Meta de Afiliación 2006, en Evaluación Financiera 2006, *Óp cit.*

<sup>105</sup> Porcentaje de cumplimiento de la meta establecida de familias afiliadas 2006, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006, *Óp cit.* pp. 24,28

El avance de la cobertura del seguro a comunidades en riesgo o de alta marginación, fue considerable, ya que para este año poco más de 1 millón de familias en estas condiciones se incorporaron, localizándose en los estados de Chiapas, Veracruz, Puebla, Estado de México y Oaxaca.<sup>106</sup> La incorporación de estos estados se debió al aumento de la presencia del Seguro Popular en los municipios, cerca del 84% de 21 estados ya estaba operando el programa en su totalidad, sin embargo, todavía faltaba en operación algunos municipios en Oaxaca, Puebla, Jalisco, Veracruz, Yucatán y Estado de México,<sup>107</sup> lo que se consolidaría en el año siguiente.

Para el año 2007, la meta establecida fue de incorporar a 6.8 millones de familias, por lo que el incremento de la población beneficiada se sobrepasó, llegando a 7,293.5 millones de familias afiliadas, traducidas en 21.9 millones de personas incorporadas al Seguro Popular, destacándose entidades como Tlaxcala, Querétaro, Michoacán, Guerrero y Nuevo León.<sup>108</sup>

En la cifra total de afiliados se incluyeron 2.5 millones de familias cubiertas por el Programa Oportunidades, concentradas en Guerrero, Puebla e Hidalgo,<sup>109</sup> los beneficiarios de este programa demuestra la coordinación y cooperación de ambos.

---

<sup>106</sup> Familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006. p.32

<sup>107</sup> Familias Afiliadas por Municipio y Localidad, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006. p.36

<sup>108</sup> Afiliación al Seguro Popular, en Informe de Resultados 2007. pp. 26-27

<sup>109</sup> Familias Afiliadas de Oportunidades, *ibidem* p.36

Ante el cumplimiento de las expectativas del seguro, a finales del 2006 se incorporó al Sistema de Protección Social en Salud, el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), para afiliar a todo niño recién nacido que no tuviera el beneficio de la seguridad social, por lo que para el 2007 se incluyeron una cifra de 743 mil, incluido en el total de la población afiliada.<sup>110</sup>

A su vez, cerca de 2.5 millones de familias principalmente en el estado de Guerrero, Chiapas y Yucatán, pertenecían a localidades de alta y muy alta marginación, por lo que se demostró el esfuerzo por estas entidades por beneficiar a familias en riesgo constante.<sup>111</sup>

La localización de estos beneficiados, se dio gracias a la incorporación de 2,441 municipios al seguro, es decir, que estas localidades representaron el 99.4% del total de los municipios que ya operaba el aseguramiento público, principalmente los estados de Oaxaca, Veracruz y Michoacán.<sup>112</sup>

### **3.6.2. Financiamiento: presupuesto anual**

El avance de la cobertura fue brindado gracias a la protección financiera que se destinó por el presupuesto transferido comenzando en el 2006 con un total de 17,283.8 millones de pesos, conformado por la *cuota social* y las *aportaciones federales* con un total de 12,227.8 millones de pesos para el ejercicio fiscal de ese

---

<sup>110</sup> *Ibidem* p. 22

<sup>111</sup> Familias afiliadas residentes en regiones de alta marginación, *ibidem* p. 41

<sup>112</sup> Familias Afiliadas por Municipio y Localidad, *ibidem* p. 46

año, concentrándose en los principales estados de Guanajuato, Tabasco, Veracruz, México, Puebla, Chiapas y Jalisco, ya que estos presentaron un mayor número de familias afiliadas.<sup>113</sup>

Entorno a las *aportaciones estatales*, se transfirió un total de 5,512.40 millones de pesos como parte de las entidades federativas,<sup>114</sup> demostrándose la aceptación y el esfuerzo de las entidades federativas por incorporar a sus presupuestos locales el seguro, cumplir su meta de afiliación y proporcionar más servicios.

Otra parte del financiamiento fueron las *cuotas familiares*, aportaciones que sumaron cerca de 140.7 millones de pesos<sup>115</sup> captados de las familias afiliadas, donde se ubicaron los estados con mayor aportación Tabasco, Sinaloa, Baja California Sur, Sonora, Aguascalientes y Jalisco.<sup>116</sup> Esta cifra contribuyó al beneficio de cada uno de los estados donde se operó el seguro con mayor número de recursos, como parte del régimen contributivo; tomando en cuenta que cerca de 4,894 millones de personas se encontraban en los deciles 1 y 2 regímenes no contributivos.<sup>117</sup>

En contraste para el año siguiente, en 2007 se dio un incremento razonable en el presupuesto total para el Seguro Popular, con una cifra de 26,320.8 millones de

---

<sup>113</sup> Presupuesto Transferido 2006, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006. p. 23

<sup>114</sup> Informe de Resultados 2007, Óp cit, p.16

<sup>115</sup> Las cifras en el Informe de Resultados 2006 varían, por lo tanto se tomó la referencia de la cuota familiar 2006, en Informe de Resultados 2007, haciendo referencia al año anterior, *ibídem* p. 16

<sup>116</sup> Monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006, p. 42

<sup>117</sup> Familias Afiliadas por decil de Ingreso, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006, p.56

pesos, de los cuales 18,898.7 millones de pesos, correspondieron a las *aportaciones federales*.<sup>118</sup> La respuesta inmediata fue el apoyo de la federación por incrementar la expansión de los recursos a las entidades federativas, con una contribución de la CS del 15% y la ASF de 1.5 veces la cuota social, sumándose con las aportaciones estatales con un total de 8,400.80 millones de pesos, destacándose entidades como Baja California Sur y Guerrero.<sup>119</sup>

Como parte de las aportaciones familiares, se integraron aquellas contribuciones de las familias, tomando en cuenta que para este año los deciles de ingreso 1 y 2 continuaron como parte del régimen no contributivo, añadiendo que aquellas ubicadas en el decil 3 que contaran con un menor de 5 años de edad, por lo que las cuotas captadas por las familias en el régimen contributivo fueron de 213.2 millones de pesos,<sup>120</sup> aumentando respecto al año anterior.

### **3.6.3. Utilización de los recursos: infraestructura y consultas médicas**

El total de los montos transferidos se tradujo en una incorporación de unidades médicas contemplado el nivel básico de atención al igual que de especialidades, para 2006 cerca del 36.1% ya estaban incorporados al Seguro Popular, es decir, que las unidades habían sido certificadas para operar bajo el esquema y con

---

<sup>118</sup> Las cifras varían en el Informe de Resultados 2007 , por lo que se tomaron cifras del informe de Resultados 2008, con referencia del año anterior, p.14

<sup>119</sup> Informe de Resultados 2007, pp.13,16

<sup>120</sup> Cuota Familiar, *ibidem* p. 14

recursos propios del seguro; estas unidades se repartieron en Centros de Salud, Hospitales Generales y Hospitales de Alta Especialidad.<sup>121</sup>

Los servicios otorgados en estas unidades, consistieron en consultas tanto en Centros de Salud, como Hospitales Generales y de Urgencias, sumándose en un total de 24 millones de consultas, principalmente en el primer punto de contacto que son los centros de salud. Para este año se tuvieron alrededor de 267 mil egresos hospitalarios, uno de los estados que registró mayores hospitalizaciones, fue Tabasco seguido de Guanajuato y el Distrito Federal.<sup>122</sup>

Dentro de estos egresos se contemplaron las nuevas intervenciones cubiertas mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, principalmente en cáncer de niños y trasplante de médula; a diferencia del 2007, donde se agregó cuatro intervenciones más: cáncer de mama, catarata congénita, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos e insuficiencia renal.<sup>123</sup>

El avance en la infraestructura en el 2007, se dio en la incorporación y acreditación de los Centros de Salud, al igual que los Hospitales Generales, y de Alta Especialidad al Seguro Popular, cerca del 67.9% ya contaban con los lineamientos específicos, donde se proporcionaron un total de 26,311,620 consultas médicas en los tres niveles de atención.<sup>124</sup>

---

<sup>121</sup> Unidades Médicas incorporadas al SPSS, en Informe de Resultados, segundo semestre 2006, pp. 44-45

<sup>122</sup> Promedio de Consultas otorgadas, *ibidem* pp. 46-48

<sup>123</sup> Enfermedades cubiertas, en Informe de Resultados 2007, p. 52

<sup>124</sup> Unidades médicas y consultas otorgadas, *ibidem* pp. 62-64

En este periodo (2006-2007) se percibió una consolidación del seguro principalmente en sus aspectos financieros, ya que el presupuesto designado continuó en un aumento constante, reflejándose los resultados en la cobertura, donde no sólo se incorporaron 15 millones de afiliados, sino también se les proporcionó servicios en los tres niveles de atención. Sumándose a las expectativas de este periodo la integración del Seguro Médico para una Nueva Generación, con un gran comienzo de afiliados, como se mencionó anteriormente, reflejó los avances consolidados del seguro.

### **3.7. Cumplimiento de objetivos y metas (2008-2009)**

#### **3.7.1. Avance en la Cobertura: población beneficiada y localización**

El propósito de este periodo estaba orientado a continuar el avance hacia la meta para el 2010 con alrededor de 11.9 millones de familias afiliadas, con protección financiera y operación del seguro en su totalidad en el país, por lo tanto los esfuerzos operativos estuvieron encaminados a esta meta.

Para el 2008, se tuvieron registrados cerca de 9.1 millones de familias incorporadas al seguro, que se convirtieron en 27.2 millones de personas afiliadas, rebasando la meta establecida de 8.4 millones de familias beneficiadas por más de 500 mil personas; eso responde a un alcance continuo de las metas

proyectadas. Los estados con mayor número de beneficiados destacaron el Estado de México, Guanajuato, Chiapas, Oaxaca, Puebla, Jalisco y Tabasco.<sup>125</sup>

La composición de estos afiliados constó la inclusión de 2.8 millones de familias pertenecientes al Programa Oportunidades,<sup>126</sup> convertidos también en beneficiados del seguro, al igual que la incorporación de 1.3 millones de niños bajo el Seguro Médico para una Nueva Generación, lo que representó un aumento significativo, respecto al año anterior donde la cifra no llegaba al millón de niños.

La localización de los beneficiados, se logró gracias al avance en un 99.9% de cobertura en los municipios, lo que representó una incorporación y aceptación de estos casi en su totalidad, faltando Chihuahua y Oaxaca por incorporarse.<sup>127</sup> A esto logró sumarse al año anterior 469,508 de familias ubicadas en zonas de alta y muy alta marginación, lo que llegó a un total de 3 millones de personas encabezadas principalmente por mujeres, lo que significó una protección a las familias en riesgo.<sup>128</sup>

Adicionalmente en este año (2008), se puso en marcha como parte de este seguro, la estrategia Embarazo Saludable, enfocado a la atención médica para aquellas mujeres que no contaran con ella, lográndose afiliar a 188,913

---

<sup>125</sup> Afiliación al Seguro popular, en Informe de Resultados 2008, pp.19-23

<sup>126</sup> Familias Afiliadas de Oportunidades, *ibídem* p. 31

<sup>127</sup> Familias Afiliadas por Municipio, *ibídem* p. 40

<sup>128</sup> Familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación, *ibídem* p. 36

mujeres.<sup>129</sup> La característica principal de esta estrategia era focalizar el tratamiento y finalización del embarazo, bajo una estructura y protección financiera.

En continuación para el siguiente año, en 2009 el avance de la cobertura se había fijado una meta por cumplir a 10.1 familias, sin embargo, se reajustó esta para llegar hasta la afiliación de 10.9 millones de familias, dándoles prioridad a infantes, mujeres embarazadas, y población vulnerable; por lo que para finales del 2009, se lograron incorporar a 10.5 familias, convertidas en 31.1 millones de personas<sup>130</sup> beneficiadas al seguro, lo que representa un millón más respecto al año anterior.

Los grupos a los que se les dio prioridad de afiliación, fueron recién nacidos con 1,106.08 millones de niños para el SMNG<sup>131</sup>; al igual que 568,264 mujeres y sus familias con la estrategia Embarazo Saludable<sup>132</sup>; y con 3.1 millones de familias beneficiarias principalmente encabezadas por mujeres<sup>133</sup>, pertenecientes al Programa Oportunidades, también formaron parte del avance en la cobertura.

La localización de los estados que presentaron mayor afiliación para este año fueron San Luis Potosí, Tabasco, Coahuila, Aguascalientes y Querétaro, sobrepasando el 100% de su meta de afiliación, sin embargo, esto no se equipara con las entidades que no pudieron completar su meta como Guerrero, Sonora,

---

<sup>129</sup> Embarazo Saludable, *ibidem* p.25

<sup>130</sup> Afiliación a través el Seguro Popular, en Informe de Resultados 2009, pp. 19-21

<sup>131</sup> Afiliación bajo el Programa SMNG, *ibidem* p. 22

<sup>132</sup> Afiliación bajo la Estrategia Embarazo Saludable, *ibidem* p. 24

<sup>133</sup> Afiliación de los beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en *ibidem* p.25

Baja California, Puebla y Durango, las dificultades que estas tuvieron fueron entre otras la disminución de sus presupuestos.<sup>134</sup>

Focalizando a los afiliados por tipo de población, se implementó el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP), que permite la distribución de los recursos y beneficios en infraestructura y servicios para localidades de alta y muy alta marginación o en extrema pobreza, por lo que como parte de este programa se lograron afiliar a 2.9 millones de familias,<sup>135</sup> en estas condiciones.

Los estados que han brindado mayor apoyo de afiliación a los grupos prioritarios y vulnerables, han sido el Estado de México, Veracruz, Jalisco Guanajuato y Chiapas, donde se ha desarrollado un aumento en la afiliación de población ubicada en zonas rurales en un 35.8% del total,<sup>136</sup> gracias a la que para este año ya se había completado en su totalidad, los 2,455 municipios<sup>137</sup> incorporados al seguro a nivel nacional.

### **3.7.2. Financiamiento: presupuesto designado**

El ejercicio presupuestal total del 2008 fue de 34,834.10 millones de pesos, conformado por las *aportaciones federales* para las entidades federativas sumando la CS y ASF, con un total de 24,892.3 millones de pesos, variando en

---

<sup>134</sup> Avance en la afiliación respecto a la meta 2009, *ibídem* p. 21

<sup>135</sup> Afiliación bajo el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias, *ibídem* pp. 27-28.

<sup>136</sup> Familias afiliadas por tipo de localidad, *ibídem* p.40

<sup>137</sup> Familias afiliadas por municipio, *ibídem* p. 37

cada una de las entidades tomando en cuenta la afiliación obtenida.<sup>138</sup> Entre las entidades principales con más recursos transferidos se encontraron, el Estado de México, Guanajuato y Veracruz.<sup>139</sup>

Además de las transferencias federales, las *aportaciones estatales* que son los recursos que contribuye cada estado en su presupuesto local, se obtuvo un total este mismo año un total de 11,536.34<sup>140</sup> que correspondiente a los años anteriores tuvo un aumento del 37.324% respecto al año anterior 2007.

En contribución con las aportaciones, *las cuotas familiares*, se nutrieron con los montos realizados por las familias ubicadas en el régimen contributivo, llegando a un total de 228.6 millones de pesos captados para este año, 2008. En el régimen no contributivo se mantuvieron aquéllas familias ubicadas en los deciles 1, 2 y 3 con al menos un menor de 5 años,<sup>141</sup> como ayuda a estas familias para continuar y fomentar su adición al seguro.

En contraste para el año siguiente 2009, El presupuesto total asignado ascendió a 45,587.1 millones de pesos, representando un incremento real de 21.2% en referencia al año anterior<sup>142</sup>, donde las *aportaciones federales* correspondieron a

---

<sup>138</sup> Recursos federales transferidos a las entidades federativas por cuota social (CS) y aportación solidaria federal (ASF) 2008. [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2008/SPS\\_RECursos\\_TRANSFERIDOS\\_2008.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2008/SPS_RECursos_TRANSFERIDOS_2008.pdf)

<sup>139</sup> Informe de Resultados 2008, p.17

<sup>140</sup> *Ibidem* p. 9

<sup>141</sup> Cuotas familiares, *ibidem* pp. 9-10

<sup>142</sup> Evolución del Presupuesto del SPSS, en Informe de Resultados 2009, p.13

31,275.4 millones de pesos, compuestas por la CS y ASF<sup>143</sup>, para el ejercicio de ese año, ascendiendo poco más de 15 millones de pesos respecto al anterior.

En conjunto el total de las *aportaciones estatales* para 2009, fueron de 15,427.1 millones de pesos,<sup>144</sup> que se incluyeron en los presupuestos de cada entidad; por otro lado, las *cuotas familiares* dependieron también de las familias registradas en el régimen contributivo, las que se encontraban en los deciles 1, 2 y 3 que al menos tuvieran un menor nacido a partir del 1 de diciembre de 2006, se encontraban en el régimen no contributivo, al igual de aquellas pertenecientes a programas de combate a la pobreza extrema, por lo que las aportaciones familiares, llegaron al monto de 181.7 millones de pesos registradas en el 2009.<sup>145</sup>

Cabe destacar que uno de los estados con mayores recaudaciones familiares fue Tabasco con 148,566.3 millones de pesos, aportando más del 80% del total de las aportaciones, ya que este estado finalizó con cobertura universal, seguido de Jalisco con 8.1 millones de pesos.<sup>146</sup>

Estas fueron las aportaciones que se obtuvieron durante ese año y el esquema que operaba desde el 2004, sin embargo, el 30 de diciembre de 2009 se realizaron algunas reformas en la Ley General de Salud, los cambios se enfocaron en el esquema de financiamiento, donde anteriormente las aportaciones federales

---

<sup>143</sup> *ibídem* p.3

<sup>144</sup> Aportación Solidaria Estatal, *ibídem* p. 9

<sup>145</sup> Cuotas familiares, *ibídem* pp.9-10

<sup>146</sup> *Ibídem* p.11

se realizaban un pago por familia afiliada, los cambios consistieron en un pago realizado por persona afiliada; la finalidad de focalizar a las personas afiliadas, fue por la necesidad de una distribución equitativa de los recursos, principalmente en aquellas zonas de marginación y pobreza extrema<sup>147</sup>.

### **3.7.3. Aplicación de Recursos: infraestructura y servicios.**

Una protección financiera es necesaria para brindar los servicios médicos y la atención que cubre el Seguro Popular, por lo que para el 2008, la acreditación de unidades médicas tuvo el alcance de 5,755 unidades que brindaron servicios de salud. Estas fueron distribuidas en Centros de Salud, Hospitales, las entidades con mayor número de acreditaciones fueron principalmente en el Estado de México, Veracruz, Oaxaca, Hidalgo, Guanajuato, Puebla, Jalisco, Guerrero y Querétaro.<sup>148</sup>

Una vez incorporadas estas unidades médicas se lograron realizar 32.9 millones de consultas para los beneficiarios entre mujeres y hombres, ubicados en el rango de edad entre los 30 y 49 años;<sup>149</sup> donde se trataron y financiaron 48,473 casos<sup>150</sup> catalogados como catastróficos por medio del FPGC. Para este año 2008, se integraron nuevas intervenciones en el apartado de cáncer de niños y adolescentes del CAUSES, que para este año ya contaba con 266

---

<sup>147</sup> Modelo de financiamiento del SPSS a partir del 2010, con referencia a la Reforma en la Ley General de Salud 2009. Capítulo III. Artículo 77 bis 12, en Informe de Resultados 2009, p.18

<sup>148</sup> Acreditación de Unidades Médicas, en Informe de Resultados 2008, p. 63

<sup>149</sup> Promedio de Consultas Otorgadas, *ibídem* p. 64

<sup>150</sup> *ibídem* p.4

intervenciones<sup>151</sup> agrupadas en, salud pública, consulta medicina general o familiar y de especialidad, odontología, urgencias, hospitalización, cirugía general, que continuaría hasta el 2009, ya que la modificación del catálogo se realizaría hasta el 2010.

Empezando el 2009, la aplicación de los recursos continuó la misma línea, principalmente en el esfuerzo por incorporar a las unidades médicas al sistema de Seguro Popular, principalmente para trabajar con los recursos designados presupuestalmente, de esta manera el avance en las unidades médicas, se dio en el alcance por acreditar 7,319 unidades médicas, para atender a los afiliados del SPSS, de los cuales 1,114 pertenecieron a Centros de Salud y 88 a Unidades Médicas.<sup>152</sup> Estas unidades acreditadas, registraron un total 41.4 millones de consultas, 26% más respecto al año anterior; para mujeres y hombres principalmente en el rango de edad entre los 30 y 49 años.<sup>153</sup>

El FPGC continuó cubriendo las 49 intervenciones contempladas como catastróficas, entre las que se incluyen el cáncer cérvico uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea entre otros, el fondo cubrió cerca de 41,560 casos, incluyendo 12.3 millones de vacunas<sup>154</sup> que lograron controlar a la emergencia sanitaria de la influenza estacional e influenza A(H1N1), ocurrida en abril del 2009.

---

<sup>151</sup> Catálogo Universal de Servicios de Salud, *ibídem* p. 62

<sup>152</sup> Unidades acreditadas para aplicar CAUSES, en Informe de Resultados 2009. p. 70

<sup>153</sup> Atención a los afiliados, *ibídem* p. 71

<sup>154</sup> Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, *ibídem* p. 3

En este periodo fue indispensable trabajar con los presupuestos asignados, intentando cubrir la meta de afiliación, que sólo logró completarse en un 95%, es decir que no llegó totalmente a su expectativa, también tuvo que lidiarse con una emergencia sanitaria de la epidemia de influenza A(H1N1), que tuvo que ocupar parte del presupuesto e instalaciones a nivel nacional para combatir esta contingencia.

El periodo revisado 2004-2009, indica un avance principalmente en la cobertura de afiliación de familias, a un sistema de aseguramiento de servicios de salud a la comunidad y atención médica a población sin seguridad social, especialmente a grupo vulnerables y en riesgo; bajo un esquema tripartito de protección financiera, que suma contribuciones federales, estatales y familiares. Los resultados obtenidos en este periodo reflejaron una aceptación moderada por parte no sólo de las entidades federativas y gobiernos locales, también por parte de los beneficiados. Los impactos sociales, económicos se revisarán en el capítulo siguiente.

## **CAPÍTULO IV Evaluación de resultados del Seguro Popular (2004-2009)**

El proceso de evaluación se basa en los criterios de enjuiciamiento de las políticas, es decir, que la formulación de indicadores, ayuda a un cuestionamiento constante de la efectividad, eficacia y ejecución de la política,<sup>155</sup> por lo que para fines de esta investigación la evaluación consistió en un primer momento en el análisis de los resultados obtenidos del Seguro Popular, estableciendo indicadores, que permitieron ubicar las fallas y aciertos en la política.

Como primer indicador se ubica los datos arrojados por la población beneficiada, de acuerdo con la meta establecida en el periodo y anualmente; de igual manera, como parte del proceso del avance de la cobertura, se observan los indicadores que muestran el número de servicios brindados, al igual que la infraestructura incorporada al seguro. Por otra parte, otro indicador de resultados que muestra el sustento de dicha política, es el financiamiento y presupuesto asignado en el periodo, por lo que la evaluación toma en cuenta los resultados obtenidos del Seguro Popular, al igual que los efectos y el impacto en la sociedad y del proceso de ejecución de la política.

La revisión de estos resultados obtenidos por los informes de cada año mostrados en el capítulo anterior, permitieron ubicar las fallas y aciertos del seguro, para así finalmente, formular recomendaciones para la optimización y desarrollo del mismo.

La obtención de los datos, fueron bajo los principios de transparencia, rendición de

---

<sup>155</sup> Majone, Giandomenico. *Evaluación y Responsabilidad*, en Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de las políticas. México, Fondo de Cultura Económica, 1997, pp. 214-231

cuentas y acceso a la información, proporcionada por la Secretaría de Salud a través del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y los informes propios del Sistema de Protección Social en Salud, lo que permite una comunicación y publicidad de los resultados, es decir, una claridad en las acciones de gobierno para brindar certidumbre y confianza en los ciudadanos.

Mediante los indicadores mencionados anteriormente, se puede observar los aciertos obtenidos en los resultados del Seguro Popular en el periodo 2004-2009, como primer punto la cobertura de la población beneficiada, es decir, la población afiliada durante este periodo, como parte del cumplimiento de la meta establecida al principio de la implementación de la política, un apoyo al seguro por medio del incremento en el presupuesto, para así fortalecer a los estados, creando un impacto en las comunidades, donde se opera e seguro. Como segundo punto se establecieron las debilidades de gestión de la política, donde se notaron insuficiencias y retrasos en los resultados y en el cumplimiento de los objetivos del seguro.

<b>Aciertos</b>	<b>Debilidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cobertura real: afiliación de la población sin seguridad social</li> <li>2. Incremento en el presupuesto del Seguro Popular</li> <li>3. Apoyo a las Entidades Federativas</li> <li>4. Impacto comunitario: satisfacción y certidumbre</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de infraestructura médica y hospitalaria</li> <li>2. Servicios médicos insuficientes</li> <li>3. Ineficaz cobertura de enfermedades</li> <li>4. Estancamiento en el gasto de salud</li> </ol>

En este sentido y con base en cuadro anterior se desarrollarán cada uno de los aciertos y debilidades de gestión observados, en el análisis de los resultados obtenidos del Seguro Popular, en el periodo 2004-2009. Cada uno de los puntos desarrolla la evolución de los resultados, para así demostrar los éxitos y deficiencias de operación del seguro.

#### **4.1. Aciertos**

##### **1. Cobertura real: afiliación de la población sin seguridad social**

Como primer acierto, se encuentra la cobertura real del seguro, donde de acuerdo con los resultados, se observa un cumplimiento en el objetivo general la incorporación de la población no derechohabiente de la seguridad social, vulnerable y marginada, a un esquema de aseguramiento público con beneficios de atención médica, hospitalaria y quirúrgica, sumándose con los servicios de atención comunitaria, en cada localidad.

Si ubicamos que para el año 2000, se tenía un total de 97.4 millones de habitantes, solo la mitad de la población contaba con seguridad social, por lo que el objetivo para los próximos años sería incorporar al otro 50% de la población a un nuevo seguro que garantizaría el acceso a los servicios de salud.<sup>156</sup>

---

<sup>156</sup> El objetivo del Seguro Popular es "...otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social".

El objetivo fijó una meta anual en el periodo de 2004-2010, que lograría llegar a la afiliación de 12.6 millones de familias para el año 2010, donde se alcanzaría llegar a un total de 100% de afiliados, es decir, la incorporación de alrededor de 50 millones de mexicanos, agrupados en familias con acceso a los servicios de salud que brindaba el seguro, como lo muestra la tabla siguiente.

#### Meta de Afiliación por familia y cumplimiento de afiliados

Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Meta	1.56	3.56	5.01	6.8*	8.41	10.9*
Familias Afiliadas	ND	3.5**	5.01**	7.2**	9.1**	10.5**

\* Reajuste de la meta en contraste para 2010, de acuerdo con los Informes de Resultados 2007 y 2009.

\*\*Familias afiliadas, datos obtenidos del cumplimiento de la afiliación.

ND= No Disponible

Fuente: Evaluación financiera 200, p. 136, e Informe de Resultados 2006,2007,2008 y 2009

Las metas cumplidas, se tradujeron en la incorporación de 30 millones de afiliados, personas beneficiadas exitosamente incorporadas al Seguro Popular; de acuerdo con los resultados oficiales de la Dirección General de Afiliación del Seguro Popular, terminando el año 2009 se obtuvieron 31.1 millones de afiliados, mostrando así la evolución de adscripción de las familias.

La evolución real de los afiliados puede observarse en la gráfica siguiente, con los datos de personas incorporadas al seguro, se incluyen ciertos datos obtenidos hasta mediados del 2011, donde se observa el acercamiento con la cifra de la

meta general del seguro, con la afiliación de 50 millones de personas, es decir, la mitad de la población que no tenía seguridad social.



**Figura 4.** Evolución de los afiliados del Seguro Popular, desde el comienzo de 2004, hasta los últimos meses del 2011.

Fuente: Dirección General de Afiliación. Publicado por Benjamín González Rubio Aguilar [www.seguro-popular.gob.mx](http://www.seguro-popular.gob.mx)<sup>157</sup>

## 2. Incremento en el presupuesto del Seguro Popular

El éxito en el cumplimiento de la meta de afiliación de la población al seguro a nivel nacional, muestra otro acierto en la innovación de la estructura financiera y el apoyo presupuestal al Seguro Popular. Los cambios y el incremento en el presupuesto a lo largo del periodo 2004-2009, reflejaron un apoyo tanto al seguro en su consolidación, al sector salud y al apoyo en las entidades federativas y

<sup>157</sup> Afiliados al Seguro Popular [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=147:numero-de-afiliados-al-seguro-popular&catid=9:afiliacion](http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=147:numero-de-afiliados-al-seguro-popular&catid=9:afiliacion)

localidades, para el cumplimiento del objetivo en la afiliación de familias, y sobre todo en el financiamiento de los servicios de salud proporcionados.

El acierto en el apoyo al financiamiento del seguro, se observó en el incremento del presupuesto designado en el periodo 2004-2009, el cual, de acuerdo con los montos asignados el incremento en éste, se integró por las cuotas sociales y aportaciones federales, que fueron recursos transferidos desde el ramo 33 y 12 del Presupuesto de Egresos de la Federación;<sup>158</sup> al igual que las aportaciones estatales designadas por cada entidad federativa.

El crecimiento del presupuesto total del Seguro popular se observa en la gráfica siguiente.

---

<sup>158</sup> Para más información sobre la composición de cada una de las aportaciones, véase en el Capítulo III, 3.4 Marco financiero del Sistema de Protección Social en Salud.



**Figura 7.** Evolución del Presupuesto del Seguro Popular, estas cifras incluyen las transferencias de la Cuota Social, Aportaciones Federales, Estatales, Cuotas Familiares y otros designados para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, Fondo de Previsión Presupuestal y Gastos de Operación.

\* Los datos obtenidos en el Informe de Resultados 2007, reportan una cifra total de 26,040.3 mdp, en contraste con la cifra manejada en el Informe de Resultados 2008, con referencia al 2007 con una cifra de 26,320.8 mdp.

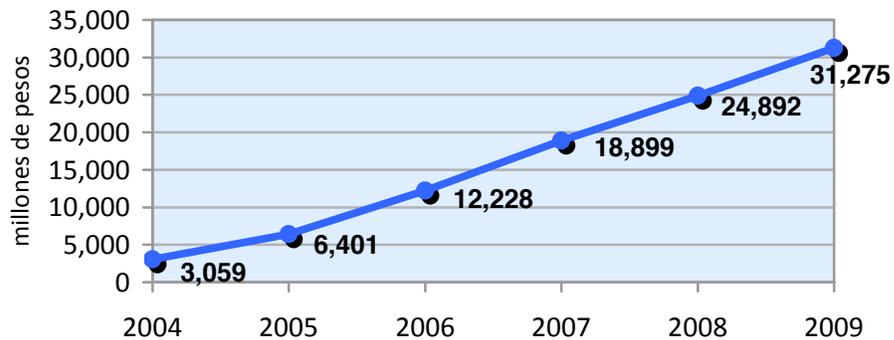
Elaboración propia con información obtenida de los Informes de Resultados 2006,2007,2008 y 2009.

Como se observa en la gráfica, el incremento del presupuesto total asignado al seguro se dio en un incremento de poco más de 40 millones de pesos en un lapso de solo cinco años, lo que muestra no solo el apoyo al seguro, sino también los esfuerzos financieros debido al incremento de la población afiliada en ese periodo que pasó de 5.3 millones de afiliados a 31.1 millones de personas en ése mismo periodo.

En el incremento de estos montos, se incluyen las cifras correspondientes tanto de las aportaciones federales, estatales y familiares de todas las entidades federativas. El crecimiento más notable en el presupuesto, fue de las aportaciones federales, es decir, en las transferencias realizadas desde la federación a las entidades, traduciéndose en un éxito en el aumento de estas para el apoyo a los estados y al seguro.

En la gráfica siguiente se observa la evolución de las transferencias federales, provenientes tanto del ramo 12 y 33, para la operación del seguro en cada una de las entidades federativas, observándose el apoyo hacia los estados por medio de los montos totales transferidos, mientras que para los primeros dos años, eran menores a los 10 millones de pesos, para culminación del periodo, se logró un aumento de más de 30 millones de pesos, que representaba por lo menos el 50% del presupuesto total para el seguro, esto habla de la relevancia de las aportaciones federales en el seguro, para el apoyo a los gobiernos estatales y locales para impulsar la política.

## APORTACIONES FEDERALES



**Figura 8.** Fuente: Datos obtenidos de Evaluaciones Financieras: 2004-2005, 2006, 2007, 2008, 2009. CNPSS. Disponible en: [www.seguro-popular.gob.mx](http://www.seguro-popular.gob.mx). Elaboración propia.

### 3. Apoyo a las Entidades Federativas

Como tercer acierto, se caracteriza en el impacto económico, operativo y administrativo en los gobiernos estatales, debido al apoyo recibido por parte del seguro. En cada estado al momento de operar el Seguro Popular, tiene una responsabilidad de afiliación para toda la población sin seguridad social que posee, dependiendo de ésta su presupuesto y sus transferencias federales, varían; por lo que el apoyo financiero y operativo para las entidades depende del cumplimiento de su meta por afiliar anualmente, de acuerdo con sus características, ya sea la ubicación, la dispersión de sus ciudadanos, al igual que

en el cumplimiento de los objetivos y las metas de cada entidad, y por lo tanto a nivel nacional.<sup>159</sup>

Cada entidad federativa tiene una motivación y apoyo establecido, por una meta anual de afiliación y un número fijado de familias a afiliar que determinan los recursos estatales establecidos para implementar el seguro. Fijada la meta se diseñan las estrategias específicas por cumplir orientado, a sitios de mayor vulnerabilidad o en riesgo.

La operatividad de las estrategias, líneas de acción y promoción de las afiliaciones corren a cargo de los REPSS<sup>160</sup>, que responden a su vez al CNPSS<sup>161</sup>. De esta manera se muestra la comunicación y coordinación entre los gobiernos locales y la Federación, en favor de la operatividad del seguro en cada una de las entidades; esto representa el gran acierto como apoyo a las localidades para brindar servicios de salud.

La demostración de este apoyo se muestra en las contribuciones de los estados al funcionamiento del seguro, éstas en su mayoría se realizaron de manera directa, es decir, de manera fresca, inmediata, no incluida en los presupuestos de las entidades, esto se tradujo en una mayor inversión en infraestructura y la

---

<sup>159</sup> Evaluación Financiera 2006 [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio Satisfaccion/03 Evaluacion Financiera 2006.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/03_Evaluacion_Financiera_2006.pdf) Consulta [16/10/11] p.62

<sup>160</sup> Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

<sup>161</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud

posibilidad de seguir realizando esta contribución incluyéndola en su gasto en salud de cada estado.

El incremento de los montos aportados a lo largo de los cinco años del periodo 2004-2009, fue de manera constante, es decir, que el incremento fue de aproximadamente de 14 millones de pesos, como cifra total de las entidades federativas en conjunto, como se observa en la tabla siguiente.



**Figura 9.** Fuente: Datos obtenidos de Evaluaciones Financieras: 2004-2005, 2006, 2007, 2008, 2009. CNPSS. Disponible en: [www.seguro-popular.gob.mx](http://www.seguro-popular.gob.mx). Elaboración Propia

El impacto en los gobierno locales, en cuanto al ejercicio de los recursos y de las transferencias, se realizó de manera poco transparente en los primeros años, del periodo de 2004-2005, ya que algunas entidades tuvieron dificultades en cuanto a la información disponible sobre el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, al igual que en la rapidez de los procedimientos, sin embargo, para la culminación

del periodo (2006-2009), se mejoró el acceso a la información, transparencia de los recursos y procedimientos para las entidades; esto brindó más confianza en las gubernaturas, por lo tanto se demostró en un mayor apoyo en las aportaciones estatales.

De igual manera, el apoyo brindado a las entidades, se tradujo en la sencillez de solicitud de recursos y transferencias; se observó rapidez en la respuesta de dichas solicitudes, y sobre todo en la transparencia en la asignación de los montos, de acuerdo con los informes de resultados del seguro. Mientras que el impacto económico en el ámbito nacional y local representó una protección financiera para el seguro y sobre todo en cada uno de los estados; también, el impacto social se reflejó tanto en la aceptación del mismo, como en los servicios y de manera individual en el tratamiento de los padecimientos.

#### **4. Impacto comunitario: satisfacción y certidumbre**

Otro acierto, se observó en el sentido de pertenencia y aceptación, por medio de la afiliación al Seguro Popular, ya que éste fue más alto en municipios y localidades que fomentaban la adscripción de las personas, al igual que la frecuencias en la utilización de los servicios, por lo que la expansión y aceptación del seguro aumentó en contraste con los municipios que no tenían una fuerte responsabilidad de afiliación.

Así, el impacto fue positivo en las localidades donde se propagó el seguro, siendo aceptado e involucrando a más personas a afiliarse. De igual manera, en la reducción del “gasto de bolsillo”<sup>162</sup> entre las familias afiliadas, se contempló un apoyo a estos gastos por medio de las contribuciones familiares, donde se ubicaron deciles de pago en cero (I y II), para aquéllas con escasos ingresos, y tuvieran en riesgo su patrimonio; el resto de las familias ubicadas en déciles mayores (IV, V, VI...) también gozaron de un apoyo para disminución del gasto de bolsillo para el pago de servicios de salud. El reflejo del pago de las intervenciones y el apoyo en el gasto de bolsillo de las familias, mostró certidumbre en la población con algún padecimiento de urgencia o de gasto catastrófico, al igual que una efectividad en el financiamiento individual por los servicios de salud.

Los afiliados al Seguro Popular tuvieron una recepción positiva, principalmente en el acceso a la información de afiliación, atención médica y proporción de medicamentos, es decir, que los beneficiados desde el momento de ser incorporados al sistema recibieron toda la información posible, hasta el momento de recibir un diagnóstico, consulta y tratamiento por algún padecimiento, al igual que el surtimiento de sus medicamentos o vacuna, lo cual indica que el afiliado en todo momento recibió una atención clara y transparente. Esto de acuerdo con lo que indicado en las encuestas de satisfacción de los servicios proporcionados

---

<sup>162</sup> Entendido como “el total de desembolsos directos de los hogares, incluidas gratificaciones y pagos en especie a los profesionales de la salud y los proveedores de productos farmacéuticos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios”. Seguro Popular, Evaluación Financiera 2006, p. 27

para 2009, donde se alcanzó el 95% de satisfacción, de acuerdo con los resultados informados para ese periodo.<sup>163</sup>

Sin embargo, este porcentaje de satisfacción en los servicios, tiene que especificarse que es sólo contempla aquellos que están orientados a la atención básica de salud y la proporción de medicamentos que se ubican dentro de las 266 intervenciones que cubre el Catálogo de Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) y las 49 por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), por lo que las encuestas de satisfacción no muestran un espectro más amplio de los servicios, es limitada de acuerdo con sólo lo que brinda del catálogo.

Las intervenciones que contempla el Seguro Popular, representa un apoyo a las familias de grupos prioritarios, es decir, que se les brinda una protección similar a la que cuentan las familias incorporadas a la seguridad social, que integra un seguro de enfermedad prepagado para el beneficiario y sus familias,<sup>164</sup> esto brinda confianza, certidumbre y estabilidad entorno a la salud de cada uno de los mexicanos.

Los aciertos y éxitos mencionados anteriormente, contribuyen al cumplimiento de los objetivos y metas establecidas del seguro, es decir, que se orientaron a completar la cobertura de acceso a los servicios de salud: que toda persona que

---

<sup>163</sup> Encuesta de Satisfacción del Seguro Popular, en Informe de Resultados 2009.

<sup>164</sup> El esquema de prepago en la seguridad social es distinto al financiamiento del Seguro Popular, al igual que el número de padecimientos cubiertos; para fines prácticos la similitud radica en que ambos contemplan un aseguramiento contra enfermedades.

no tuviera el beneficio de la seguridad social, se incorporara al nuevo seguro, con el beneficio y la posibilidad de atención médica, hospitalaria, bajo un esquema de aseguramiento y protección financiera, al igual que de un marco operativo y estructural en cada localidad. Sin embargo, en el transcurso de la implementación de esta política se observaron ciertas inconsistencias y retrasos, como se mencionarán a continuación.

#### **4.2. Debilidades de gestión**

Durante la implementación del Seguro Popular, surgieron retrasos e ineficiencias, que afectaron el desempeño de la política, y se consideran debilidades de gestión, es decir, estas situaciones resultaron en el incumplimiento de las metas y objetivos establecidos en el diseño del seguro, éstas se desarrollan de la siguiente manera.

##### **1. Falta de infraestructura medica y hospitalaria**

Como primera debilidad observada en el periodo, se localizó la insuficiencia de los servicios, en cuanto a la infraestructura necesaria para brindar atención efectiva a los beneficiarios; lo que resulta en el incumplimiento y falla del seguro, de acuerdo con lo establecido en su objetivo general: brindar servicios de salud apropiados, entre ellos atención médica y hospitalaria.

La falta de infraestructura, se demuestra en el incumplimiento de la meta establecida, ya que para brindar y hacer válido el acceso a la salud, se pretendía tener una acreditación de 11,716 unidades médicas para incorporarlas al Seguro Popular, sin embargo, los resultados demostraron que en el periodo (2004-2009) sólo se lograron obtener un total 7,243 unidades, que representa poco más del 50% de los prestadores de servicios.<sup>165</sup> La composición de estas unidades, consta de centros de salud, ubicados sólo en el primer nivel de atención, es decir el primer contacto con los beneficiarios, sin cubrir las demás especialidades médicas.

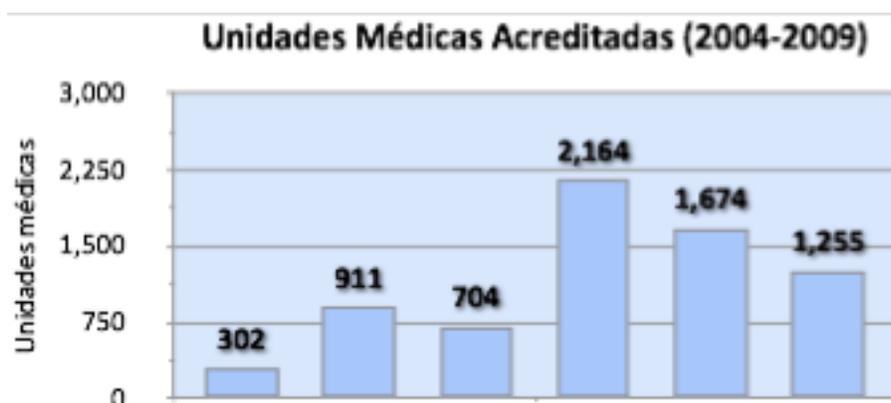
A pesar de que estas unidades médicas incorporadas, cumplieron con los dictámenes para brindar los servicios básicos, la cifra no fue proporcional a la población beneficiada, ya que ésta consta de más de 30 millones de personas que demandan servicios de salud de manera constante, lo que resultan insuficientes.

A continuación, se muestra la evolución de las unidades acreditadas para el seguro en el periodo de los cinco años, por un lado el aumento de las unidades en los tres primeros años fue de solo 1,900 unidades, lo que representa una baja incorporación de las instancia de salud; con mayor apoyo los años consecutivos logró aumentar e incluso triplicar esa cifra, para así llegar al final del periodo a las 7,243 unidades en un lapso de cinco años.

---

<sup>165</sup> Unidades acreditadas para aplicar CAUSES, referente a años anteriores, en Informe de Resultados 2009, p.70

El aumento de adscripción de las unidades, es aún menor a la cantidad de afiliados del seguro, ya que una proporción de 7,243 unidades para 31.1 millones de beneficiados, es insuficiente, principalmente, cuando está enfocado a brindar atención médica básica, hospitalaria, servicios de urgencias y solo algunas especialidades, como se verá en el catálogo de intervenciones más adelante.



**Figura 5.** Evolución de Unidades Médica Acreditadas en el periodo, del total de 11, 716 unidades susceptibles de afiliación a SPSS.

Elaboración propia, con datos de Informe de Resultados 2008, p. 63 e Informe de Resultados 2009, p. 70

## 2. Servicios médicos insuficientes

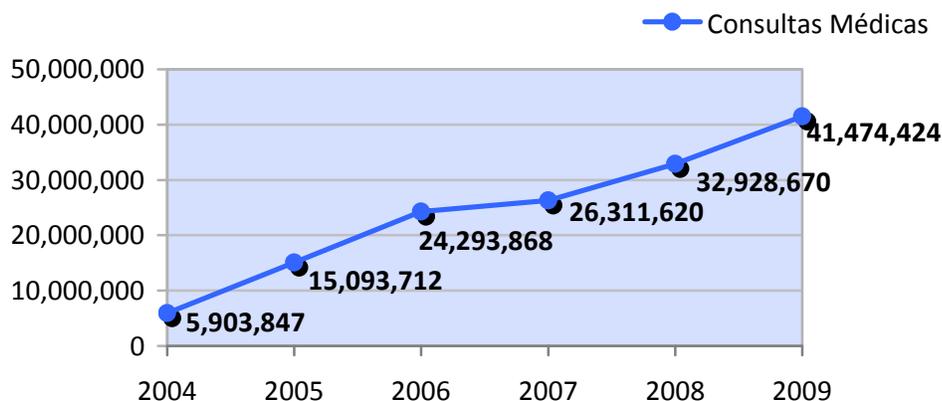
Un retraso general observado, se encontraron insuficiencias en los servicios médicos y hospitalarios, ya que éstas son las principales instancias que brindan atención en los Centros de Salud, Hospitales Generales y de especialidad.

Como indicador se tiene el número de consultas médicas proporcionadas a lo largo de los cinco años, por lo que los datos reflejaron, que al inicio del periodo, en 2004, se realizaron un total de 5,903,847 consultas, para un total de 5.3 millones

de afiliados; éstas se incrementaron para el término del 2009 a 41,474,425 consultas, para 31.1 millones de afiliados, lo que representa que tan solo en el último año del periodo al menos un beneficiado recibió una consulta médica, sin embargo, en los informes no se menciona si éstas pertenecieron a consulta de prevención o tratamiento médico, por lo que si se trataran de consultas externas, de prevención y hospitalarias, el número de consultas aumentaría, dado que existiera infraestructura suficiente.

La gráfica siguiente muestra la evolución en el incremento de las consultas a lo largo del periodo 2004-2009, mostrando un incremento real en la atención, no se especifica cuántas de éstas pertenecieron a centros de salud y cuántas a centros hospitalarios; esto representa una omisión en la transparencia de información, donde no se esclarece si estos servicios médicos brindados, atendieron a los 31.1 millones de personas que se encontraban incorporadas al seguro hasta el 2009.

### Atención a Afiliados (2004-2009)



**Figura 6.** Evolución de consultas médicas realizadas en el periodo, en las unidades médicas incorporadas al SPSS.  
Elaboración propia, con datos obtenidos de los Informes de Resultados 2006,2007,2008 y 2009.

El impacto de los servicios proporcionados, se demostró en el avance de cobertura de acceso a servicios de salud, enfrentándose a infraestructura insuficiente, es decir, la falta de hospitales de especialidad, centros de salud para dar atención, aunado a los bajos índices de consultas médicas, resultaron en una deficiente cobertura en cuanto a servicios de salud del Seguro Popular, ya que no proporcional con la cantidad de beneficiados.

### 3. Carencia en la cobertura de enfermedades en el Seguro Popular

Uno de los objetivos del Seguro Popular es brindar servicios médicos, para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, las cuales se contemplan en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), sin

embargo, la cobertura de los padecimientos del seguro, presenta carencias debido a la falta de enfermedades incluidas, es decir, que solo se realizan intervenciones específicas y selectivas. Esto demuestra una cobertura de enfermedades deficiente, y por lo tanto un incumplimiento en el objetivo del Seguro Popular.

Al inicio del periodo, en 2004, tan sólo se contemplaban 78 intervenciones incluidas en el CAUSES, que apenas podía cubrir a más de 5.3 millones de afiliados, es decir, que el seguro solo cubría ciertos padecimientos de medicina general o familiar y urgencias; por lo que se esperaba una ampliación en la cobertura de enfermedades. El avance en los años siguientes se escaso, ya que para el término del periodo 2009, sólo se llegó a un total de 266 intervenciones, agrupadas en salud pública, medicina general y especialidad, odontología, urgencias, hospitalización y cirugía general<sup>166</sup>; de igual manera se incrementaron 315 medicamentos y vacunas, para el tratamiento de los padecimientos.<sup>167</sup>

La evolución del incremento de las intervenciones fue escaso, ya que de acuerdo con los criterios de inclusión de las enfermedades en el catálogo, tomaron en cuenta sólo aquéllas que reportaban altos egresos hospitalarios, más no aquéllas que presentaban mayor causa de mortalidad o afectación, sin llegar a una consulta médica, es decir, si una persona con un padecimiento no se atiende a tiempo y muere, o no se atiende en un centro de salud, esa enfermedad o

---

<sup>166</sup> Estas 266 intervenciones están agrupadas en salud pública con 25, consulta de medicina general o familiar y de especialidad con 100, odontología con 8, urgencias con 26, hospitalización con 38 y cirugía general con 69 intervenciones. Catálogo Universal de Servicios de Salud, en Informe de Resultados 2009, p. 68

<sup>167</sup> Listado de medicamentos esenciales del CAUSES, *ibidem* pp.107-120

padecimiento no se registra como egreso hospitalario, por lo tanto no es tomado en cuenta para la inclusión del seguro.

La discriminación de ciertas enfermedades para la inclusión del seguro, representa una falsa cobertura del mismo, ya que las enfermedades con mayor incidencia en el país, obligan a los afiliados a recurrir al “gasto de bolsillo” y afecta sus ingresos familiares, algunas de estas enfermedades son el diagnóstico de diabetes mellitus y obesidad que son considerados problemas públicos de gravedad en el país.

Las enfermedades comunes en localidades vulnerables y en riesgo, se relacionan con las condiciones en las viviendas y el acceso a servicios, como luz, drenaje, agua potable, y otros, por lo que al excluirlas del seguro, demuestra un catálogo de enfermedades, que no es universal, que no incluye servicios esenciales, sino más bien protege contra enfermedades que pueden generar un mayor gasto hospitalario; dejando atrás a las acciones preventivas de las cuáles son vitales para la salud pública.

Por otro lado, la tendencia de las enfermedades crónicas ha ido en aumento, debido al cambio en la calidad de vida de los mexicanos, anterior a la implementación del seguro en el año 2000, se registraban como principales causas de muerte la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, cirrosis hepática, y otras enfermedades del aparato

respiratorio,<sup>168</sup> padecimientos que requieren hospitalización, al igual que atención quirúrgica, por lo que representan muchas veces un gasto catastrófico en las familias; estos padecimientos considerados como principales causantes de mortalidad, no fueron tomados en cuenta para ser incluidos en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

En el periodo de 2004-2009, sólo se sumaron 49 intervenciones,<sup>169</sup> agrupadas en ocho enfermedades, Cáncer cérvico-uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, cáncer de niños y adolescentes, trasplantes de médula ósea, cáncer de mama y trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos; éstas focalizan la cobertura de enfermedades a grupos de edad prioritarios, como lo son mujeres, niños y adolescentes, dejando fuera afecciones como cáncer de próstata e hígado, principales causas de muerte en el país.

En consecuencia, la exclusión de estas intervenciones, provoca que las familias a pesar de tener un seguro de cobertura universal, no tienen tratamiento para estos padecimientos, afectando los ingresos y empobreciendo a las familias, resultando como una falla en el planteamiento del objetivo del seguro.

#### **4. Estancamiento en el gasto en salud**

Las fallas y deficiencias en los servicios del Seguro Popular mencionadas anteriormente, entran en congruencia con el impacto en la economía nacional, ya

---

<sup>168</sup> Datos obtenidos de INEGI, Mortalidad General 1990-2009. [en línea] Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144)

<sup>169</sup> Enfermedades cubiertas por el FPGC, en Informe de resultados 2009, p.43

que debido a los bajos índices del gasto en salud, resaltaron las ineficiencias y carencias de la cobertura del seguro. A pesar de una evolución acrecentada del presupuesto para el Seguro Popular en el periodo 2004-2009, el reflejo de éste en el gasto en el sector salud, fue bajo y no cumplió con las expectativas esperadas. Se pretendía que por medio del apoyo al seguro, lograría un crecimiento real al sector, que se mostraría en el aumento del gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), en el periodo de los cinco años, sin embargo, los datos reflejaron que este porcentaje se mantuvo entre el 5.5% y 6%, lo que representa un incremento escaso e incluso mínimo en referencia con los años anteriores a la implementación del Seguro Popular.

Anterior a la ejecución del seguro en todo el país, en el periodo de 2000-2004 se obtuvo de gasto total en salud como porcentaje del PIB, una diferencia en el aumento de 1.3 puntos, llegando así al 2004 a 6.4%, por lo que esto mostraba que en el periodo anterior a la implementación del seguro, el sector, tenía un incremento moderado, que se tradujo en servicios de salud proporcionados.<sup>170</sup>

Esto marcaba que México, hasta ese momento, tenía un porcentaje significativamente menor al promedio de Latinoamérica, en contraste con los datos registrados en países como: Costa Rica (9.3%), Brasil (7.9%) y Uruguay (10.0%),<sup>171</sup> razón por la cual, se esperaba que la implementación del Seguro

---

<sup>170</sup> Evaluación Financiera 2006 [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio\\_Satisfaccion/03\\_Evaluacion\\_Financiera\\_2006.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/03_Evaluacion_Financiera_2006.pdf)

<sup>171</sup> González Pier, Eduardo; (et ál.) *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 21.

Popular, formaría parte de un mayor gasto en salud e inversiones que impulsarían el sector y por lo tanto en beneficios de servicios de salud.

La meta establecida para finales de 2010, era un alcance de 7% del gasto total en salud como porcentaje del PIB<sup>172</sup>, tomando en cuenta el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, sin embargo, los resultados obtenidos, reflejaron una variación distinta, ya que a partir del año 2006, éste decayó de un 6% anual a un porcentaje del 2.8%, para finales del periodo, reflejándose en la proporción de los servicios.<sup>173</sup>

En los cinco años del periodo 2004-2009, el PIB nacional, se mantuvo entre los 10.5 mil millones de pesos (2004) y los 11.9 mil millones de pesos (2009), las variaciones en estas cifras demuestran que el gasto en salud no contribuyó realmente, como lo marcaban las expectativas, ya que diferentes áreas demandaron otras prioridades, orientándose al sector productivo y de comercio.<sup>174</sup>

El gasto público en el sector salud, tuvo un bajo incremento, reflejándose de igual manera para las instituciones de seguridad social, y otros programas, como se notó al comienzo del periodo para estas instituciones, con una cantidad de 284.3 millones de pesos para terminar el periodo con 367.8 millones de pesos, ante este

---

<sup>172</sup> Evaluación Financiera 2006, p. 25

<sup>173</sup> Indicadores del gasto en salud por año como proporción del PIB (precios constantes) Indicadores básicos financieros, SINAIS. [en línea] Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html>

<sup>174</sup> Gasto público en Salud, SINAIS. [en línea] Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/gastopublico.html> [Consulta 04/10/11]

aumento mínimo, se demuestra que un mayor apoyo al Seguro Popular, ya que éste aumentó poco más de un 500% su presupuesto, a diferencia de la seguridad social que sólo aumentó menos del 30% de los recursos presupuestales. Ambas cifras tuvieron aumentos distintos, sin proporción, reflejando que el gasto total en salud, no fue equitativo para la diversidad de instituciones que brindan servicios de salud en México.<sup>175</sup>

Se habla de un estancamiento, ya que el gasto reflejado en el sector fue integrado por las instituciones de seguridad social, fondos estatales y para otros programas sociales, no se equipara con el gasto proporcional en referencia con años anteriores, ni con los servicios proporcionados a la población, dejando que México continúe por debajo del promedio en Latinoamérica.

Las inconsistencias, deficiencias e incumplimientos, al igual que los aciertos del Seguro Popular, muestran por un lado el apoyo para el cumplimiento de la meta de afiliar a todos los mexicanos sin seguridad social y en situación de riesgo o zonas vulnerables, descuidando por el otro, el apoyo a los servicios de salud e infraestructura, cubriendo solo algunas enfermedades, que finalmente, impactaron al sector salud como una política poco asertiva.

---

<sup>175</sup> *Ibidem*

## **Conclusiones:**

La razón por la cual el Seguro Popular se crea es para atender un sector de la población vulnerable con una necesidad social real, que impactaba a 50 millones de personas sin acceso a la seguridad social o algún tipo de servicios médicos. Por tanto, su objetivo fue la incorporación de estos habitantes vulnerables a un seguro con esquema público de financiamiento, contribuyendo al espíritu de igualdad en favor de todos los mexicanos y en consecuencia, al aumento del número de población con protección médica y calidad de vida.

Dado que el impacto de la salud de los mexicanos resalta la productividad, al igual que el desarrollo de un país, ésta se encuentra en el ámbito de lo público, visible y evidente al alcance de todos, convirtiéndose en una demanda reconocida por el gobierno, razón por la que el Seguro Popular se convierte en una política pública. Esta política con resultados mensurables es sometida al escrutinio de los demás, juzgando su eficiencia y eficacia que contribuyen a fortalecer no sólo las acciones de gobierno, sino la vida productiva de las personas y por tanto, una mejor capacidad la protección de la salud de los habitantes.

Con un Sistema Nacional de Salud fragmentado e integrado por diferentes instituciones de seguridad social que brindaban servicios, condicionados por la naturaleza de su contribución, la cobertura universal de los servicios de salud se convirtió en el propósito central del Seguro Popular, enfocando todas las acciones para la afiliación de familias. Sin embargo, esto también liberó el gran peso de los

servicios médicos para comunidades y grupos vulnerables que tenían tanto el IMSS, como el ISSSTE y que no lograban satisfacer.

Por tanto, el Sistema de Protección Social en Salud, es un modelo de aseguramiento que funciona bajo una estructura administrativa establecida en cada una de las entidades federativas, éste apoyo consta de una autonomía operativa y financiera, ya que los recursos transferidos a los estados desde el ámbito federal son utilizados por los mismos gobiernos de las entidades locales, permitiendo la ejecución del Seguro en sus ámbitos de cobertura.

La afiliación de las familias al Seguro Popular se convierte en prioridad que condiciona el presupuesto de los estados, ya que cada una de las entidades con mayor número de afiliados, reciben mayores recursos logrando como resultado un gran avance en la cobertura; por esta razón, como consecuencia se termina el periodo en 2009 con un 62% de afiliados a nivel nacional, y más aún en 2011 con 95% de afiliados.

Si el éxito de afiliación fuera el único objetivo del Seguro Popular se habría cumplido plenamente su meta y expectativa; sin embargo, de acuerdo con el objetivo general, éste marcaba proporcionar servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos y farmacéuticos, por lo que las fallas y deficiencias observadas, así como la falta de personal médico, de infraestructura; la carencia de cobertura de enfermedades y el presupuesto insuficiente en el gasto en salud, demuestran el rezago del Seguro Popular y del Sector Salud en materia de servicios médicos.

Los grandes retos a los que se enfrenta el Seguro Popular son: una población en crecimiento (de acuerdo con el último censo de población en 2010 se tienen más de 112 millones de habitantes), con servicios insuficientes, y con una demanda de cobertura de enfermedades en aumento; ya que cerca del 30% de la población se considera adulto mayor, propensa a enfermedades crónicas, que son las principales causantes de muerte en el país.

La atención de los padecimientos que cada vez más demandan los mexicanos, requiere de un mayor gasto público y privado, principalmente con una población en crecimiento constante, con demanda de servicio. Sin embargo, la responsabilidad y compromiso del gobierno por proteger la salud es una tarea tanto de agentes público como privados, sobretodo involucrando a los ciudadanos.

Los éxitos del Seguro Popular y la difusión de los resultados, no sólo en los informes de gobierno, de la Secretaría de Salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, han demostrado un alto impacto en la población afiliada, donde se observó confianza en el seguro mismo, al igual que certidumbre sobre la protección de algún padecimiento. Esto forma parte de la visibilidad y transparencia de los servicios del seguro y del gobierno ante la respuesta de una demanda, como lo son los servicios de salud.

## Recomendaciones

De acuerdo con el análisis de los resultados del Seguro Popular se pueden formular las siguientes recomendaciones:

- Debido a la falta de infraestructura y servicios médicos es indispensable fortalecer la cobertura del seguro por medio de los servicios médicos, ya que esto cumple con el objetivo general de aseguramiento de la población. Es prioridad que los servicios sean proporcionales con la cantidad de afiliados con los que se suman cada día.
- Es necesario iniciar una nueva etapa de expansión de servicios y personal médico que contemplen todas las entidades y localidades del país para proporcionar atención médica y hospitalaria en un tiempo de cinco años.
- Priorizar la distribución de las transferencias federales a los estados dependiendo no sólo de sus metas de afiliación y en el cumplimiento de las mismas, sino también encaminadas a la incidencia de enfermedades y la atención a grupos prioritarios.
- Ante la carencia de enfermedades cubiertas, es fundamental el aumento de éstas dándole prioridad a las causas de mortalidad en el país, como las enfermedades crónicas cardiovasculares, cáncer de próstata, hígado y colón.

- Las recomendaciones se apoyan en la visión de la escasez de los recursos que permiten la proporción de los mismos para el Seguro Popular, por lo que debe motivarse una mayor inversión en el sector salud con la finalidad fortalecer los servicios y como consecuencia responder a una demanda social.

## Fuentes de Información:

### Bibliográficas

- AGUILAR, Villanueva Luis F. *Estudio Introductorio* en: La hechura de las políticas, México, Miguel Ángel Porrúa, 1992.
- ÁLVAREZ Amezquita, José; Bustamante. *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, México D.F., Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, Tomo I y II.
- ARISTÓTELES. *Obras*. (Metafísica), [traducción, estudio preliminar, preámbulo y notas de Francisco de P. Samaranch], Madrid, España, Editorial Aguilar, 1973.
- CANTÚ Sanchez, Arturo (Director General). *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. México, Siglo XXI Editores, COPLAMAR, 1998, Vol. 4 Salud.
- DE VAL-PARDO, Isabel; Corella, José Ma. *Sistemas de Salud. Diagnóstico y Planificación*, Madrid, España, Ediciones Díaz de Santos, 2001.
- ELDER, Charles D. y Cobb, Roger W. *Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos*. En Aguilar Villanueva, Luis F. Problemas públicos y agenda de gobierno. México, Miguel Ángel Porrúa, 2000.
- GARZÓN Valdés, Ernesto. *Lo íntimo, lo privado y lo público*, Cuadernos de Transparencia, No. 6, México, Instituto Federal de Acceso a la Información, 2008.
- GONZÁLEZ Pier, Eduardo; (et ál.) (coord.) *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, México, Coedición del Fondo de Cultura Económica, Secretaria de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- GUERRERO Gutiérrez, Eduardo. *Para entender La Transparencia*, México, Nostra Ediciones, 2008.
- HERNÁNDEZ Laos, Enrique. *Escenarios de la pobreza ante el desarrollo*. En: Zuñiga Herrera Elena (Coord.), México, ante los desafíos de desarrollo del milenio, México, Consejo Nacional de Población, 2005.
- LINDBLOM, Charles E. *El proceso de elaboración de políticas públicas*. [traducción de Eduardo Zapico Goñi] Madrid, España, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, en coedición con el Ministerio para las Administraciones Públicas, 1991.

- MAJONE, Giandomenico. *Evaluación y Responsabilidad*, en: Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de las políticas, México, Fondo de Cultura Económica, 1997.
- MAZZAFERO, Vicente. *Medicina en Salud Pública*. Buenos Aires, Argentina, El Ateneo, 1994.
- 
- ORTIZ, Mauricio. *El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana*, México, coedición del Fondo de Cultura Económica, Secretaria de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- 
- SOBERÓN Acevedo, Guillermo; Kumate, Jesús; Laguna, José. (compiladores) *La Salud en México: Testimonios 1988*, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, Tomo III Desarrollo Institucional, Volumen I IMSS, ISSSTE.
- SUBIRATS, Joan. *Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración*. Madrid, España, Ministerio para las Administraciones Públicas, 1992.
- UVALLE Berrones, Ricardo. *Las políticas públicas en el gobierno de la democracia* en: León y Ramírez; Mora Velázquez (coord.) Ciudadanía democracia y políticas públicas, México, UNAM, 2006.
- 
- VALENCIA Armas, Alberto. *Perspectiva de las pensiones y de la atención a la salud ante el envejecimiento*. En: Zuñiga Herrera Elena (Coord.), México, ante los desafíos de desarrollo del milenio, México, Consejo Nacional de Población, 2005.
- WEISSERT, Carol S., *Governing Health: the politics of health policy*. Baltimore, E.U.A., The Johns Hopkins University Press, 2006.
- YAÑEZ Campero, Valentín H. *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*, México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000.
- ZERTUCHE Muñoz, Fernando (Coord.), *Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Primeros Años 1943-1944*, México, IMSS - Ediciones Culturales, 1980.

### Textos en línea

- OMS. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, (Suplemento de la 45ª ed. Octubre 2006). Adoptado en la Conferencia Internacional de Salud, New York, realizada del 19 – 22 de Junio de 1946; firmado el 22 de Julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Disponible en:

<http://www.phmovement.org/cms/files/WHO-Constitution-ES.pdf> [Consulta: 07/10/09]

- Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789. [en línea] Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Generaciones de los derechos humanos. Núm. 30 Marzo-Abril. Año 1998. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf> [Consulta:28/07/10]
- Estatutos del NHS en Gran Bretaña. [en línea] Disponible en: [www.thh.nhs.uk/.../NHS.../2-june-09-NHS-Constitution-in-Spanish.pdf](http://www.thh.nhs.uk/.../NHS.../2-june-09-NHS-Constitution-in-Spanish.pdf)
- OMS. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS*. (realizada del 6-12 de septiembre de 1978). Ginebra, 1984, [en línea]. Disponible en: [http://www.ops.org.bo/alma\\_atta/declaracion.pdf](http://www.ops.org.bo/alma_atta/declaracion.pdf) [Consulta: 02/12/10]
- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. [en línea] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/336/default.htm?s=iste> [Consulta 25/04/11]
- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. [en línea] Disponible en: <http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/pnd.pdf> [Consulta 25/04/11]
- La Política Social. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 [en línea] Disponible en: <http://pnd.fox.presidencia.gob.mx/index.php?idseccion=32> [Consulta 25/04/11]
- Programa Nacional de Salud 2001-2006 [en línea] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf> [Consulta 01/09/11]
- Programa de Acción Específico Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/programa\\_accion\\_especifica\\_ssp.pdf](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/programa_accion_especifica_ssp.pdf) [Consulta 31/08/11]

#### Seguro Popular:

- Evaluación Financiera 2006. [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio\\_Satisfaccion/03\\_Evaluacion\\_Financiera\\_2006.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/03_Evaluacion_Financiera_2006.pdf)

- Informe de Resultados, segundo semestre 2006. [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/2006/segundo trimestre/01.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/2006/segundo_trimestre/01.pdf)
- Informe de resultados. 2007. [en línea] Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/2007/informederesultados2007.pdf>
- Informe de Resultados 2008. [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Informes Resultados/informe de resultados s pss %202008.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/informe_de_resultados_s_pss_%202008.pdf)
- Informe de Resultados 2009. [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2009/informe resultados 2009 v3.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2009/informe_resultados_2009_v3.pdf)
- Recursos federales transferidos a las entidades federativas por cuota social (CS) y aportación solidaria federal (ASF) 2008. [en línea] Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2008/SPS\\_RECURSOS\\_TRANSFERIDOS\\_2008.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2008/SPS_RECURSOS_TRANSFERIDOS_2008.pdf)

## Hemerográficas

- DAVALOS, Renato. “Buscan hacer *corresponsable* a la sociedad del déficit financiero en salud” [en línea]. La Jornada en línea. 18 agosto 2002. Año 18, n° 6456. Política. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2002/08/18/012n1pol.php?origen=index.html> [Consulta: 31/08/10]
- MORALES, Aché Pedro. “Servicios esenciales de salud, sofisma constitucional” [en línea]. La Jornada en línea. 9 enero 2003. Año 19, n° 6596. Letras. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2003/01/09/ls-reforma.html> [Consulta: 31/08/10]
- MUÑOZ, Ríos Patricia. “Seguro Popular, ‘aspirina’ a la problemática de salud” [en línea]. La Jornada en línea. 9 marzo 2005. Año 21, n° 7376. Sociedad y Justicia. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/imprimir.php?fecha=20050309&nota=047n1soc.php&seccion=nota> [Consulta: 31/08/10]
- BOLAÑOS, Sanchez Angel. “Fox y Encinas ponen en marcha hoy el Programa Seguro Popular” [en línea]. La Jornada en línea. 10 agosto 2005. Año 21, n° 7529. Capital. Disponible en:

<http://www.jornada.unam.mx/imprimir.php?fecha=20050810&nota=042n1cap.php&seccion=nota> [Consulta: 31/08/10]

## Legislación

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [en línea] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/9.htm?s> [Consulta: 09/09/10]
- Ley General de Salud. Título Tercero Bis 2004, 2008 y vigente. [en línea] Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/175.htm?s> [Consulta: 09/09/10]
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Capítulo Tercero. [vigente] [en línea] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/r270204.html>

## Páginas Web

- Censo General de Población y Vivienda 2000. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI [en línea] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=14048&c=10252&s=est> [Consulta: 02/12/10]
- Consejo Nacional de Población. [en línea] Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=193](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193) [Consulta: 01/06/11]
- La Real Academia Española, *Concepto Salud* [en línea] Disponible en: [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=salud](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=salud) [Consulta: 07/10/09]
- Seguro Popular. [en línea] Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>
- Sistema Nacional de Información en Salud. SINAIS. [en línea] Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/> Consulta [16/10/11]