



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

“ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN
SOCIAL EN SALUD (SPSS) 2003-2011.”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ECONOMÍA

P R E S E N T A:

CARLOS ENRIQUE AVALOS NAVARRETE

ASESOR DE TESIS:
JOSÉ MANUEL FLORES RAMOS
MÉXICO DF OCTUBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Antes que nada ,quiero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta donde estoy.

Quiero agradecerle infinitamente a mi madre ,que me ha apoyado a lo largo de toda mi vida ,dándome su amor y apoyo incondicional ; siempre ha sido mi más grande ejemplo de superación personal y de amor por la familia . Quiero agradecerte por todo el cariño, valores inculcados y los consejos que me has dado en los momentos mas difíciles. Tu eres la persona que me impulsa a seguir superándome día a día.

A mi padre cuyo ejemplo de responsabilidad , disciplina y constancia ha estado presente conmigo en todo momento.

A mis abuelos por todo el amor que me han brindado desde pequeño, y por enseñarme la importancia y el valor de la familia.

A mis hermanos por quererme y ayudarme en todo momento.

A todos mis tíos y tías que siempre han sido un gran apoyo y un ejemplo a seguir como personas y como profesionales.

A mis todos mis primos por brindarme su confianza y amistad.

A mis amigos de la Facultad de Economía (Javier, Laureano y Luis), por todos los momentos agradables que pasamos juntos y el apoyo brindado.

Quiero agradecer de manera especial a esta magnífica Universidad , a la Facultad de Economía y a su personal académico, por brindarme la oportunidad de ser parte de esta comunidad universitaria y por brindarme el conocimiento y valores que me han hecho ser el hombre que soy hoy en día.

TÍTULO: "ESTRUCTURA Y ANÁLISIS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SPSS) 2003-2011."

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN	5
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS PARTICULARES	9
HÍPOTESIS	
1.-NECESIDAD DE EL SECTOR PÚBLICO EN LA ECONOMIA	10
Papel del Estado en la provisión de servicios de salud.	14
Fallas de Mercado	15
Funciones del Estado	19
2.-.CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	22
Características de los bienes públicos.	23
¿Son considerados bienes públicos los servicios de salud?	24
Porque el Estado debe proveer mayoritariamente los servicios de salud	26
3.-MARCO JURIDICO	28
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	29
Ley General de Salud	30
PND 2001-2006	41
PND 2007-2012	45
<i>Plan Nacional de Salud 2001-2006</i>	48
<i>Plan Nacional de Salud 2007-2012</i>	50

4.-ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO Y DESARROLLO DEL SPSS	52
<i>Programa piloto salud para todos</i>	57
Modificación a la ley general de salud (creación del SPSS).	58
Funcionamiento del SPSS	59
Recursos del SPSS.(Aportaciones : gobierno federal , estatales, , cuotas familiares y fondos).	63
5.-EVALUACIÓN DEL SPSS EN BASE A LA METODOLOGÍAS PBR.	66
Definición y uso de indicadores.	66
Metodología del Marco Lógico (MML)	68
Ventajas de la Metodología del Marco Lógico (MML)	69
Elaboración de Indicadores	71
Evaluación del SPSS con base en indicadores	74
Construcción de indicadores	76
Indicadores	77
Matriz de Indicadores	94
CONCLUSIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	99

JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN

La provisión de los servicios de salud en una obligación del Estado con los habitantes de nuestro país, ya que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo IV señala : *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y la entidades federativas en materia de salubridad general.”*¹

El derecho a la protección en salud se da en gran parte mediante el acceso a los servicios que presta el Estado. Este acceso se da por medio de la afiliación a alguna de las instituciones de seguridad social como el ISSSTE, IMSS, ISSFAM, PEMEX. Y a partir del 2003 también mediante el Seguro Popular de Salud; a pesar de la creación del Seguro Popular el objetivo de la universalización en los servicios de salud no se ha cumplido del todo.

La OMS clasifica a México de la siguiente manera: “México es un país en con un perfil epidemiológico complejo, con incremento de enfermedades no-transmisibles, accidentes y estilos de vida no saludables”.²

¹ México. Cámara de Diputados .Constitución Política de los Estados Mexicanos. Última reforma publicada en el DOF el 19-07-2013

² Organización Mundial de la Salud. “Estrategia OMS/OP de cooperación en el país 2005-2009” <http://www.who.int/countries/mex/es/index.html>.

Aunque la Constitución señala como un derecho la protección de la salud, en México no todas las personas tienen acceso a los servicios de salud.

Con cifras del 2008, México contaba con una población total de 106,682,518 millones de personas ;aproximadamente un 45 % de estas personas, se encontraban afiliadas a alguna institución de seguridad social que otorgara servicios de salud, un 25% de la población total se encontraba afiliada al seguro popular mientras que el 30% restante no esta asegurada por alguna institución que prestara servicios de salud.³

Estas desigualdades estructurales, históricas y una determinada concentración del ingreso que han determinado desigualdades en el acceso a servicios básicos de salud.

Los estados más pobres están ubicados en el sur del país, tienen la mayor concentración de población rural e indígena además , presentan altas tasas de mortalidad ; Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo y Veracruz presentan altos índices de marginación.

³ Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2008. México, D.F.: Sistema de Protección Social en Salud, 2008.

ESTADO	INDICE DE MARGINACION 2005	INDICE DE MARGINACION 2010	GRADO DE MARGINACION	LUGAR QUE OCUPA DENTRO DEL TOTAL
GUERRERO	2.41213	2.53246	MUY ALTO	1
CHIAPAS	2.32646	2.31767	MUY ALTO	2
OAXACA	2.12936	2.14624	MUY ALTO	3
VERACRUZ	1.07674	1.0754	ALTO	4
HIDALGO	0.75057	0.66143	ALTO	5

Fuente :CONAPO "Indice de marginación por entidad federativa".

De acuerdo con la OCDE México es uno de los pocos países en la organización que aún no tiene cobertura universal de los servicios de salud, la OMS define a la cobertura universal como :”la oferta de servicios de salud con un paquete básico a bajo costo y alto impacto con un médico por cada 3,000 habitantes.”⁴

Pero analizando el término “cobertura universal “en un sentido mas común podemos inferir que la cobertura universal se refiere a otorgar atención a cualquier persona, sin importar su condición económica, social, cultural , etc.

El sistema nacional de salud está caracterizado por la falta de coordinación entre el IMSS ,el ISSSTE y la Secretaria de Salud. Esto, se refleja en una pobre cobertura; siendo contrario a lo que señala la Ley General de Salud en su artículo 7. “La Secretaría de Salud debe de coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines,

⁴ IBID.

y debe impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud”⁵

Es por estas razones es importante alcanzar la cobertura universal otorgando servicios de salud a todos los Mexicanos , es aquí donde el seguro popular entra en juego; pues este fue creado con el objetivo de otorgar cobertura de servicios de salud a través de un aseguramiento público 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 que les brinde servicios de salud.

5 México. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud .Ultima reforma publicada en el DOF el 07-06-2012.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la estructura y el gasto del Seguro Popular, para que por medio de indicadores se evalúe si realmente es un sistema que ayude a lograr la cobertura universal de los servicios de salud en México.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Sustentar la participación del Estado en la provisión de los servicios de salud.
- Explicar las características de los bienes públicos y de los servicios de salud.
- Describir como se le asignan recursos al Seguro Popular.
- Describir la estructura orgánica del Seguro Popular.

HIPÓTESIS

Ante una gran demanda de los servicios de salud, el gasto de capital (inversión y creación de infraestructura) esta relacionado con el cumplimiento del objetivo de la “universalización” de los servicios de salud y de una mayor cobertura de estos servicios.

El gasto corriente realmente no ayuda al cumplimiento de una cobertura mayor de los servicios de salud que presta el sector público, lo único que hace es hacer más ineficiente y saturar a los hospitales y centros de salud.

1.-NECESIDAD DE EL SECTOR PÚBLICO EN LA ECONOMIA

Antes de comenzar a explicar la necesidad del sector público en la economía es pertinente hacer una aclaración en algunos conceptos que parecen tener el mismo significado pero sólo lo tienen en un sentido muy amplio.

Es común que se utilicen los términos de: Estado, Gobierno y Sector Público para describir al conjunto de instituciones y servidores públicos que conforman el gobierno en turno de un país. Pero como lo señala José Ayala⁶ "sólo en un sentido muy general podemos usar esos términos como equivalentes; sin embargo, significan distintas cosas y, a veces existen diferencias sustanciales, ya sea porque se refieren a procesos y/o áreas con características propias". De aquí en adelante se usarán estos tres términos (Estado, Gobierno, y Sector Público) como términos equivalentes, aunque sólo sea en un sentido general.

Como todos los estudiantes de economía, y todas aquellas personas que ostentan un título en las ciencias económicas saben, en cualquier economía convergen dos grandes "fuerzas o agentes"; que interactúan entre sí; estas dos grandes fuerzas son el Mercado y el Estado.

Un supuesto muy importante en Economía es el siguiente: El Mercado es un mecanismo que provee bienes y servicios a los consumidores dado un sistema de precios; es decir el Mercado se rige por medio del principio de la oferta y la

6 Ayala Espino José "Economía del sector público Mexicano" editorial Esfinge
pág. 27

[10]

demanda,(si los consumidores demandan una gran cantidad de un bien o servicio, el Mercado se encarga de proveerlo y debido a la gran demanda de este bien o servicio su precio sería bajo, dado que existen muchas empresas que ofrecen este bien o servicio compitiendo entre sí por el Mercado.)

Se dice que el Mercado actúa de manera eficiente cuando asigna los recursos de la mejor manera posible, por ejemplo si los consumidores demandan cierto producto dado un sistema de precios, el Mercado se encargará de proveerlo de manera eficiente. (Solo las personas que puedan pagar por el bien o servicio podrán adquirirlo).

Por otro lado el Estado se define, (generalmente) como el conjunto de instituciones y servidores públicos que conforman el gobierno en turno de un país. Como sabemos el estado también provee bienes y servicios para la población, pero este a diferencia del mercado no lo hace con el fin de obtener una ganancia.

A lo largo de la historia estos dos agentes (Mercado y Estado) han tenido papeles importantes dentro de todas las economías del mundo, en México particularmente han existido modelos de crecimiento que están basados en darle un papel primordial a cada uno de estos dos agentes.

En México el Estado había tenido una participación activa dentro de la economía, siendo este el principal promotor del crecimiento, pero a partir de 1982 la corriente del pensamiento económico mundial (neoliberalismo económico)comenzó a influir en el país cambiando así el papel del Estado y otorgándole un mayor peso al mecanismo del Mercado dentro de la economía. Con el fenómeno de la globalización la ideología imperante del libre Mercado se impuso como rectora del crecimiento en México dejando en un papel mínimo o casi nulo al Estado.

Actualmente la corriente Neoliberal plantea que el Estado debe de tener una participación mínima dentro de las actividades económicas ,pues no actúa de la forma eficiente que lo hace el Mercado .Al no tener el incentivo de obtener

una ganancia (por la provisión de bienes y servicios) el Estado opera ineficientemente. La necesidad de la existencia del sector público dentro de una economía radica principalmente, de que es necesario que "alguien" o "algo" sea el regulador de las actividades y transacciones que se realizan a diario entre los individuos de una sociedad, es decir se necesita que se hagan cumplir los derechos de propiedad, que se vigile el cumplimiento de contratos entre las personas (de lo contrario los individuos carecerían de incentivos para intercambiar sus bienes y servicios en el mercado), y también sean provistos algunos bienes y servicios necesarios para toda la población.

Musgrave menciona 5 puntos básicos por los cuales es necesaria la existencia del sector público⁷:

1.- Los acuerdos e intercambios para las operaciones que se llevan a cabo en el mercado no podrían existir sin la protección del gobierno, ya que sin el no habría una provisión de una estructura legal y adecuada.

2.- El supuesto de que el mecanismo del Mercado guía a un uso eficiente de recursos, (ya que produce lo que los consumidores demandan y al precio más bajo), está basado en la condición de la existencia de mercados competitivos, es decir que no existan barreras para que nuevas empresas puedan entrar a competir al mercado y de que los empresarios deben de tener información completa y perfecta acerca de las preferencias de los consumidores.

7 R."A. Musgrave "Teoría de la hacienda pública" Mc Graw Hill, España 1967.

3.-Sin regulación por parte del Estado no se podría cumplir esta condición indispensable para el correcto funcionamiento del mecanismo de mercado.

4.-Aunque todas las barreras a la entrada de los Mercados fueran removidas, las características de producción o consumo (externalidades) de ciertos tipos de bienes hace que estos no puedan ser provistos por el mecanismo del mercado, y por lo tanto se requiere una solución por medio de la intervención del Estado.

5.-El sistema de Mercado, especialmente en las economías financieras altamente desarrolladas, no necesariamente trae consigo altos niveles de empleo, estabilidad de precios y una expectativa de crecimiento económico, la intervención del estado es necesaria para asegurar estos objetivos.

El mecanismo de Mercado crea una cierta distribución del ingreso y del bienestar entre la población, pero no siempre esta asignación de recursos es la mejor para la población.

También José Ayala ⁸describe distintas actividades que desempeña el Estado en la economía:

1.-Actividades estratégicas: corresponden a las funciones mínimas del Estado

8 Ayala Espino José " Economía del Sector Público Mexicano" editorial Esfinge
Pág. 36.

[13]

como el mantenimiento de la ley, el orden, la seguridad nacional y la defensa.

2.-Actividades exclusivas: incluyen la prestación de servicios que sólo el gobierno puede realizar como el cobro de impuestos, la seguridad pública, regulación y educación básica.

3.-Actividades competitivas: en las cuales el sector público compite con el sector privado, hospitales, educación media y superior e investigación.

4.-Actividades de Mercado: en las cuales el gobierno busca la obtención de beneficios, la rentabilidad y la competencia del mismo.

Como se puede apreciar, es necesaria la existencia y participación del Estado dentro de la economía. Es por eso que es necesaria existencia de un sector público, no solo para que regule y haga cumplir los contratos derivados del intercambio, también este debe intervenir en **las situaciones en las que el Mercado no funciona correctamente.**

Papel del Estado en la provisión de servicios de salud.

La ideología predominante hoy en día, de que el Estado debe de tener un papel o un desempeño mínimo dentro del sistema económico y de que debe dejar actuar al Mercado “libremente” para asignar los recursos de manera eficiente, está sufriendo un agotamiento.

Es pertinente afirmar que el mecanismo de Mercado puede asignar los recursos de manera eficiente dentro de la economía, pero esta asignación eficiente puede no ser una asignación equitativa entre la población.

Un caso particular, es el de México, que de acuerdo con información del portal de Internet del Banco Mundial México es un país de ingreso “ mediano alto ” con una población de 108.523.000 millones de habitantes tiene a un de un 47,4% de su población clasificada dentro de la tasa de incidencia de pobreza, la cual es definida de la siguiente manera : *“La tasa de pobreza nacional es el porcentaje de personas que vive debajo de la línea de pobreza nacional. Las*

estimaciones nacionales se basan en estimaciones de subgrupos ponderados según la población, obtenidas a partir de encuestas de los hogares.”⁹.

Es correcto afirmar con estos datos que “el mecanismo del libre Mercado” no opera de manera eficiente ni equitativa con respecto a la asignación de los recursos y esto genera una serie de consecuencias graves tanto económicas como sociales.

Es por eso que es de suma importancia cuestionar si realmente debe dejarse sin regulación e intervención alguna a la economía,(específicamente en la provisión de servicios de salud)o el Estado debe de intervenir dadas estas **fallas de Mercado**.

El tema de investigación en este trabajo ha sido ampliamente debatido, tanto por partidarios de “la mano invisible” del mercado como también por partidarios de que el Estado debe de intervenir en las situaciones en las que el Mercado no opera como debiera ser.

Fallas de Mercado

Como se señaló anteriormente el Mercado bajo ciertas excepciones no opera de manera eficiente, estas excepciones son conocidas entre los economistas como “**Fallas de Mercado**”, según Stiglitz ¹⁰ estas son seis:

⁹Banco Mundial, 2012 “Indicadores de pobreza” ,México
,”<http://datos.bancomundial.org/indicador/>

Fallo de competencia –esta falla de Mercado se refiere a la falta de competencia entre los productores de bienes y servicios en los Mercados, es decir la existencia de Mercados monopólicos u oligopólicos.

La existencia de este tipo de Mercados es considerada una falla, ya que al no existir la competencia dentro del mismo, la empresa o las empresas dominantes pueden influir en el precio del producto, al influir en el precio se estaría rompiendo el supuesto de “equilibrio” en estos Mercados, que es cuando la oferta de un bien o servicio dado un sistema de precios es igual a la cantidad demandada del mismo bien.

Al ser el precio demasiado alto causado por la falta de competencia en el Mercado, existirían algunas personas que dado el precio que las empresas o empresa fijaron, no podrían adquirir o disfrutar de este último.

No solo existen monopolios u oligopolios privados, también existen los estatales, pero estos monopolios estatales hasta cierto punto están “permitidos” ya que por medio de ellos se controla de mejor manera mercados con *recursos estratégicos* para una nación, como es el caso del petróleo, la luz etc.

Cabe hacer una aclaración en esta falla de mercado, como lo menciona

¹⁰J.Stiglitz “La economía del sector público”. Antoni Bosch, Tercera edición, España 2000 Pág. 101.

Stiglitz ¹¹ : “Un monopolio privado normalmente cobraría más que un monopolio estatal, el monopolio privado trataría de maximizar sus beneficios, mientras que el monopolio estatal que no recibiera una subvención solo trataría de no experimentar pérdidas”.

Externalidades- Las externalidades se refieren a las acciones deliberadas o no de alguna persona que afectan ya sea de manera positiva (benefician) o de manera negativa (perjudican) a terceras personas.

Con la existencia de externalidades la asignación de recursos que hace el Mercado no es eficiente ya que al generar una externalidad negativa esta se traduce en un costo a una tercera persona , y al contrario si no todos los individuos reciben todos los beneficios de una externalidad positiva, realizan muy pocas actividades que generen estos beneficios.

Mercados incompletos-Esta falla de Mercado como su nombre lo dice se refiere a la inexistencia de Mercados de ciertos bienes o servicios, aunque el costo de proveerlos sea menor al precio que los consumidores estarían dispuestos a pagar.

La inexistencia de algunos Mercados se debe principalmente a dos fenómenos denominados *Selección adversa y riesgo moral*.

Hal R Varian los define de la siguiente manera:

¹¹ IBÍD. Pág. 95.

“La selección adversa se refiere a las situaciones en las que un lado del mercado no puede observar el tipo o la calidad de los bienes del otro, por eso algunas veces se denomina también problema del tipo oculto”.

“El riesgo moral es la ausencia de incentivos para tener cuidado”.¹²

Falla de información –Esta falla de Mercado se debe principalmente a las diferencias en la información que poseen tanto los consumidores y los productores del Mercado. El Mercado suministra muy poca información que es considerada por Stiglitz como un bien público ya que al suministrar información a una persona no limita o impide a otra persona de que se le suministre la misma información.

“La información debe de ser difundida gratuitamente o, con más precisión solo debe cobrarse el costo real de transmitirla”.¹³

El paro, la inflación y el desequilibrio- Esta falla de nos indica tres problemas que el Mercado no puede resolver o que el mismo puede generar.

El paro se refiere al desempleo la inflación al aumento sostenido y generalizado de los precios y el desequilibrio se refiere a las épocas de crisis o de recesión económica. Estas tres problemáticas son pruebas palpables de que el Mercado no opera eficientemente.

¹²Hal. R. Varian “Microeconomía intermedia”, Antoni Bosch, Séptima edición, España 2006, Págs. 734,735.

¹³J.Stiglitz “La economía del sector público”. Antoni Bosch ,Tercera edición , España 2000, Pág.100

Bienes públicos- Esta falla de Mercado se refiere a todos aquellos bienes o servicios que sí son suministrados por el Mercado, pero de manera insuficiente o simplemente no son suministrados, en el capítulo II de la presente investigación se tratará a fondo las características de estos bienes públicos. Una vez explicadas las fallas de Mercado, se puede justificar la intervención del Estado en la actividad económica aún en contra de las opiniones de que el Mercado por si solo opera eficientemente y asigna los recursos de igual manera, demostrando así la incapacidad de Mercado de suministrar ciertos bienes y servicios necesarios para el bienestar de la población. "Frente a la "mano invisible del Mercado" ahora se reclama "la mano visible del Estado".¹⁴

Funciones del Estado

"La participación del Estado en la economía, la responsabilidad que tiene en la conducción del proceso de desarrollo económico y social y la naturaleza y las características que debe tener esa participación y esa responsabilidad, es uno de los temas en los que se centró la atención y la acción -en México y en otras partes del mundo -durante buena parte del siglo pasado."¹⁵

¹⁴Tello Macías Carlos.(2007)"Estado y Desarrollo Económico : México 1920-2006" UNAM ,México ,2007.Pág 17

¹⁵IBID. Pág. 17

Para entender cómo puede intervenir el Estado en la economía es necesario explicar sus funciones , según Richard A. Musgrave ¹⁶ un Estado debe desarrollar 3 funciones principales:

A) La función de asignación esta función habla de determinados bienes y servicios que no pueden ser provistos por el Mercado y que deben de ser provistos por parte del Estado a través de la política presupuestaria.

B) La función de distribución, esta función es generada a partir de cobro de impuestos en los sectores con mayor capacidad para contribuir y en los que se tiene una escasa capacidad de contribución.

Respecto a función de distribución se menciona que este mecanismo depende de los impuestos y transferencias, esta función tiene el objetivo de transferir recursos de una persona a otra, a diferencia de que la función de asignación en la cual los gastos están destinados a la satisfacción de necesidades tanto públicas como privadas.

C) La función de estabilización, ya que a través de los impuestos y el presupuesto se puede tratar de llegar al pleno empleo, crecimiento de la economía, y estabilidad de precios. La finalidad de esta función es evitar fluctuaciones importantes en la economía. Respecto a la función de estabilización Musgrave menciona que esta difiere en cuanto a objetivos de las otras dos funciones, pues esta última tiene el objetivo de utilizar plenamente los recursos disponibles y mantener estable el poder adquisitivo de la moneda.

¹⁶R."A. Musgrave "Teoría de la hacienda pública" Mc Graw Hill , España 1967.

Como lo señala Musgrave existen situaciones en las que se requieren ajustes en la asignación de recursos, aunque el mecanismo de los precios garantiza la asignación óptima de recursos hay excepciones como las **Necesidades sociales**¹⁷ en las cuales el Mercado no asigna eficientemente los recursos.

Las necesidades sociales como lo señala Musgrave no pueden ser satisfechas bajo el sistema de precios ya que su “beneficio” o “disfrute” no puede estar sujeto al pago o reflejado en un precio.

Se dice que estas necesidades sociales no pueden estar sujetas a un precio pues el Mercado no puede revelar las preferencias del consumidor.

Dadas estas 3 funciones propias de el Estado, se puede justificar desde esta óptica su intervención, pues como se mencionó anteriormente con casi un 50% de la población en situación de pobreza el estado mediante la función de distribución puede ayudar a proveer servicios e infraestructura de salud a las personas que se encuentran en situación de pobreza.

¹⁷IBÍD., Pág. 9.

2.-CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Al ser la salud un componente importante del bienestar de una población, es importante señalar que México con una población de 112 337 millones de habitantes en el 2010¹⁸ tiene casi el 50% de la población en una situación de pobreza, la cual carece de una cobertura universal en salud.

"La sociedad mexicana es una de las más desiguales del mundo, tanto desde la perspectiva del ingreso como del acceso a los servicios sociales y de salud."¹⁹ Observando el tamaño de la población y el porcentaje de esta misma que está en situación de pobreza es importante cuestionar el papel del Estado en la provisión de los servicios de salud, dada la gran demanda de estos servicios, ya que los servicios de salud provistos por el sector privado son insuficientes, y muchas veces poco accesibles para la mayoría de la población.

Anteriormente se mencionó en la justificación de este trabajo que la OCDE considera a México como uno de los países que no tiene cobertura universal de los servicios de salud.

¹⁸INEGI "Indicadores de demografía y población" <http://www.inegi.org.mx>

¹⁹González Block, Miguel Ángel. Y Scott, John.(2010)."Equidad y salud retos avances y perspectivas" . El Colegio de México "Los grandes problemas de México. Volumen V "La desigualdad social", Cortez Fernando y De Oliveira Orlandina. México.

En el presente capítulo se explicarán las características tanto de los bienes públicos como las de los servicios de salud, para poder determinar si la provisión de estos servicios debe de ser mayoritariamente por parte del Estado o por parte del sector privado.

Características de los bienes públicos.

Los bienes públicos son aquellos que, como su nombre lo indica ,son de uso común o público, este tipo de bienes son suministrados en su mayoría por el Estado. Los bienes públicos no son suministrados por el Mercado o si lo son, son suministrados en una cantidad insuficiente.

Existen 2 tipos de bienes públicos: los bienes públicos puros o perfectos y los bienes públicos impuros o mixtos.

Los bienes públicos puros presentan dos características de suma importancia: No cuesta nada que una persona más disfrute del bien público. (No rivalidad). Es difícil por no decir imposible excluir a una persona de que disfrute o haga uso de un bien público (No exclusión).

Las características de No rivalidad y No exclusión , pueden explicarse de manera más detallada con el siguiente ejemplo: se instala alumbrado público en una calle , una vez que está en funcionamiento, se puede beneficiar una persona que pase caminando diariamente por esa calle a las 8 P.M. y se puede beneficiar al mismo tiempo una persona que tenga un auto y pase por esa calle a la misma hora, es decir el que el peatón disfrute del alumbrado no le "resta" luz a la persona que pasa por esa calle en su auto , y también se beneficia lo mismo una persona que sí pago sus impuestos para que se instalara el alumbrado público ,que una persona que no pago impuestos, y es difícil que se excluya a esta última de que disfrute del servicio.

Los bienes públicos impuros o mixtos son aquellos que presentan al menos una característica de las 2 que poseen los bienes públicos puros.

Es importante mencionar aquí el problema del “*Free-Rider*” o del “*gorrón*” que se presenta comúnmente en la provisión de los bienes públicos. Este problema consiste en la ausencia de incentivos de algunas personas para pagar impuestos o participar en la provisión de bienes públicos, ya que saben que será muy difícil que una vez instalado el bien público se le pueda negar el acceso a él.

Otro problema importante que presentan los bienes públicos es que los Derechos de Propiedad no están definidos, es decir como las personas saben que un bien público es de todos, la mayoría de las veces no tienen incentivos a cuidarlos.

Al no valorar de igual manera los bienes públicos a los bienes privados se pueden generar externalidades (principalmente negativas) que pueden ser corregidas por lo que dice el Teorema de Coase que menciona al establecerse los derechos de propiedad puedan internalizarse las externalidades corrigiendo este desequilibrio y actuando así eficientemente.

El claro ejemplo de este caso es el de un pastizal de uso común en el cual todos los granjeros llevan a pastar a su ganado, dado que se sabe que el pastizal es de uso común nadie tiene incentivos en cuidar que su ganado no padezca excesivamente, por lo que el pastizal tendrá un consumo excesivo y estará en mal estado, afectando así a otros granjeros de ocupar el pastizal al establecerse derechos de propiedad se podría corregir esta externalidad evitando afectar negativamente a terceros.

¿Son considerados bienes públicos los servicios de salud?

Aunque los servicios de salud son prestados principalmente por el Estado, esto no indica que estos sean bienes públicos.

Es común que la gente piense, que los servicios que presta el Estado al no estar siempre sujetos a un precio, (o al estar sujetos a un precio muy bajo en comparación con los mismos servicios que prestan empresas privadas) sean públicos; pues relacionan que todas las personas tienen el derecho de acceder a estos por lo tanto creen que este tipo de servicios son bienes públicos.

Como se mencionó anteriormente los economistas manejan otra definición de bienes públicos dentro de la cual los servicios de salud no presentan ninguna de las 2 características principales de los bienes públicos (no rivalidad y no exclusión).

Al no presentarlas se podría caracterizar a los servicios de salud como bienes privados, ya que el que una persona disfrute o use el servicio de salud en un hospital, en efecto puede impedir que otra persona disfrute de ese servicio, y también es posible excluir a una persona de los servicios de salud, aunque no intencionalmente, si se puede excluir de manera indirecta (esta exclusión en México se da mediante el precio que se cobra por la atención médica y también anteriormente las personas que trabajaban en el sector formal eran las únicas que tenían acceso a los servicios de salud mediante las instituciones de seguridad social: IMMS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX).

Costo marginal de uso	Autopista congestionada	BIEN PRIVADO PURO Atención Sanitaria
	BIEN PÚBLICO PURO Defensa Nacional	Protección Contra Incendios
		Facilidad de exclusión

El cuadro 1.1 explica cómo se clasifican los bienes o servicios de acuerdo a las 2 características esenciales de los bienes públicos (No rivalidad y no exclusión) y de esta manera se puede observar que los servicios de salud no son bienes públicos.

Porque el Estado debe proveer mayoritariamente los servicios de salud

Una de las razones por las que interviene el Estado en la provisión de los servicios de salud aunque estos no sean bienes públicos es porque hay personas que no pueden pagar por los servicios de salud que necesitan.

Existe una ideología llamada “igualitarismo específico” que sostiene que hay bienes y servicios que deben de suministrarse a todos los individuos de una sociedad sin importar su renta.²⁰

“Algunas razones que justifican la intervención del Estado en los servicios de salud son: información asimétrica, externalidades”.²¹

Otra razón importante de la participación del Estado en la provisión en los servicios de salud, es que al ser parte esencial de la seguridad social, está plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como un derecho.

Aunque los servicios de salud no tienen las características de los bienes públicos, no significa que estos no deban de ser provistos por el Estado.

Ya que como es sabido la salud es un componente importante de la seguridad social, y los servicios de salud deben de ser considerados como un “Bien estratégico” que debe de ser provisto mayoritariamente por parte del Estado

20 J.Stiglitz “La economía del sector público”. Antoni Bosch ,Tercera edición , España 2000, Pág.363

21 Juan del Llano Señarís “Economía de la salud “Ediciones Pirámide, España 2005, Pág. 31.

aunque no totalmente, ya que de no hacerlo podría tener efectos negativos sobre la mayoría de la población.

Paul Krugman en su artículo titulado "Paying the price "²²(pagando el precio) nos da un ejemplo de las consecuencias que tiene el haber dejado la seguridad de los aeropuertos de los Estados Unidos en manos de privados, es decir, existen ciertos bienes y servicios que son de suma importancia o son **estratégicos** para una nación por lo cual el Estado debe de asumir el control total, o la mayor parte de el en este tipo de bienes y servicios.

Es ahí donde se cuestiona, que siendo un factor importante dentro de la seguridad nacional, el control de la seguridad de los aeropuertos debería de sido provista directamente por el Estado.

De esta manera se podría ejemplificar por qué ciertos servicios y bienes a pesar de no cumplir con las características de los bienes públicos, deben de permanecer bajo el control directo del Estado.

Es por esta razón que los servicios de salud aunque sean bienes privados , deben de ser provistos principalmente por el Estado ya que de no hacerlo , podría haber consecuencias graves para la población, la mayoría de las personas no tendría acceso a los servicios de salud por no poder pagar el

²²Krugman Paul,(2001.16.09)"Paying the Price" en "The New York Times".

precio de la atención médica, aunque el Estado provee servicios de salud , estos son insuficientes para dar abasto a toda la población que necesita estos servicios, además de que al no poder tener acceso oportuno a estos servicios se podrían generar externalidades (sobre todo negativas) que afectarían a la mayoría de la población.

3.-MARCO JURIDICO

Este capítulo tiene por objetivo presentar el conjunto de leyes (a nivel federal) en las cuales está sustentado el derecho a la salud , así como los principales artículos que se encuentran dentro de la Ley General de Salud, los cuales ayuden a comprender conceptos importantes como lo es la definición de los servicios de salud , los objetivos de la prestación de servicios de salud, quienes son las autoridades sanitarias, y como se deberán prestar estos servicios a la población.

El presente capítulo estará basado principalmente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud , los PND(Planes Nacionales de Desarrollo comprendidos en los períodos 2001-2006, 2007-2012) y de igual manera los PNS(Planes Nacionales de Salud de los períodos 2001-2006,2007-2012).

Es conveniente señalar se mencionará la Ley del Seguro Social pero esta no se abordara completamente, porque el objetivo de este trabajo es focalizarse en estudiar el derecho a la salud independientemente de que se esté afiliado o no a alguna institución de seguridad social tales como el IMSS, el ISSSTE o el ISSFAM.

También se debe aclarar que al estar tratando en el tema de investigación un caso exclusivo de México solo se mencionaran las Leyes que reglamenten el derecho a la salud dentro del territorio nacional.

Es importante conocer el marco jurídico de los servicios de salud en nuestro país, ya que la mayor parte de la población que no tiene acceso a estos servicios, desconoce totalmente en donde está establecido el derecho a la salud y las formas en las que el estado deba atender este derecho.

Además, también es importante mencionar los objetivos y estrategias planteados en los PND (en materia de salud) y los PNS, puesto que el "Seguro Popular" fue creado en el 2003 y queda comprendido el periodo de 2001 a 2012.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La constitución es el marco legal bajo el cual se reglamenta la relación del estado con los ciudadanos, por lo que es de suma importancia conocer en que parte de la carta magna están plasmados tanto los derechos, como las obligaciones de todos los mexicanos y conocer así específicamente en que artículo está definido el derecho a la salud.

El derecho a la salud está definido en el título primero "De los derechos humanos y sus garantías" artículo cuarto de la siguiente manera:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá 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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución."

Posteriormente en el título sexto artículo 123 constitucional, el cual trata acerca del trabajo y la previsión social, se mencionan los derechos que tienen los trabajadores en materia de seguridad social, y como es bien sabido la salud es una parte fundamental de ésta.

La Ley del Seguro Social menciona lo siguiente en materia de salud en su artículo segundo: "La seguridad social tiene por finalidad garantizar el **derecho**

a la salud, la asistencia médica, la protección de los gastos de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión, que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el estado.

Ley General de Salud

La Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y su última reforma publicada DOF 28-05-2012 establece lo siguiente en su artículo primero : "La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social."

En el artículo segundo de esta ley, son mencionadas las finalidades del derecho a la protección de la salud las cuales son las siguientes:

- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los

servicios de salud.

- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

En el artículo tercero se mencionan los aspectos que son materia a tratar por la salubridad:

- La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracciones I, III y IV.
- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.
- La Protección Social en Salud.
- La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracción II.
- La atención materno-infantil.
- El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas.
- La salud visual, la salud auditiva, la planificación familiar y la salud mental.
- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
- La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.
- La coordinación de la investigación para la salud y el control de esta en los seres humanos.
- El genoma humano.
- La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país.
- La educación para la salud.
- La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo.
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores

ambientales en la salud del hombre.

- La salud ocupacional y el saneamiento básico.
- La prevención y el control de enfermedades transmisibles.
- El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.
- La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes así como la a prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.
- La asistencia social.

- El programa contra el alcoholismo y el tabaquismo.

- La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la fármacodependencia.

- El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación.
- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.

- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células; XXVI Bis. El control sanitario de cadáveres de seres humanos.

- La sanidad internacional.

- El tratamiento integral del dolor.

Las autoridades sanitarias son definidas en el Artículo 4o:

Son consideradas autoridades sanitarias:

[32]

- El Presidente de la República.
- El Consejo de Salubridad General.
- La Secretaría de Salud.
- Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno del Distrito Federal.

En el artículo quinto se menciona quienes constituyen el “sistema nacional de salud” y los objetivos de este último:

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Los objetivos de este el sistema nacional de salud serán los siguientes:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparada y minusválida, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social.

- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
- Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

El Artículo séptimo establece que la Secretaria de Salud estará a cargo de la coordinación del Sistema Nacional de Salud y esta deberá desarrollar las siguientes actividades:

- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal.
- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.
- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.
- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;
- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;
- Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las Leyes que regulen a las entidades participantes;

- Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;
- Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
- Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;
- Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;
- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;
- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;
- Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y
- Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

En el capítulo segundo titulado "Distribución de las competencias" se establecen las atribuciones y obligaciones que tendrán los gobiernos tanto federal, estatal y municipal en materia de salubridad.

El título tercero titulado "prestación de los servicios de salud" se menciona la siguiente definición de servicios de salud: *"Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad."*

También en este título se menciona que los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- De atención médica;
- De salud pública, y
- De asistencia social.

En los artículos 25 y 26 de esta Ley se establece que el Sistema Nacional de Salud buscará que la mayoría de la población este incorporada a este Sistema , estableciendo se así el objetivo de universalización en la cobertura.

Artículo 25.- Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

Artículo 26.- Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

Artículo 27. -Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran **servicios básicos de salud** los referentes a:

- La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;
- La atención materno-infantil;
- La planificación familiar;
- La salud mental;

- La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;
- La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
- La promoción del mejoramiento de la nutrición;
- La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, y
- La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.

En este mismo título pero en el capítulo II llamado "Atención Médica" se menciona el concepto de atención médica el cual está muy ligado a la prestación de los servicios de salud.

Artículo 32. "Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud."²³

Artículo 33. Las actividades de atención médica son²⁴:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales, y

²³ México. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud .Última reforma publicada en el DOF el 07-06-2012

²⁴ IBID.

IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Posteriormente en el capítulo III titulado "Prestadores de Servicios de Salud" se establece como su nombre lo indica quienes serán los encargados de prestar los servicios de salud y la clasificación de los servicios de salud que es la siguiente:

Artículo 34.- "Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria."²⁵

Artículo 35.- "Son **servicios públicos** a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

²⁵ IBID.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.”²⁶

Artículo 37.- “Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por estas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en lo que no se oponga a aquellas.

Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.”²⁷

También en esta Ley General de Salud son establecidos los servicios de salud privados y los servicios de salud de carácter social o públicos así como las modalidades de acceso a estos dos tipos de servicios de salud .

²⁶ IBID.

²⁷ IBID.

Artículo 38.- “Son **servicios de salud privados** los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 43 de esta Ley.

Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.”²⁸

Artículo 39.- “Son **servicios de salud de carácter social** los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.”²⁹

Artículo 40.- “Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.”³⁰

Artículo 41.- “Los servicios de salud que presten las entidades públicas o empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás normas

²⁸ IBID.

²⁹ IBID.

³⁰ IBID.

aplicables a las instituciones de salud respectivas.”³¹

La última reforma a la Ley General de Salud, hecha en abril del 2003 no se tratara dentro de este capítulo ya que esta ,se abordara con la creación de un sistema que busca la universalización de la cobertura de servicios de salud, mediante la creación del Sistema de Protección Social en Salud .

PND 2001-2006

El Plan Nacional de Desarrollo(PND), es el documento que elabora el gobierno en turno. Como su nombre lo indica es un plan que contiene un conjunto de estrategias y objetivos en materia de desarrollo que se plantean en el sexenio en el que gobierna el presidente electo.

Es conveniente definir la diferencia que existe entre desarrollo y crecimiento. El desarrollo es diferente al crecimiento económico .Esta diferencia, radica principalmente en que el crecimiento económico está ligado a aspectos más "cuantitativos" como lo es el crecimiento del PIB o el crecimiento de las exportaciones .Por el contrario el desarrollo está relacionado con aspectos "cualitativos" es decir aspectos relacionados con el nivel de vida de la población tales como disminución de la pobreza, igualdad de oportunidades, salud etc.

Al revisar qué objetivos y estrategias se plantean en los PND en materia de salud, se pueden observar las prioridades que se establece el gobierno en

³¹ IBID.

turno y también con ayuda de estos planes se puede de cierta forma evaluar si realmente se cumplieron los objetivos planteados o no.

El PND del período 2001-2006 menciona lo siguiente en materia de salud:

El compromiso con la salud

“La salud está ligada al destino de la nación. A medida que el país se transforme, su sistema de salud también debe hacerlo. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos.

Las premisas que inspiran el compromiso del gobierno de la República con la salud de los mexicanos son:

1. La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades.
2. La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones.

Desde este punto de vista, mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.

3. Por ser un valor en sí misma y por su potencial estratégico, se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir. Para ello se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables (que abarquen acciones en todos los sectores).

4. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas, por lo tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad.

El mensaje central del esfuerzo nacional en salud es que para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención a la misma.

Esta democratización supone aplicar las normas y los procedimientos de la ciudadanía a instituciones que estaban regidas por otros principios, como el

control coactivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las prácticas administrativas. Implica, igualmente, aplicar estas normas y procedimientos a individuos que antes no gozaban de tales derechos y obligaciones, como las mujeres, los jóvenes o las minorías étnicas.

El desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales. En consecuencia, debe ser el principio de ciudadanía el que defina tanto las reglas de acceso de la población a los servicios de salud como los mecanismos de participación de los mexicanos en las decisiones del sistema. Este principio indica que **los servicios de salud no deben ser considerados una mercancía, un objeto de calidad o un privilegio, sino un derecho social. El acceso a ellos, por lo tanto, debe ser universal,** y las prioridades fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las personas y la efectividad de las intervenciones.

Implícitos en la democratización de la salud está también la obligación de los servidores públicos de rendir cuentas y el derecho de los ciudadanos a exigirlos. En este sentido, lo primero que debe garantizarse es el derecho de los ciudadanos a exigir que se haga efectivo el acceso incondicional a los servicios básicos de salud.

Para hacer realidad la democratización de la atención de la salud, México debe contar con un sistema al que tengan acceso todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas; que amplíe sus posibilidades de elección; que cuente con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones. Democratizar es, en suma, construir un sistema de, por y para la gente.

Para enfrentar cada uno de los retos antes señalados, se ha planteado *cuatro objetivos principales*:

1. • Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
2. • Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
3. • Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los

mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.

4. Fortalecer el sistema de salud.”³²

Se puede observar que el PND correspondiente al periodo 2001-2006, se planteó el objetivo de tener una "universalización" en la cobertura de servicios de salud mediante la creación del Sistema de Protección Social en Salud; el cual brinda servicios de salud a las personas que no están afiliadas a ninguna institución de seguridad social como el IMSS o e ISSSTE, también se buscó ofrecer protección financiera a las familias, para disminuir el gasto de bolsillo en salud, evitando así que las familias incurran en gastos catastróficos por concepto de servicios de salud.

Los objetivos de salud planteados en el plan nacional de desarrollo fueron parcialmente cumplidos pues aunque sí se ofreció una protección financiera a algunas las familias, esta protección es insuficiente ya que existen ciertos tratamientos que no están incluidos en el seguro popular.

Leonardo Lomelí Vanegas ³³ señala dos críticas hechas al seguro popular

1.-Existe una oferta limitada de servicios, ya que existen un conjunto de intervenciones mayores, tratamientos costosos y medicamentos que no se encuentran incluidos en el seguro.

2.-Profundización en la segmentación de los sistemas de salud públicos, en

³²DOF. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 .Publicado el 30/05/2001

³³ Lomelí Vanegas Leonardo "La salud y la seguridad social" Economía informa número 343 Facultad de economía.

lugar de avanzar hacia la creación de un sistema único.

PND 2007-2012

El Plan Nacional de Desarrollo elaborado para el periodo 2007-2012 dentro de su apartado de igualdad de oportunidades, establece lo siguiente en materia de salud:

“La falta de infraestructura moderna y la insuficiencia de insumos no generan los mismos efectos en la prestación de los servicios de salud de las diferentes dependencias puede llegar en algunas ocasiones hasta el 20%.

En cuanto a la cantidad de personal capacitado disponible en el sector salud, México tiene 1.85 médicos por cada mil habitantes, cifra inferior al promedio internacional deseable, que es de tres médicos. Cabe señalar que además de este indicador debe también atender la distribución geográfica de médicos.

La desigualdad se observa también entre instituciones. PEMEX, por ejemplo, tiene un promedio de tres médicos por cada mil derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos. Ello refleja que existen diferencias entre los servicios de salud que reciben derechohabientes del sector paraestatal.

La cobertura efectiva también es desigual. En conjunto, el Distrito Federal registra la mayor cobertura de servicios, que alcanza a 65.1% de la población, en tanto que Chiapas tiene un alcance de 54%.

Es evidente que la modernización de los servicios de salud requiere grandes inversiones para lograr los estándares deseables. *México destina 6.5% de su producto interno bruto al rubro de la salud*, cifra menor al promedio internacional.

[45]

El aumento de recursos financieros no basta para elevar la calidad de los servicios de salud. Se requiere del compromiso de sus médicos y enfermeras para brindar una atención más responsable, eficiente y amable. Si bien no es sólo en los servicios públicos donde se da un trato con frecuencia poco amigable, sí es en ellos donde se registra el mayor número de quejas de los usuarios en ese sentido.

El esfuerzo del Estado mexicano por hacer accesibles los servicios de salud a más personas, si bien se ha reflejado en una infraestructura hospitalaria y de servicios médicos de grandes dimensiones, se enfrenta al doble desafío de atender las llamadas enfermedades del subdesarrollo, como son la desnutrición y las infecciones que afectan principalmente a la población marginada, y padecimientos propios de países desarrollados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes.

Hacer frente a esta doble problemática representa un reto muy complejo, que para ser atendido adecuadamente requiere de la unión de recursos y compromisos entre la sociedad y los tres órdenes de gobierno. Esta suma de esfuerzos resulta indispensable para moderar las inequidades y acelerar el camino hacia la igualdad de oportunidades para los mexicanos, lo que es esencial para un progreso y una prosperidad compartidos.”³⁴

El PND 2007-2012 se plantea los siguientes objetivos (los tres objetivos anteriores corresponden al apartado de superación de la pobreza):

³⁴ DOF. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 .Publicado el 31/05/2007

<p>Objetivo 4 Mejorar las condiciones de salud de la población.</p>		
<p>ESTRATEGIA 4.1 Fortalecer los programas de protección contra riesgos sanitarios.</p>	<p>ESTRATEGIA 4.2 Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos.</p>	<p>ESTRATEGIA 4.3 Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.</p>
<p>Fuente:Elaboración propia con datos del PND 2007-2012</p>		

<p>Objetivo 5 Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.</p>		
<p>ESTRATEGIA 5.1 Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos.</p>	<p>ESTRATEGIA 5.2 Mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo.</p>	<p>ESTRATEGIA 5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.</p>
<p>Fuente:Elaboración propia con datos del PND 2007-2012</p>		

<p>Objetivo 6 Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.</p>		
<p>ESTRATEGIA 6.1 Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad.</p>	<p>ESTRATEGIA 6.2 Ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina.</p>	<p>ESTRATEGIA 6.3 Fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas. La tendencia en el incremento del consumo de drogas ha generado una demanda creciente de servicios especializados para la atención de problemas de adicciones; sin embargo, nuestro país aún carece de una red articulada, eficiente y suficiente de servicios</p>
<p>[47]</p>		
<p>Fuente:Elaboración propia con datos del PND 2007-2012</p>		

<p>Objetivo 7</p> <p>Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.</p>			
<p>ESTRATEGIA 7.1</p> <p>Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los</p>	<p>ESTRATEGIA 7.2</p> <p>Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los</p>	<p>ESTRATEGIA 7.3</p> <p>Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.</p>	<p>ESTRATEGIA 7.4</p> <p>Promover la concurrencia equitativa entre órdenes de gobierno para las acciones de protección contra riesgos</p>
<p>Fuente:Elaboración propia con datos del PND 2007-2012</p>			

<p>Objetivo 8</p> <p>Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.</p>		
<p>ESTRATEGIA 8.1</p> <p>Consolidar la investigación en salud y el conocimiento en ciencias médicas vinculadas a la generación de patentes y al desarrollo de la industrial nacional. México cuenta con los recursos y activos necesarios para generar investigación y conocimiento en ciencias de la salud. Sin embargo, la creación de nuevo conocimiento rara vez alcanza a materializarse en bienes comerciables y generadores de ingreso para sus autores y para el país en su conjunto.</p>	<p>ESTRATEGIA 8.2</p> <p>Garantizar un blindaje efectivo contra amenazas epidemiológicas y una respuesta oportuna a desastres para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional.</p>	<p>ESTRATEGIA 8.3</p> <p>Promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones.</p>
<p>Fuente:Elaboración propia con datos del PND 2007-2012</p>		

Plan Nacional de Salud 2001-2006

Estos objetivos (PND 2001-2006)habrían de concretarse mediante la implementación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y las segundas influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud.

PLAN NACIONAL DE SALUD 2001-2006	
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos	1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
	2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
2. Abatir las desigualdades en salud	3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
	4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud	5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
	6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud Hacia un sistema universal de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud	7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
	8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas	9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
	10. Fortalecer la inversión en recursos humanos ,investigación e infraestructura en salud.
Fuente: Elaboración propia con datos del PNS 2001-2006.	

Plan nacional de salud 2007-2012

Frente a los retos relacionados con la transición epidemiológica por la que atravesaba el país, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se planteó cinco objetivos .

Cada uno de estos objetivos está asociado a metas estratégicas que deberán cumplirse en el periodo 2007-2012 y que se describen a continuación:

PLAN NACIONAL DE SALUD 2007-2012	
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
1. Mejorar las condiciones de salud de la población	ESTRATEGIA 1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios.
	ESTRATEGIA 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas	ESTRATEGIA 3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.
	ESTRATEGIA 4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.	ESTRATEGIA 5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.
	ESTRATEGIA 6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud	ESTRATEGIA 7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona.
	ESTRATEGIA 8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector.
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.	ESTRATEGIA 9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.
	ESTRATEGIA 10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.
Fuente:Elaboración propia con datos del PNS 2007-2012	

De acuerdo a lo descrito en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud , en los PNS y PND se puede afirmar que la salud está descrita como un servicio que debe de tener toda persona en el territorio nacional independientemente de sus condiciones laborales ,de su género ,edad y sexo.

El concepto de servicios salud implica una amplia variedad de conceptos que deben de conocerse de manera detallada, para que de esta manera se identifiquen las principales enfermedades que aquejan a la población y se les dé un correcto tratamiento.

Los servicios de salud no solo se refieren al tratamiento de las enfermedades, también se refieren a la prevención de las mismas y a la investigación médica. La medicina preventiva es menos costosa que la medicina curativa.

Para que cualquier persona pueda tener acceso a los servicios de salud se adoptó un esquema diferente de afiliación al sistema de salud; (anteriormente para ser derechohabiente se debía contar con empleo formal es decir trabajar en empresas privadas o ser trabajador del estado) el nuevo esquema que plantea el seguro popular, en el cual se pueden afiliar familias que no cuenten con un trabajo dentro del sector formal , se podría estar incentivando a las personas a emplearse en la informalidad.

Observando los PND y los PNS de los periodos 2001-2006 y 2007-2012 se puede afirmar que se acepta que la cobertura de servicios de salud entre los mexicanos es insuficiente, debido a la falta de infraestructura, personal médico, e insumos necesarios para una atención eficaz y oportuna.

Es así que se establece el objetivo de lograr la universalización de servicios de salud , adoptando una serie de estrategias como una reforma financiera para proveer estos servicios y brindar protección financiera en materia de salud a la población.

4.-ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO Y DESARROLLO DEL SPSS

El objetivo de este capítulo es el de describir brevemente el desarrollo histórico del sistema de salud en México hasta la actualidad, señalar la evolución que ha tenido y las principales instituciones que forman parte de este sistema.

La OMS define a un sistema de salud de la siguiente manera:

“Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.”³⁵

De acuerdo con la definición de sistema de salud descrita anteriormente podemos afirmar que la creación del sistema de salud de México es relativamente reciente en comparación con los sistemas de salud de otros países(En el Reino Unido en 1911 con la aparición de la Ley Nacional Del Seguro de Salud ,EUA en 1798, con la creación del servicio de salud para la Marina, que derivó en la formación del Servicio de Salud Pública, y en

³⁵ Organización Mundial de la Salud “Temas de Salud”

http://www.who.int/topics/health_systems/es/

Alemania con la creación del sistema de seguridad social creado por Otto Bismarck, en 1883).

“Puede afirmarse que en México el hospital no desempeño funciones médicas, y la medicina no empezó a practicarse en el ámbito hospitalario sino hasta 1905, año en el que se inauguró el Hospital General de México.....”³⁶

Fue en 1917 donde se reconoció que el gobierno debería de intervenir en la salud, creando dos organismos orientados a la salud: el Departamento de Salubridad pública y el Consejo de Salubridad General, en ese mismo año se estableció en la Constitución el capítulo IV del artículo 123 el cual trata acerca de los derechos que tienen los trabajadores en materia de accidentes laborales, enfermedades y seguridad laboral.

En 1922 se creó la primera escuela de salubridad de América Latina, la cual tenía como objetivo formar al personal que laboraría en las instituciones de salud. Para 1931 se establecieron los Servicios de Higiene Rural, y cinco años más tarde se crearon los Servicios Médicos Ejidales Cooperativos (después se denominarían Servicios Médicos Rurales Cooperativos) , los cuales contaban con recursos estatales, municipales y de los beneficiarios.

Posteriormente en 1937 se creó la primera “estructura independiente del gobierno que participó en labores de asistencia médica”³⁷ el Departamento de

³⁶ Frenk Julio y Gómez Dantés Octavio “Para entender el sistema de salud de México” Ediciones Nostra, Primera edición .Pág. 20.

³⁷ Frenk Julio y Gómez Dantés Octavio “Para entender el sistema de salud de [53]

Asistencia Social Infantil que en ese mismo año se unió con la Junta de Beneficencia Pública para crear la Secretaría de Asistencia Pública , la cual atendería a toda la población.

Un año más tarde se fusionaría el Departamento de Salubridad Pública con la Secretaría de Asistencia Pública para crear así la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La aparición del sistema de salud en México tiene sus inicios en con la creación de la Secretaria de salubridad y asistencia en 1943, el Instituto Mexicano de Seguridad Social y el Hospital infantil de México. “1943 es el año fundacional de nuestro sistema contemporáneo de salud.”³⁸

El IMSS es una institución tripartita (es decir tiene aportaciones del Estado, de los patrones y de los trabajadores), esta institución se encarga de asegurar a los trabajadores de empresas privadas, es decir a todas aquellas personas que no trabajaran para el Estado. En un principio inicio la prestación de servicios solo en el DF pero 4 años más tarde el IMSS ya prestaba sus servicios en Puebla, Monterrey, Orizaba y Guadalajara.

En 1944 también se crearon instituciones como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Instituto Nacional de Cardiología.

“Desde sus orígenes el sistema mexicano se salud , estuvo marcado por la

México” Ediciones Nostra, Primera edición .Pág. 22

³⁸ IBID .Pág. 24.

[54]

escisión entre aquellos que tenían derechos en salud legalmente definidos , a los que se les llamo *derechohabientes* y aquellos que eran sujetos de la acción asistencial del Estado y que por lo mismo contaban con derechos poco precisos , a los que se les denominó *población abierta* .Se pensaba que eventualmente todos los trabajadores se incorporarían a la economía formal y, por lo mismo , se afiliarían al IMSS, dejándole a las instituciones de asistencia un papel marginal”.³⁹

En 1964 se reformó el artículo 123 constitucional para otorgar un “rango constitucional” a los derechos laborales y sociales de los trabajadores del Estado, de esta manera se transformó la Dirección General de Pensiones Civiles en el ISSSTE.

En 1979 se creó el programa IMSS-COPLAMAR el cual contaba con “3025 unidades médicas y 60 hospitales rurales”⁴⁰ .

A pesar de la creación de estas instituciones, muchas personas no tenían acceso a los servicios de salud y recurrían principalmente a los servicios médicos privados; además de que México enfrentaba un perfil epidemiológico diferente en su población, incrementándose las enfermedades derivadas del estilo de vida y consumo de las personas (Cáncer, Diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.)

Así en 1982 se creó la Coordinación Servicios de Salud de la Presidencia de la

³⁹ IBID Pág. 24.

⁴⁰ IBID. .Pág.26

República con el objetivo de evaluar los servicios públicos de salud para asegurarse de que estos alcanzaran a atender a toda la población del país. Gracias a esto un año más tarde se hicieron varias reformas, en las cuales destacan el establecimiento del derecho a la protección de la salud en la Constitución, se promulgó la Ley General de Salud, se le cambió el nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por Secretaría de Salud y se crearon los Servicios Estatales de Salud (SESA) descentralizando de esta manera los servicios de salud para la población no asegurada.

Años más tarde se crearían algunas instituciones y programas de salud como:

- Instituto Nacional de Salud Pública(1987).
- Programa de vacunación universal (1991).
- Fundación Mexicana para la salud (1995).
- Programa de Ampliación de Cobertura y del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA)(1996).
- Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)(2001).

El sistema de salud hasta esa fecha estaba estructurado en 3 partes:

1. Las instituciones Públicas que atendían a toda aquella población que no estaba asegurada o que no era derecho habiente ninguna de instituciones de seguridad social.
2. Las instituciones de seguridad social IMSS ISSSTE, ISSFAM y PEMEX, las cuales atendían a los trabajadores del gobierno y a los trabajadores de empresas privadas principalmente.
3. Las instituciones pertenecientes al sector privado (hospitales, unidades médicas, consultorios, etc.)

Programa piloto salud para todos

En 2001 es creado el programa piloto “salud para todos”, el cual inicialmente solo operaba en 5 estados de la República Mexicana (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), y tenía el objetivo de otorgar protección en materia financiera a aquellas personas que no estuvieran afiliadas a alguna institución de seguridad social, para que por medio de este aseguramiento, se disminuyera el gasto que efectuaban las familias por cuestiones de salud.

El esquema de financiamiento del SPS era Bipartita, es decir tenía dos fuentes de ingresos: los ingresos derivados por las aportaciones familiares, y los ingresos provenientes del gobierno federal.

“El programa “Salud para todos” mejor conocido como el Seguro Popular de Salud (SPS) respondía a tres objetivos principales:

1. Brindar protección financiera a la población que carecía de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
2. Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del SPS.
3. Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.”⁴¹

⁴¹ Hernández López Diana, “Los retos de la salud en México: hacia a universalización” en Cabrera Adame Carlos Javier, Gutiérrez Lara Abelardo Aníbal “*La Protección social en México*”. Pág. 149.

Posteriormente en 2002, 16 estados más se unieron a este esquema (Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Morelos, Oaxaca, Quintana Roo, San Luís Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas), logrando así una afiliación total de 295 mil 513 familias.

“Al final de su primer año el SPSS contaba con un total de 295,513 familias afiliadas y una cuota promedio de 86 pesos por familia.”⁴²

Modificación a la Ley General de Salud (creación del SPSS).

Finalmente el 15 de mayo de 2003, en el Diario Oficial de la Federación se agrega un Título a la Ley General de Salud denominado “De la Protección Social en Salud” comprendiendo los artículos 77 Bis 1 al 77 Bis 41 y con dicha reforma el seguro popular dejó de ser un programa gubernamental y se convirtió en ley.

En el 2003 se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), como un mecanismo para garantizar a la población no beneficiaria de otros sistemas de seguridad social (IMSS, ISSSTE), el acceso a los servicios de salud (médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios) que satisfagan las necesidades básicas a través de intervenciones de promoción, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y de aceptabilidad social.

⁴² Ibíd. , Pág.150.

El 15 de mayo del mismo año, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (D.O.F.) el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud mediante el cual se crea el SPSS.

Con esta reforma el esquema de financiamiento cambió a un esquema tripartita, añadiendo a los ingresos del gobierno federal y las aportaciones familiares, el ingreso por parte de las entidades federativas.

Funcionamiento del SPSS

El SPSS otorga cobertura todas aquellas personas que no se encuentran afiliadas a ninguna institución de seguridad social, es decir otorga servicios de salud, a las personas que están desempleadas, o se encuentran empleadas en la informalidad.

Las personas afiliadas al Seguro Popular tienen acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos, y hospitalarios para satisfacer de manera integral sus necesidades de salud

Para afiliarse al Seguro Popular es necesario residir en México, no estar afiliado a ninguna otra institución de seguridad social, contar con la Clave Única de Registro de Población (CURP) y pagar una cuota familiar de acuerdo a un estudio socio económico que les es realizado a las personas el con lo que se establece las cuotas de acuerdo al decil en el que se encuentran las familias.

El Seguro Popular, a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causas) otorga la atención médica de 284 intervenciones(primer y segundo nivel de atención),representando así una cobertura de más de mil 500 enfermedades.

Las intervenciones de primer nivel son aquellos padecimientos por los que se acude a una clínica o centro de salud; mientras que las intervenciones de segundo nivel son aquellas que por lo general requieren hospitalización.

Las más de mil 500 enfermedades financiadas por el Seguro Popular comprenden rubros de : Urgencias ,salud bucal,Ortopedia ,traumatología ,reumatología ,rehabilitación ,estomatología ,salud mental y adicciones ,ginecología y obstetricia , pediatría, dermatología, etc.

Por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); el Seguro Popular aporta los recursos económicos para la cobertura de 58 intervenciones de alta especialidad (tercer nivel de atención) agrupadas en 17 enfermedades⁴³:

1. Cáncer cérvico-uterino.
2. VIH / sida.
3. Cuidados intensivos neonatales.
4. Cataratas.
5. Todos los tipos de cáncer en niños y adolescentes (hasta los 18 años).
6. Trasplante de médula ósea en menores de 18 años
7. Trasplante de médula ósea en mayores de 18 años.
8. Cáncer de mama.

⁴³ Seguro Popular “Cobertura médica” <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>
[60]

9. Cáncer testicular.

10. Linfoma no Hodgkin = cáncer ganglionar.

11. Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos.

12. Trasplante de córnea.

13. Enfermedades lisosomales en menores de 10 años (éstas impiden procesar el azúcar y las proteínas).

14. Hemofilia en menores de 10 años.

15. Infarto agudo al miocardio en menores de 60 años.

16. Cáncer de próstata y

17. Trasplante de riñón.

La servicios de salud que presta el Seguro Popular, se modifican incorporando nuevas enfermedades y padecimientos, debido al entorno tan cambiante que se vive hoy en día, además se toma en cuenta el perfil epidemiológico de la población, así como su estilo de vida para que de esta manera se atienda a la población de la mejor manera posible; los servicios que presta el seguro son modificados previa aprobación y autorización del Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud.

Con el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), todas las intervenciones médicas para menores de cinco años, no consideradas en el Causes ni en el FPCG, están cubiertas. Es decir que a través del SMNG, la cobertura es total (131 intervenciones).⁴⁴

El SPSS es coordinado por la federación y los servicios de salud de cada estado, los cuales lo administran por medio de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) los cuales tienen las funciones de administrar los recursos , dar atención a las familias afiliadas y supervisar a los prestadores de los servicios .

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa que se encarga de la provisión de los servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud (SEGURO POPULAR). Trabaja de manera coordinada con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.

La Comisión busca brindar a la población que no cuenta con seguridad social, el acceso a un esquema de protección financiera que proteja la salud y el patrimonio de las familias.

⁴⁴ IBID..

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) se creó con el objetivo de ayudar a financiar a aquellas familias que padezcan enfermedades, que representen un alto costo provocando así un gasto catastrófico.

Recursos del SPSS.(Aportaciones : gobierno federal , estatales, , cuotas familiares y fondos).

Los recursos con los que cuenta el SPSS provienen de 4 fuentes principales:

- 1.-Las aportaciones que hace el gobierno federal.
- 2.-Las aportaciones que hacen los gobiernos estatales.
- 3.-Las cuotas familiares que aportan los afiliados al SPSS.
- 4.-Dos Fondos:
 - Fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad.
 - Fondo de protección contra gastos catastróficos.

Las aportaciones que hace el gobierno federal, están descritas en la Ley General de Salud Artículo 77 bis el cual menciona lo siguiente:" El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual será equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará anualmente de conformidad con la variación anual observada en el índice Nacional de Precios al Consumidor."⁴⁵

⁴⁵ México. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud .Ultima reforma publicada en el DOF el 07-06-2012.

Las aportaciones que hacen los gobiernos estatales también se encuentran descritas en el mismo artículo:

“El Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por persona beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación mínima de los estados y del Distrito Federal por persona será equivalente a la mitad de la cuota social .

II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.

La fórmula a que hace referencia la fracción II de este artículo incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo, proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la Ley.”⁴⁶

⁴⁶ IBID.

Respecto a las cuotas familiares, se establecen de acuerdo al nivel de ingresos que tengan las familias afiliadas, para saber su nivel de ingreso, se les aplica un estudio socioeconómico el cual establece las cuotas que deberán pagar.

Las cuotas familiares del SPSS publicadas el 15 de febrero de 2011 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), son:

DECIL DE INGRESO	CUOTA FAMILIAR ANUAL EN PESOS
I	-
II	-
III	-
IV	-
V	2,074.97
VI	2,833.56
VII	3,647.93
VIII	5,650.38
IX	7,518.97
X	11,378.86

Fuente: Cuotas de afiliación. www.seguro-popular.salud.gob.mx/

El Fondo de Aportación para los Servicios de Salud (FASS) tiene el objetivo de aportar recursos para realizar las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad.

La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida. Dicha fórmula deberá tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del fondo y proporcionará la información utilizada para el cálculo, así como de la utilización de los mismos, al Congreso de la Unión.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) tiene el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo las cuales provoquen gastos catastróficos.

Se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud.

También se usaran los recursos de este fondeo para fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia.

Con la finalidad de racionalizar la inversión en infraestructura de instalaciones médicas de alta especialidad y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable de los servicios, la Secretaría de Salud emitirá un plan maestro al cual se sujetaran los servicios estatales de salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

No se considerarán elegibles para la participación en los recursos del fondo que se establezca en los términos del presente Capítulo las instalaciones médicas de alta especialidad que no cuenten con el certificado que para el efecto expida la Secretaría de Salud

5.-EVALUACIÓN DEL SPSS EN BASE A LA METODOLOGÍAS PBR.

Definición y uso de indicadores.

Un indicador es un instrumento utilizado para medir o cuantificar algún fenómeno o variable con el objetivo de facilitar su estudio. Los indicadores son útiles para poder medir con claridad, los resultados obtenidos con la aplicación de programas y procesos, con el fin de obtener un diagnóstico.

“Un indicador permite identificar las diferencias entre los resultados esperados y los obtenidos para la toma de decisiones, también es útil para fijar un

objetivo en particular y así alinear los esfuerzos hacia la realización de las metas establecidas.”⁴⁷

Existen diferentes tipos de indicadores:

Eficiencia: Consultas realizadas por hora, número de horas de atención por paciente en 24 horas etc.

Calidad: Porcentaje de usuarios satisfechos, promedio de infecciones hospitalarias mensuales atendidas.

Impacto: Tasas de mortalidad y morbilidad, esperanza de vida, porcentaje de ocupación etc.

Cobertura: Porcentaje de población con acceso a los servicios de salud, promedio de camas por habitante.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público tiene una metodología para realizar indicadores en la cual se menciona lo siguiente :

“Un indicador de desempeño, es la expresión cuantitativa construida a partir de variables cuantitativas o cualitativas, que proporciona un medio sencillo y fiable para medir logros (cumplimiento de objetivos y metas establecidas), reflejar los cambios vinculados con las acciones del programa, monitorear y evaluar sus resultados.

El indicador se debe aplicar en la planeación y la programación, para utilizarse en el seguimiento y en la evaluación de los planes y programas.

⁴⁷ SHCP.”Guía para el diseño de indicadores estratégicos

“http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/programacion/programacion_2011/guia_indicadores_estrategicos.

En tales términos, el indicador debe entenderse que siempre es de desempeño (cumplir con el cometido).”⁴⁸

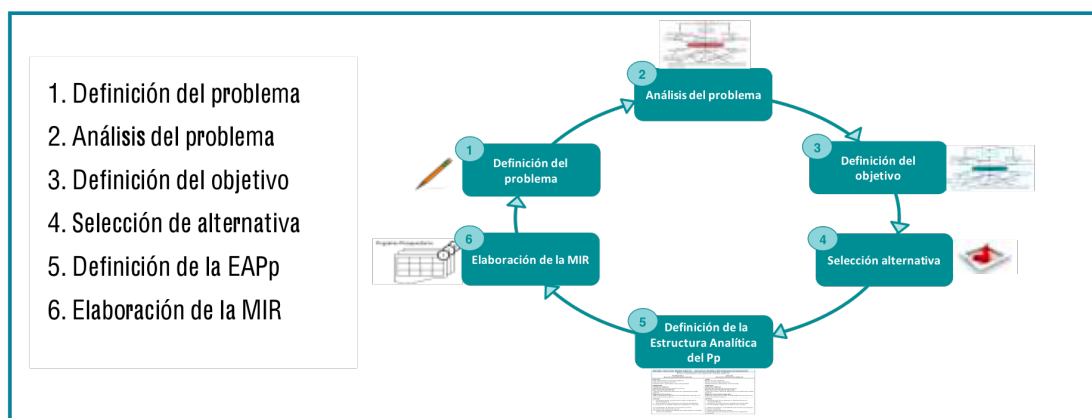
Metodología del Marco Lógico (MML)

Esta metodología permite diseñar, establecer, ejecutar y evaluar planes y programas desarrollados por el gobierno.

Permite presentar de manera clara y ordenada los objetivos de un plan o programa en específico; identificar factores que puedan afectar a los objetivos planteados y permiten evaluar el desempeño de el plan o programa implementado por etapas.

Cuadro 1.4 Metodología del Marco Lógico.⁴⁹

Para la adecuada aplicación de la MML deben seguirse las siguientes etapas:



⁴⁸ IBID.

⁴⁹ IBID.

Ventajas de la Metodología del Marco Lógico (MML)

La MML proporciona una serie de ventajas para analizar el presupuesto de los planes y programas; entre las ventajas más importantes se encuentran:

La MML provee un análisis detallado de los planes y programas, proporciona además una evaluación del destino del gasto público asignado a dichos programas. Implica que las personas que participan en la ejecución de los programas también participen en los objetivos, indicadores y metas del mismo.

Esta metodología alinea los objetivos de los planes o programas con los objetivos de los Planes Nacionales de Desarrollo (PND) , ayuda a crear una metodología “estandarizada” en los planes y programas presupuestarios facilitando así su análisis y comprensión; ayuda a resumir la información de mayor importancia de un plan o programa determinado(MIR).

	Niveles de objetivos	Especificaciones
Estratégico	Fin	N.A.
	Propósito	N.A.
	Componente	Si incluyen subsidios, bienes y/o servicios que impactan directamente en la población o área de enfoque
Gestión	Componente	Si no incluyen subsidios, bienes y/o servicios que impactan directamente en la población o área de enfoque
	Actividad	N.A.

Fuente: SHCP “Guía para la elaboración de indicadores estratégicos.

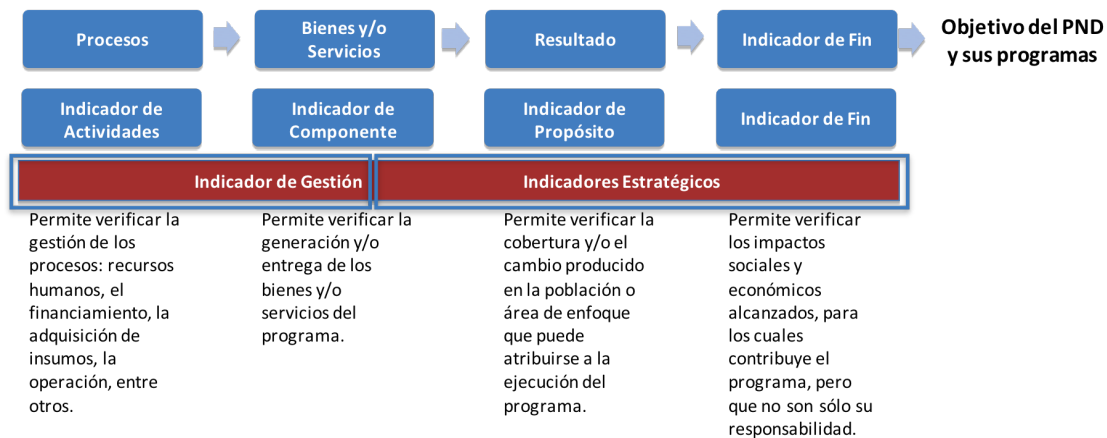
Para la construcción de la MIR (Matriz de Indicadores de Resultados) existen dos tipos de indicadores:⁵⁰

Indicadores Estratégicos-miden el nivel de cumplimiento de los planes o programas , ayudan a mejorar o corregir las estrategias para alcanzar los objetivos planteados, incluyen otros indicadores (Fin y Propósito) así como bienes , servicios y subsidios que impactan directamente en la población objetivo o área deseada.

Indicadores de Gestión-miden los logros y progresos (la forma en que bienes o servicios son entregados y generados), incluyen a los indicadores de actividades y aquellos de componentes que entregan bienes y servicios para ser utilizados por terceros.

El cuadro 1.2 describe la clasificación de los indicadores según la SHCP.

⁵⁰ IBID.



Fuente: SHCP “Guía para la elaboración de indicadores estratégicos.

Elaboración de Indicadores

Para la construcción de indicadores es necesario tener en cuenta varios aspectos⁵¹:

- *Nombre del Indicador* -no debe repetir el objetivo, debe de ser claro, no debe de contener el método de cálculo, no debe de reflejar una acción y debe de ser lo más concreto posible.
- *Dimensión a medir*- Si corresponde a eficacia deberá medir el nivel de cumplimiento de objetivos, si es de eficiencia deberá medir que tan bien se usan los recursos, si pertenece a calidad, buscara evaluar los bienes

⁵¹ SHCP .”Guía para el diseño de indicadores estratégicos

“http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/programacion/programacion_2011/guia_indicadores_estrategicos

y servicios producidos por el programa respecto a referencias externas, por último si su dimensión corresponde a economía, el indicador deberá medir la capacidad de generar y movilizar los recursos financieros.

- *Definición*- debe ayudar a entender la utilidad del indicador y no debe de repetir el nombre del indicador ni el método de cálculo.
- *Método de cálculo*- debe de expresar de manera breve las características de las variables con el uso de símbolos matemáticos, y debe de contener la fuente de la información.
- *Unidad de Medida*- deberá de corresponder con el método de cálculo del indicador.
- *Frecuencia de medición*- La frecuencia de medición mínima a utilizar es mensual, es decir no realizar reportes por debajo de mensual (semanal o diario).

Indicadores de Fin: Periodicidad máxima SEXENAL (mínimo debe medirse una vez en el sexenio, sexenal, bienal, anual).

Indicadores de Propósito: Periodicidad máxima de preferencia ANUAL (mínimo debe medirse una vez al año, anual, semestral).

Indicadores de Componente: Periodicidad máxima SEMESTRAL (mínimo debe medirse una vez al semestre, semestral, trimestral)

Indicadores de Actividad: Periodicidad máxima TRIMESTRAL. (Mínimo debe medirse una vez al trimestre trimestral, mensual).

Si la frecuencia es mayor a anual, se deberá tomar en cuenta el año de la línea base, para que en el año que corresponda (año de línea base más dos, si es bienal; año de línea base más tres, si es trienal; año de línea base más cinco si es quinquenal.) se determinen metas y establezcan calendarios

- *Línea base*- es el valor que se establece como punto de partida para la evaluación del indicador.
- *Metas*- deben de ser cuantificables, relacionadas con el objetivo, deben de estar orientadas a la mejora, y deben de ser factibles de realizar.

- *Sentido del indicador*- es la dirección que debe de tomar el comportamiento del indicador, para poder evaluar si su desempeño ha sido positivo o negativo.
- *Parámetros de semaforización*- Para poder dar seguimiento, realizar la evaluación adecuada y contar con elementos para la toma de decisiones, deberán establecerse los **parámetros de semaforización** que identifiquen si el cumplimiento del indicador fue el adecuado o esperado.

Mediante los parámetros de semaforización se indica cuando el comportamiento del indicador es: Aceptable (verde) Con riesgo (amarillo) Crítico (rojo)

Los parámetros de semaforización se establecen de acuerdo al sentido del indicador respecto a la meta (sentido ascendente o descendente).

El siguiente cuadro muestra un resumen de los indicadores de desempeño.

Cuadro 1.3 Indicadores de Desempeño

Indicadores de Desempeño				
Medición del seguimiento y evaluación				
Se identifican para	Objetivos de Actividad del Pp	Objetivos de Componente del Pp	Objetivos de Propósito del Pp	Objetivos de Fin del Pp
Miden	Gestión de procesos	Generación y/o entrega de bienes y servicios	Cobertura y/o el cambio producido en la población objetivo	Impactos sociales y económicos alcanzados
Son del tipo	Gestión	Estratégico		
Dimensiones que miden	Eficacia			
	Eficiencia			
	Economía			
	Calidad			
Cantidad recomendada	1 por Objetivo	1 por Objetivo	1 por Objetivo	1 por Objetivo
Frecuencia máxima de medición recomendada	Trimestral	Semestral	Anual	Sexenal

Fuente: SHCP “Guía para la elaboración de indicadores estratégicos”.

Evaluación del SPSS con base en indicadores

En esta última parte de la investigación se utilizara la Metodología del Marco Lógico(MML) para la evaluación del SPSS y dicha evaluación se basará en la Matriz de Indicadores de Resultados(MIR).

De acuerdo a la MML el primer paso es definir el problema que se desea resolver, para esto se usará el diseño del “árbol del problema”, el cual permite identificar el problema, su comportamiento y sus consecuencias.

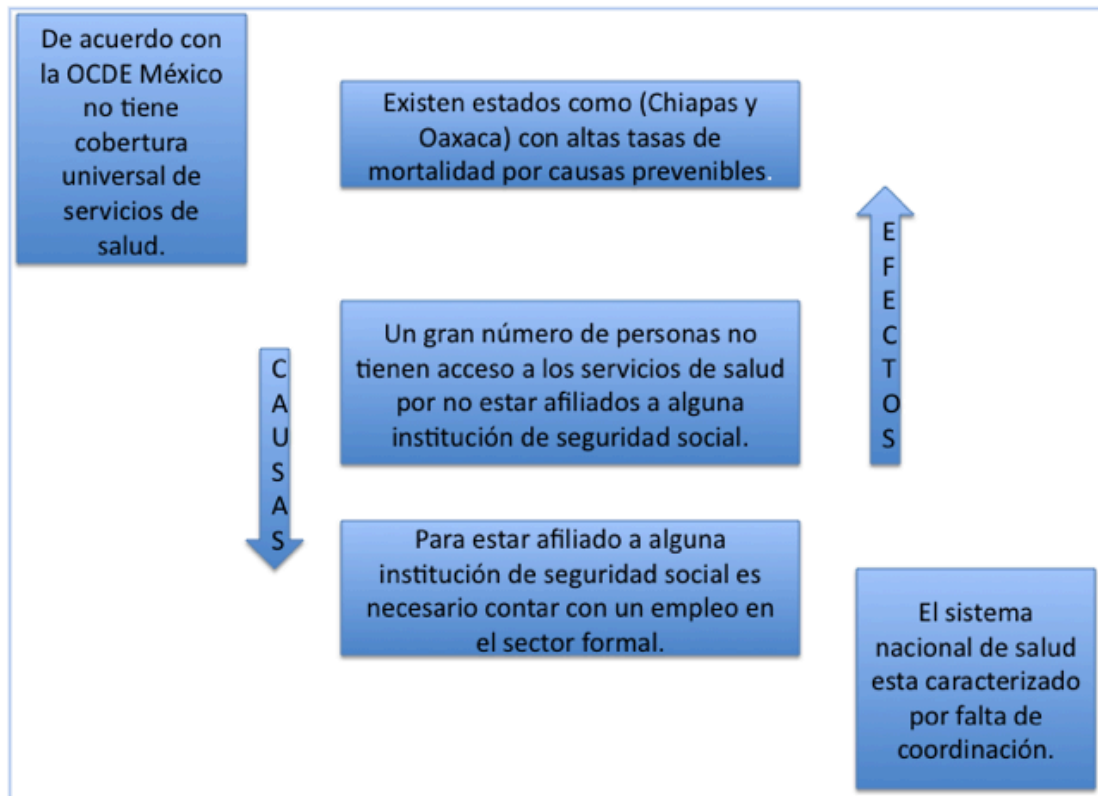
En este caso los problemas principales son :

- El perfil epidemiológico complejo y cambiante que enfrenta la población mexicana,
- Un gran número de personas que no tenían acceso a los servicios de salud y muchas veces estas personas incurren en gastos catastróficos por cuestiones de salud.

Estos problemas motiva la intervención del gobierno, ya que las personas que no se encuentran empleadas en el mercado laboral formal no tienen acceso a servicios de salud, y al ser un derecho constitucional el acceso a los servicios de salud , el gobierno debe de proporcionar a estas personas la oportunidad de poder atenderse en alguna institución de salud.

Es por eso que en el 2003 se creó el programa piloto “Salud para todos” hoy conocido como el “Seguro Popular” el cual tiene el objetivo de dar proveer servicios médicos a toda esa población que no está afiliada a alguna institución de seguridad social y a las personas de bajos niveles de ingresos que podrían incurrir en gastos catastróficos por conceptos de atención de la salud.

Cuadro 1.4 Árbol del problema⁵²



Una vez definido el problema y presentado sus objetivos a lo largo de este trabajo de investigación podemos elaborar algunos indicadores que permitan analizar el SPSS detalladamente.

⁵² Elaboración propia. Con datos propios de la investigación.

Se debe aclarar que en esta evaluación del SPSS no se utilizaran los indicadores que aparecen en la página WEB del Seguro Popular , ya que al ser una “evaluación externa” se consideró más apropiado realizar indicadores propios con el fin de obtener un análisis más objetivo de este sistema, además se pudo observar que los indicadores de la página WEB del seguro popular solo son presentados como “alcanzados” y aunque presentan como fueron realizados, no están disponibles las series con las cuales fueron elaborados.

Construcción de indicadores

De acuerdo a la Guía para la creación de indicadores de la SHCP, la construcción del indicador comenzaría de la siguiente manera:

Nombre del indicador

Dimensión a medir

Definición

Método de cálculo

Unidad de medida

Frecuencia de medición

Línea base

Metas

Sentido del indicador

Parámetros de semaforización

Se debe de hacer una aclaración en cuanto a los apartados correspondientes a metas del indicador, sentido del indicador y a los parámetros de semaforización; estos tres casos no aplican para los objetivos de esta investigación ,pues estos tres rubros corresponden a instituciones que construyen un indicador con el objetivo de establecer metas y evaluarlas, y

[76]

como un objetivo particular de esta investigación ,es el de hacer un análisis del presupuesto ejercido por el seguro popular ,para poder determinar si realmente el gasto en creación de infraestructura está relacionado con el objetivo de universalización de cobertura de servicios de salud , no se les definió.

Hecha esta aclaración se utilizara la Metodología del Marco Lógico para analizar el destino del gasto ejercido por el SPSS.

De acuerdo a la Guía para la creación de indicadores de la SHCP, la construcción del indicador comenzaría de la siguiente manera:

Indicadores

Nombre del indicador –Porcentaje de las familias en situación de pobreza que están afiliadas al SPSS

Dimensión a medir –Eficacia.

Definición- Porcentaje de las familias que pertenecen al primer y segundo decil de ingreso que están afiliadas al SPSS.

Método de cálculo-familias afiliadas pertenecientes al primer y segundo decil de ingreso $\times 100$ /total de familias afiliadas.

Unidad de medida –Porcentaje.

Frecuencia de medición –Anual.

Línea base -2007

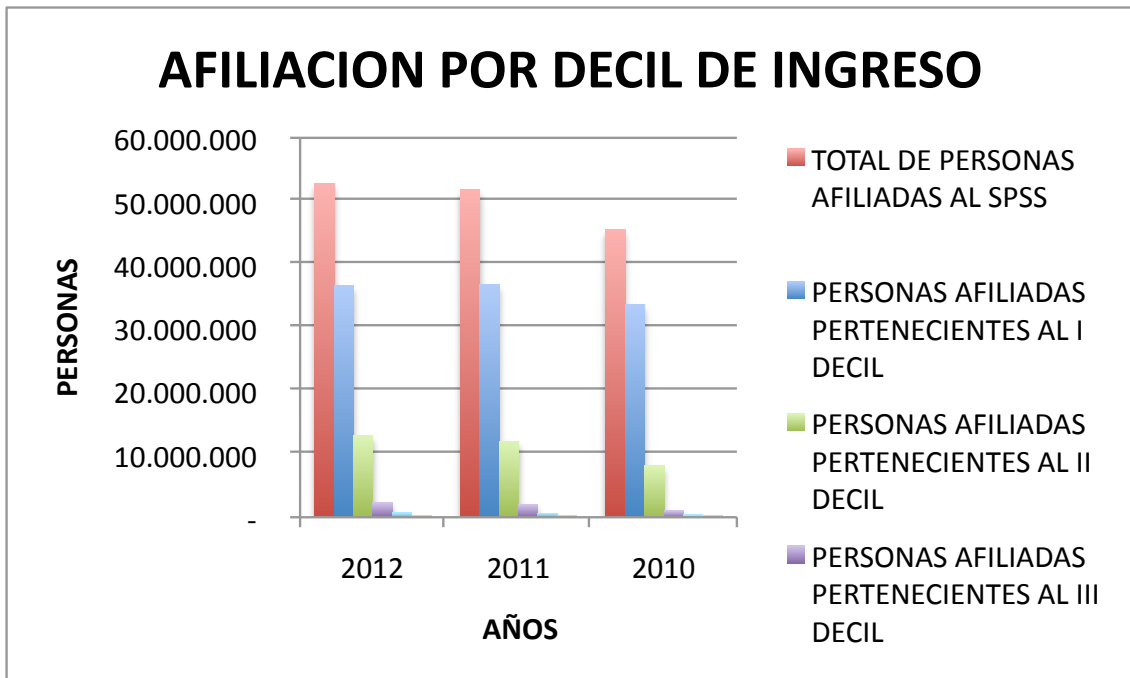
Metas

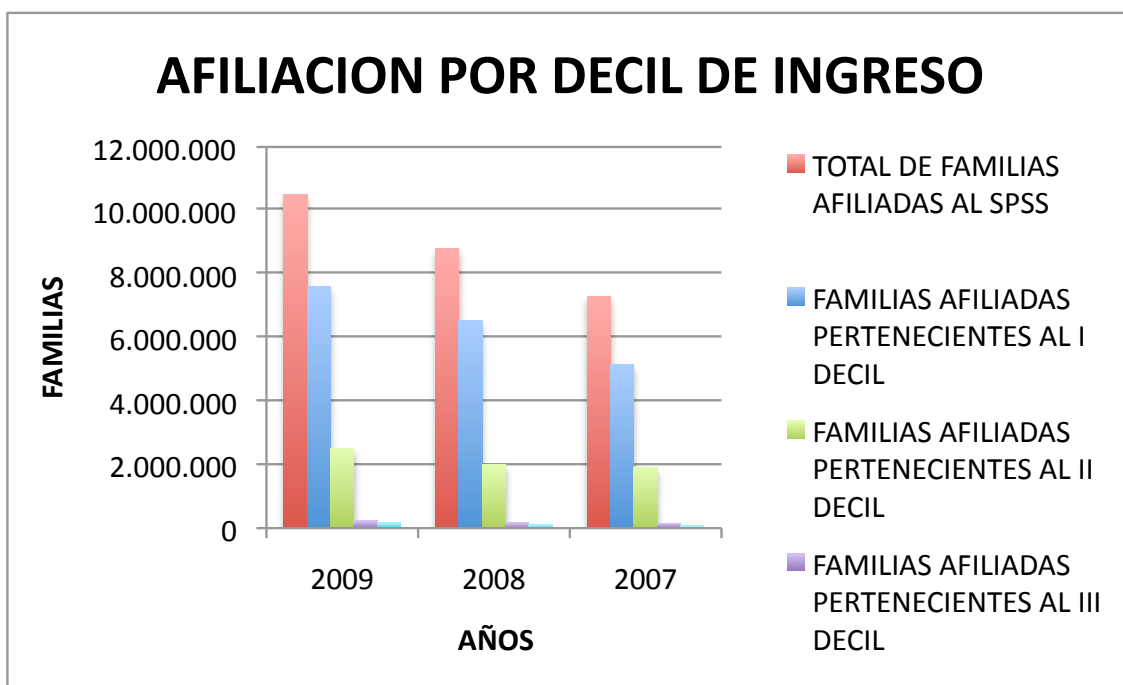
Sentido del indicador

Parámetros de semaforización

AÑO	TOTAL DE PERSONAS AFILIADAS AL SPSS	PERSONAS AFILIADAS PERTENECIENTES AL I DECIL	%	PERSONAS AFILIADAS PERTENECIENTES AL II DECIL	%	PERSONAS AFILIADAS PERTENECIENTES AL III DECIL	%	PERSONAS AFILIADAS PERTENECIENTES AL IV DECIL	%	PERSONAS AFILIADAS PERTENECIENTES DEL DECIL V AL X	%
2012	52,738,355	36,570,382	69	12,857,148	24	2,301,066	4	708,505	1	301,254	0.57
2011	51,823,314	36,803,535	71	12,038,071	23	2,024,771	4	646,875	1	310,062	0.60
2010	45,518,719	33,621,869	74	8,203,923	18	1,061,337	2	387,681	1	243,949	0.54
AÑO	TOTAL DE FAMILIAS AFILIADAS AL SPSS	FAMILIAS AFILIADAS PERTENECIENTES AL I DECIL	%	FAMILIAS AFILIADAS PERTENECIENTES AL II DECIL	%	FAMILIAS AFILIADAS PERTENECIENTES AL III DECIL	%	FAMILIAS AFILIADAS PERTENECIENTES DEL DECIL IV AL X	%		
2009	10,514,325	7,617,586	72	2,498,586	24	232,880	2	165,273	2		
2008	8,812,918	6,526,804	74	2,011,699	23	172,465	2	101,950	1		
2007	7,293,539	5,148,554	71	1,915,877	26	159,665	2	69,463	1		

Fuente: Elaboración propia con datos de los informes de resultados del SPSS.





Resumen del indicador:

Este indicador representa el porcentaje del total de familias afiliadas al SPSS pertenecientes a los primeros deciles de ingreso (para los años 2010 , 2011 y 2012 el total de familias afiladas al SPSS cambia por el número de personas afiliadas, explicando así ese gran incremento en términos absolutos).

Debe mencionarse que la para la elaboración de este indicador se tomaron los datos disponibles en los informes de resultados del SPSS(solo están disponibles los informes de resultados a partir del 2007).

También es importante mencionar que la metodología de este indicador presenta una diferencia que proviene de los informes de resultados ; para los años 2007 a 2009 se agrupan del cuarto al ultimo decil en un solo rubro y para el periodo 2010-2012 se separa el cuarto decil en un rubro y se agrupan del quinto al ultimo decil en otro rubro.

En general puede observarse que las familias/personas afiliadas al SPSS son principalmente familias pertenecientes al primer decil de ingreso, representando en promedio un 70% del total (aunque en 2008 se alcanzó el 74% de afiliación de familias provenientes al primer decil de ingreso y en el 2012 se registró un 69%); las familias afiliadas pertenecientes al segundo decil representan un 25% en promedio (aunque el porcentaje de afiliación correspondiente a este decil de ingreso ha ido disminuyendo), el 5% restante de personas afiliadas están distribuidas entre el cuarto y el décimo decil de ingreso.

Con la información que nos provee este indicador se puede afirmar que el “Seguro Popular” realmente sí está atendiendo a personas pertenecientes a los primeros deciles de ingreso, los cuales son los más pobres, el 90% de las personas afiliadas al SPSS pertenecen a los dos primeros deciles de ingreso, cumpliendo así el objetivo de otorgar cobertura en materia de servicios de salud a las personas más pobres.

Nombre del indicador - Porcentaje de cumplimiento de afiliación de personas al SPSS.

Dimensión a medir – Eficacia.

Definición – Porcentaje de cumplimiento de afiliación al SPAA

Método de cálculo – $\frac{\text{Personas afiliadas por año} \times 100}{\text{personas programadas de afiliar por año}}$.

Unidad de medida – Porcentaje.

Frecuencia de medición – Anual.

Línea base – 2003.

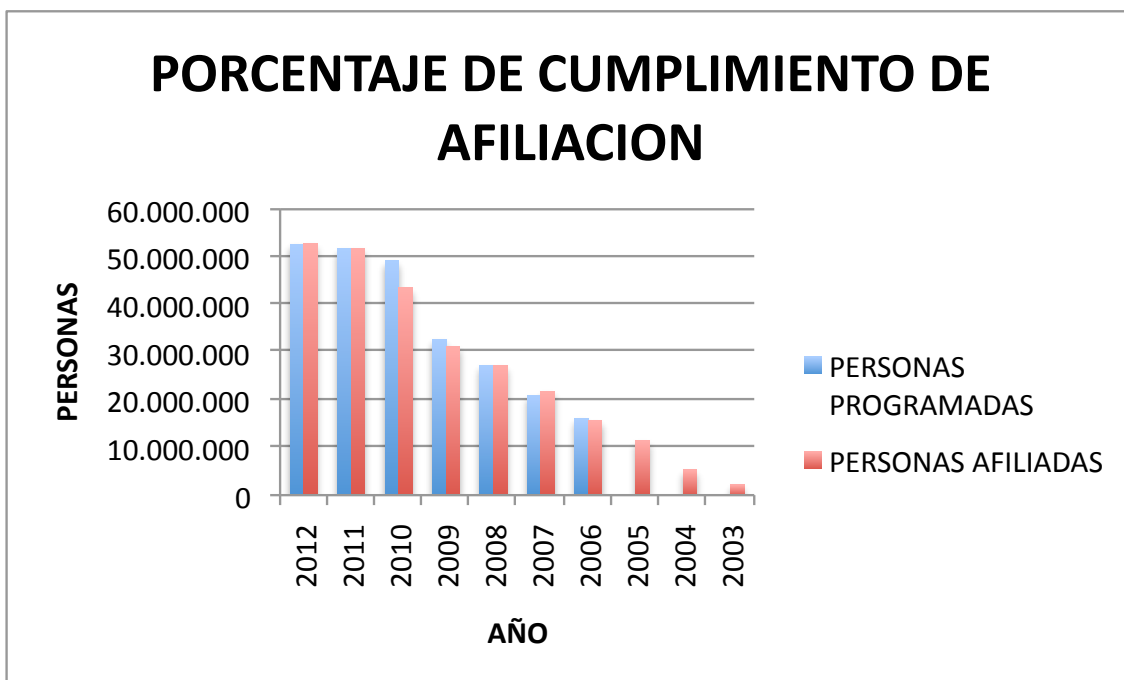
Metas – N.A.

Sentido del indicador – N.A.

Parámetros de semaforización- N.A.

AÑO	PERSONAS PROGRAMADAS	PERSONAS AFILIADAS	% DE CUMPLIMIENTO
2012	52,630,454	52,828,920	100.40%
2011	51,747,079	51,823,314	100.10%
2010	49,148,823	43,518,719	88.50%
2009	32,638,125	31,132,949	95.40%
2008	27,203,898	27,176,914	99.90%
2007	20,979,486	21,834,619	104.10%
2006	16,066,024	15,672,374	97.50%
2005	ND	11,404,861	ND
2004	ND	5,318,289	ND
2003	ND	2,224,411	ND

Fuente :Elaboración propia con datos de los informes de resultados del SPSS



INGRESO PROMEDIO DE LOS HOGARES, POR DECILDE INGRESO (TRIMESTRAL)								
AÑO	DECILES	INGRESO PROMEDIO TRIMESTRAL	AÑO	DECILES	INGRESO PROMEDIO TRIMESTRAL	AÑO	DECILES	INGRESO PROMEDIO TRIMESTRAL
2008	I	2 168	2010	I	2 158	2012	I	2 291
	II	6 699		II	6 344		II	5 998
	III	11 476		III	10 577		III	9 882
	IV	15 949		IV	14 551		IV	13 874
	V	20 642		V	18 866		V	18 282
	VI	26 375		VI	24 106		VI	23 137
	VII	33 937		VII	30 293		VII	29 442
	VIII	44 318		VIII	39 313		VIII	38 580
	IX	62 419		IX	54 447		IX	53 150
	X	143 363		X	118 304		X	119 801

Fuente: ENIGH 2012. Cifras en miles de pesos.

Resumen del indicador:

Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento afiliación de personas programadas para afiliarse al SPSS por año , y el número de personas que finalmente se afiliaron al SPSS al final de ese mismo año.

Debe mencionarse que para los años 2003, 2004 y 2005 no se obtuvieron datos de las proyecciones de personas que probablemente se afiliarían al SPSS , ya que como el SPSS comenzó a operar en el 2003 no se podía proyectar con certeza el numero de personas que se afiliarían en esos años.

De acuerdo con los datos obtenidos ,el cumplimiento de afiliación en general es bueno ;es decir por lo regular si se afilian todas las personas que están programadas de afiliarse ,incluso en algunos años se puede apreciar que se

afilian más personas de las que se tenían previstas ; cumpliendo en gran parte el objetivo de ir construyendo un sistema universal de salud.

A pesar de que el indicador de cumplimiento de afiliación de personas al SPSS arroja resultados positivos, me parece importante realizar un indicador que nos muestre más a detalle si realmente se está cumpliendo el objetivo de la cobertura universal en servicios de salud.

De esta manera se elaborara un indicador que represente el porcentaje de las personas afiliadas al SPSS que carecían de seguridad social ,para que de esta manera pueda hacerse un análisis mas detallado respecto al objetivo de contar con un sistema universal de salud.

Nombre del indicador - Porcentaje de las personas sin seguridad social que representan las personas afiliadas al SPSS.

Dimensión a medir – Eficacia.

Definición – Porcentaje de personas afiliadas al SPSS del total de personas sin seguridad social.

Método de cálculo – $\text{Personas afiliadas por año} \times 100 / \text{personas sin seguridad social}$.

Unidad de medida – Porcentaje.

Frecuencia de medición – Anual.

Línea base – 2003.

Metas – N.A.

Sentido del indicador – N.A.

Parámetros de semaforización- N.A.

AÑO	PERSONAS SIN SEGURIDAD SOCIAL	PERSONAS AFILIADAS AL SPSS	%
2011	59,567,138	51,823,314	87.00
2010	59,124,464	43,518,719	73.61
2009	59,062,239	31,132,949	52.71
2008	58,314,104	27,176,914	46.60
2007	58,136,196	21,834,619	37.56
2006	57,680,421	15,672,374	27.17
2005	57,229,755	11,404,861	19.93
2004	55,904,146	5,318,289	9.51
2003	54,536,268	2,224,411	4.08

Fuente:Elaboración propia con datos de informes de resultados del SPSS Y SINAIS.



Resumen del indicador:

Este indicador representa el porcentaje que representan las personas afiliadas al SPSS con respecto a las personas que carecen de seguridad social.

Los datos con los cuales se elaboro este indicador fueron obtenidos de los informes de resultados del SPSS y de la pagina de Internet del Sistema

Nacional de Información en Salud (SINAIS).

A pesar de que en el 2003 la afiliación de personas al Seguro Popular representaba solo un 4.08% del total de la población sin acceso a seguridad social, puede observarse una tendencia creciente de las personas afiliadas al SPSS con respecto a las personas sin seguridad social; hasta representar en el 2011 un 87% de esta última.

Es importante destacar el aumento de cobertura que ha tenido el SPSS, aunque no se ha alcanzado el 100% de cobertura de servicios de salud, se ha otorgado cobertura a la mayoría de la población que antes no contaba con estos servicios, aunque debe mencionarse un aspecto importante : este sistema de cobertura universal de servicios de salud, no prioriza que las personas afiliadas se encuentren empleadas en el sector formal de la economía, la mayoría de las personas que están afiliadas al SPSS se encuentran empleadas en el sector informal.

En términos generales puede apreciarse que el SPSS ha ido cumpliendo paulatinamente el acceso a los servicios de salud en la población que no pertenecía a un esquema de seguridad social; sin embargo no se ha creado el “Sistema Universal de Servicios de Salud”, y existen algunos aspectos que deben analizarse para concluir si el SPSS es la solución al problema de acceso a los servicios de salud.

Nombre del indicador - Porcentaje que representa el gasto en salud del gasto de bolsillo de los hogares.

Dimensión a medir – Eficiencia.

Definición – Porcentaje de del gasto de los hogares que representa el gasto en salud.

Método de cálculo – $\text{Gasto en salud} \times 100 / \text{gasto de los hogares}$.

Unidad de medida – Porcentaje.

[85]

Frecuencia de medición – Anual.

Línea base – 2003.

Metas – N.A.

Sentido del indicador – N.A.

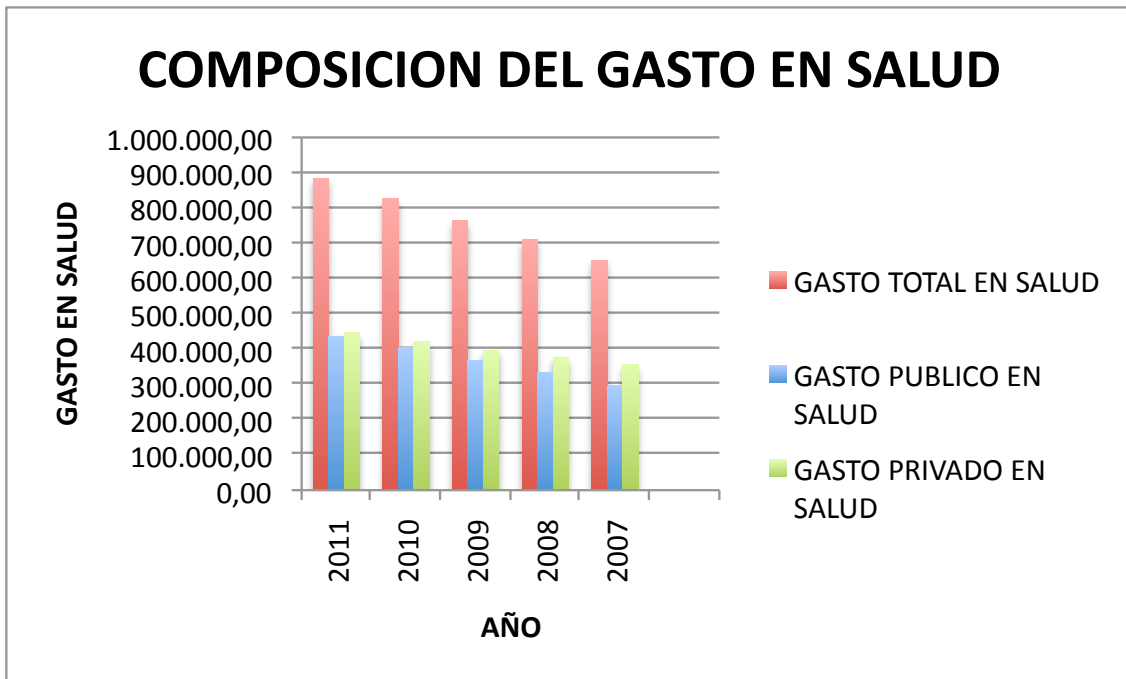
Parámetros de semaforización- N.A.

AÑO	GASTO PUBLICO	GASTO PRIVADO DE BOLSILLO	GASTO PRIVADO :SEGUROS PRIVADOS
2010	49%	49%	2%
2009	50%	47.80%	2.2%
2008	48%	49.30%	2.7%
2007	48%	50.90%	1.1%
2006	47%	51.30%	1.7%
2005	46%	51.70%	2.3%
2004	46%	51.90%	2.1%
2003	45%	52.90%	2.1%

Fuente:El gasto de bolsillo en servicios de salud: presiones presupuestarias para los hogares mexicanos" Marisol Luna Contreras con datos del SINAIS.

AÑO	Gasto total en salud	Gasto público en salud	%	Gasto Privado en salud	%
2011	883,643.83	436,946.93	49.45	446,696.90	50.6
2010	825,620.32	404,404.34	48.98	421,215.98	51
2009	763,315.39	367,898.28	48.2	395,417.11	51.8
2008	709,702.56	333,417.28	46.98	376,285.28	53
2007	652,364.57	296,165.56	45.4	356,199.01	54.6

Fuente:Elaboración propia con datos del SINAIS.(Cifras en millones de pesos)



Resumen del indicador:

Este indicador representa el porcentaje que representan el gasto publico en salud y el gasto privado(gasto de bolsillo), y el gasto de los seguros privados . Los datos que se obtuvieron en el SIN AIS solo corresponden a los años 2007 a 2011, ya que en la pagina de Internet de este ultimo se encuentran disponibles las matrices de gasto correspondientes al periodo 2007-2011,y se encuentra otra matriz que representa el periodo 1999-2003, el cual no se tomo en cuenta para fines de esta investigación.

Con la información obtenida por este indicador se puede observar que ha disminuido el gasto de bolsillo por concepto de servicios de salud desde el 2003 cuando representaba un 53% llegando a representar un 49% para el 2010 , aunque no ha sido significativa esta disminución se puede afirmar que con la creación del Seguro Popular se está disminuyendo el gasto que hacen las familias por cuestiones de salud aunque a un ritmo muy lento ; de esta manera sigue existiendo uno de los problemas que el seguro popular buscaba

solucionar que era disminuir el gasto de bolsillo por concepto de servicios de salud , el cual muchas veces afecta el ingreso de las familias incurriendo en los llamados gastos catastróficos en salud.

Nombre del indicador - Porcentaje del presupuesto ejercido por el seguro popular destinado a la creación de infraestructura en salud.

Dimensión a medir – Economía.

Definición - Del total del presupuesto ejercido por el seguro popular el indicador mostrara el porcentaje que fue ejercido como gasto de capital (creación de infraestructura en salud).

Método de cálculo - $\text{Presupuesto ejercido por el FPP} \times 100 / \text{Total del presupuesto ejercido}$.

Unidad de medida – Porcentaje.

Frecuencia de medición – Anual.

Línea base - 2003

Metas – N.A.

Sentido del indicador – N.A.

Parámetros de semaforización- N.A.

El siguiente cuadro ⁵³muestra el presupuesto ejercido del SPSS.

Cuadro 1.4 Presupuesto ejercido SPSS (millones de pesos)

Concepto	Ejercicios									Variación
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ^{1/}	2012/ 2011
Total a) + b) + c)	4,433.9	8,742.4	17,283.8	26,320.8	34,633.0	43,509.3	47,844.0	59,618.4	67,597.3	13.4
a) Seguro Popular	4,315.3	7,988.7	16,100.1	25,443.9	32,685.6	40,979.2	47,046.0	58,673.8	67,187.0	14.5
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal ^{2/}	3,367.1	6,382.5	12,170.4	18,898.7	24,915.6	31,275.4	37,029.5	45,165.8	51,672.0	14.4
Fondo de Previsión Presupuestal	232.5	514.0	1,044.3	1,512.3	2,078.2	2,646.5	2,731.8	3,684.0	4,176.8	13.4
Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos ^{3/}	620.0	969.6	2,885.4	5,032.9	5,691.8	7,057.3	7,284.7	9,824.0	11,138.2	13.4
Enfermedad renal crónica ^{4/}	-	-	-	-	-	-	-	-	200.0	N.A.
Gasto de Operación ^{5/}	95.7	122.6	-	-	-	-	-	-	-	N.A.
b) Operación CNPSS	118.6	294.0	598.3	382.2	476.2	553.0	798.0	944.6	410.3	-56.6
c) Otras acciones	0.0	459.7	585.4	494.7	1,471.2	1,977.1	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Relación Porcentual (c/total)	0.0	5.3	3.4	1.9	4.2	4.6	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

1/ Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio 2012.

2/ El dato de 2008 incluye 110.2 millones de pesos del cierre modificado en 2007; el de 2009 incluye reducción líquida por 2,077.9 millones de pesos; el de 2010 considera 36,284.2 millones de pesos correspondientes al cierre parcial de afiliación del ejercicio 2010; 185 millones de pesos de adeudo del cierre de afiliación observado en 2009 y 559.7 millones de pesos del fondo compensatorio.

3/ El dato de 2008 incluye 150 millones de pesos que se depositaron en enero de 2009 por una ampliación presupuestal para fortalecer el FPGC.

4/ Ampliación de la H. Cámara de Diputados.

5/ Los recursos por este concepto de los años 2004 y 2005 se enviaron a los estados para la puesta en marcha de los Módulos de operación y afiliación; a partir de 2006, este gasto fue asimilado por las entidades federativas.

N.A.= No Aplica.

Fuente: 2004-2011 Cierre para Cuenta Pública; 2012, Presupuesto de Egresos de la Federación.

Para analizar este indicador es conveniente recordar la clasificación económica del gasto público:

“Con base en su clasificación económica, el gasto programable del sector público se divide en gasto corriente y gasto de capital.

El gasto corriente se refiere a la adquisición de bienes y servicios que realiza el sector público durante el ejercicio fiscal sin incrementar el patrimonio federal.

⁵³ SPSS .Informes de resultados. “<http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>”

Este tipo de gasto incluye las erogaciones necesarias para que las instituciones del gobierno proporcionen servicios públicos de salud, educación, energía eléctrica, agua potable y alcantarillado, entre otros, así como para cubrir el pago de las pensiones y los subsidios destinados a elevar el bienestar de la población de menores ingresos. Se incluyen aquí también los subsidios para los programas de desarrollo rural, la compra de medicamentos y las remuneraciones a maestros, médicos, enfermeras, policías y personal militar. El gasto de capital, por su parte, se refiere a las erogaciones que incrementan el patrimonio público e incluye el gasto de inversión que realizan las dependencias y entidades de la administración pública federal.”⁵⁴

Este cuadro nos muestra el presupuesto ejercido al SPSS por año y por 3 rubros principales:

- A. Presupuesto ejercido por el Seguro Popular.
- B. Operaciones de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- C. Otras acciones.

Dentro del rubro del presupuesto ejercido por el seguro popular se encuentran sus principales fuentes de ingresos (la cuota social, la aportación solidaria federal, el Fondo de Previsión presupuestal y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos).

⁵⁴ SHCP Presupuesto de Egresos de la Federación 2012. Exposición de Motivos.

El Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) y el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCG) tienen distintos objetivos; el primero sirve para la creación de infraestructura en salud y sus recursos son ejercidos para el desarrollo de infraestructura y de especialidades básicas en las zonas de mayor marginación, además sus recursos otorgan cobertura de las diferencias en la demanda de los servicios de salud esenciales a nivel estatal.

El FPCG tiene el objetivo de financiar la atención de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo las cuales provoquen gastos catastróficos.

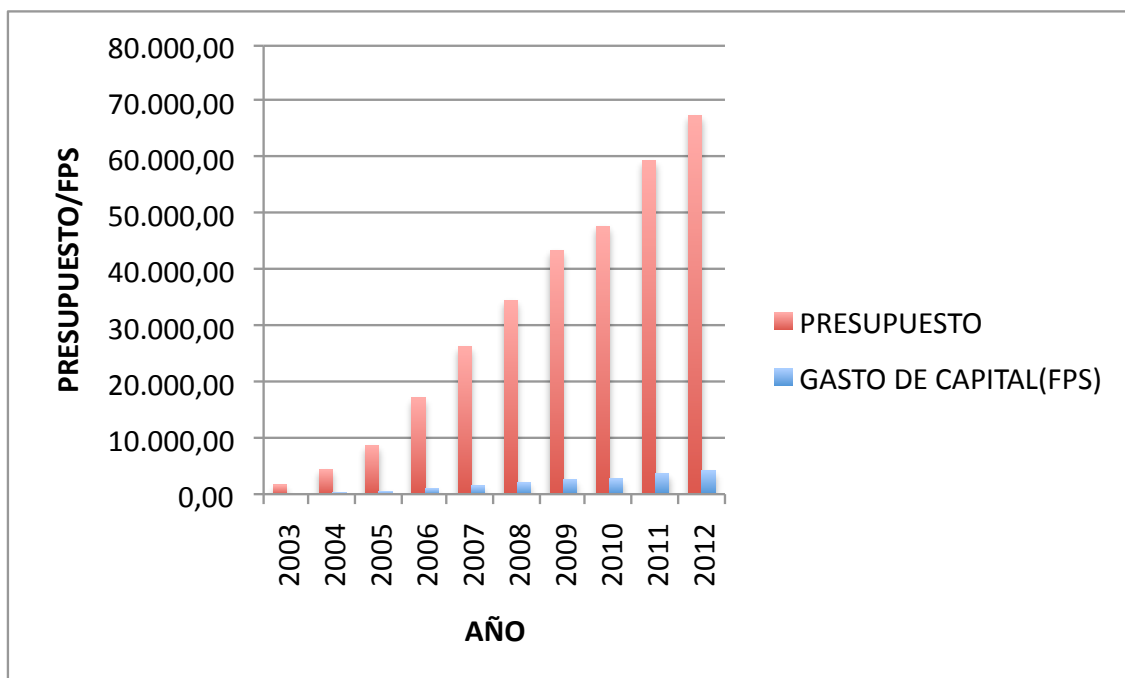
Hecha esta aclaración entre los objetivos de financiamiento de los recursos de estos dos fondos podemos afirmar que los recursos del FPP tienen un significado similar al del gasto en capital (creación de infraestructura).

Para conocer el porcentaje del presupuesto que representa la creación de infraestructura (gasto de capital) se usará la siguiente fórmula:

$FPP * 100 / \text{Total del presupuesto ejercido}$.

AÑO	PRESUPUESTO	GASTO DE CAPITAL(FPS)	%
2012	67,597.3	4,176.8	6.17
2011	59,618.4	3,684.0	6.17
2010	47,844.0	2,731.8	5.70
2009	43,509.3	2,646.5	6.08
2008	34,633.0	2,078.2	6.00
2007	26,320.8	1,512.3	5.74
2006	17,283.8	1,044.3	6.04
2005	8,742.4	514.0	5.87
2004	4,433.9	232.5	5.24
2003	1,670.7	ND	ND

Fuente:Elaboración propia con datos de los informes de resultados del SPSS. Cifras en Millones de pesos.



Resumen del indicador:

Este indicador nos muestra el porcentaje del presupuesto asignado al SPSS , destinado a la creación de infraestructura de servicios de salud tomando en cuenta la clasificación económica del gasto público.

Los datos utilizados para la construcción de este indicador se obtuvieron de los informes de resultados del SPSS, para el año 2003 no se obtuvieron datos del FPS.

Puede observarse una tendencia creciente de este porcentaje (creación de infraestructura) en el periodo 2004-2012 sin embargo es muy poco el presupuesto destinado a la creación de infraestructura (en promedio 6%).

Para atender a las personas que carecían de seguridad social y que fueron afiliadas al esquema del SPSS, la creación de infraestructura debería de

representar un porcentaje mayor dentro de el presupuesto ejercido por el SPSS.

Al tener como objetivo la universalización de cobertura de servicios de salud mediante el seguro popular este porcentaje debería ser mayor , para poder contar con nuevos hospitales y centros de salud donde pueda atenderse a las personas que se estén afiliando a este esquema.

Se observa así que el SPSS no crea o invierte en nueva infraestructura en servicios de salud, este utiliza la infraestructura existente de otras instituciones de salud ,saturando de esta manera a los hospitales y centros de salud existentes

Matriz de Indicadores

Finalmente con los indicadores elaborados anteriormente la matriz de indicadores quedaría de la siguiente manera:

I	Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin(Objetivo General)	Mejorar las condiciones de salud de la población	Porcentaje de las familias perteneciente a los primeros deciles de ingreso afiliadas al seguro popular	Informes de resultados 2012 del SPSS.	El seguro popular otorga preferencia de afiliación a las familias de los primeros deciles de ingreso.
Propósito(Objetivos específicos)	Crear un sistema universal en salud.	Porcentaje de cumplimiento de afiliación de personas al seguro popular por año./Porcentaje de afiliados al SPSS con respecto a las personas sin seguridad social.	Informe de resultados 2012 del SPSS	Para la creación de un sistema universal de salud es necesario el cumplimiento de afiliación de personas que no tienen acceso a los servicios de salud al SPSS.
Componentes(resultados)Productos o servicios	Evitar el empobrecimiento de las familias por gastos catastróficos en salud	Porcentaje que representa el gasto en salud privado (gasto de bolsillo)del gasto total en salud.	SINAIS Matrices de recursos financieros.	Con la creación de el SPSS el gasto en salud debería de disminuirse en los hogares o familias mas pobres.
Actividades(Acciones/Tareas)	Fortalecer la creación de infraestructura en salud.	Porcentaje de el FPP destinado a la creación de infraestructura.	Informe de resultados 2012 del SPSS	Ante una mayor incorporación de personas al SPSS se debería de crear destinar una parte significativa del presupuesto a la creación de infraestructura.

En la primera columna se encuentra un resumen de los objetivos en cada nivel de la matriz, desde el objetivo general que es el de mejorar las condiciones de salud de la población, el objetivo específico que es la creación de un sistema universal en el acceso a los servicios de salud ,con el resultado de evitar el empobrecimiento por cuestiones de gastos en salud , mediante la creación de infraestructura en salud.

En la segunda columna se encuentra un resumen de cada indicador que se utilizo para la construcción de la matriz, en la tercera columna se encuentran los medios de verificación de los datos utilizados para la construcción de los

indicadores ; y finalmente en la ultima columna se encuentran los supuestos que son considerados situaciones hipotéticas.

CONCLUSIONES

En base a los objetivos planteados al inicio de esta investigación y al desarrollo de la misma puedo concluir lo siguiente:

El perfil epidemiológico de los mexicanos representa un reto para las autoridades sanitarias de el país ya que hoy en día existen enfermedades propias de el estilo de vida de los mexicanos (Diabetes, obesidad , Cáncer, y diversas condiciones ambientales en las que vivimos), además de que existe una parte de la población que no tiene los recursos para acudir a hospitales privados para tratarse , y anteriormente existía un gran número de personas que no tenían acceso a los servicios de salud.

El sistema de Salud de México esta segmentado, por un lado existen instituciones que dan atención a la población conocida como “derechohabiente”(IMSS ,ISSSTE, PEMEX ,ISSFAM) y otras que otorgan atención a personas que no se encuentran empleadas en ninguna institución pública o privada, es decir aquellas personas que se encuentran empleadas en la informalidad (SPSS); por la cual surgió en el 2003 como un programa piloto denominado “Salud Para Todos” o “Seguro Popular”, el cual se creo con el objetivo de otorgar acceso a los servicios de salud a todas aquellas personas que no tenían acceso a ellos por no estar empleados dentro de el sector “formal” de la economía.

Por otra parte se afirma que el mecanismo de mercado es incapaz de proveer eficientemente ciertos tipos de bienes y servicios ,aunque los servicios de salud no presentan las características de los bienes públicos, si presentan características que implican que el Estado los provea mayoritariamente o estén bajo su supervisión, estas características son las siguientes:

Tanto la producción como el consumo de los servicios de salud generan externalidades positivas y negativas; son considerados servicios estratégicos que deben de estar bajo supervisión directa del Estado, además de que esta establecido en la constitución el derecho a la salud de todos los mexicanos.

Aunque actualmente la ideología económica otorgue mas importancia al mecanismo de mercado dentro de la economía , también debe de reconocerse ante la mano invisible del mercado la “mano visible” del Estado.

En esta investigación se explicaron las fuentes de ingreso del SPSS

Los cuales provienen de provienen de 4 fuentes principales:

- 1.-Las aportaciones que hace el gobierno federal.
- 2.-Las aportaciones que hacen los gobiernos estatales.
- 3.-Las cuentas familiares que aportan los afiliados al SPSS.
- 4.-Dos Fondos:
 - Fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad.
 - Fondo de protección contra gastos catastróficos.

En la última parte de esta investigación se explicaron las ventajas de la metodología del PBR y la metodología del Marco Lógico, la cual fue utilizada para hacer un análisis de el SPSS y el presupuesto ejercido por este de acuerdo a los objetivos por los cuales fue creado y a los fines que este mismo buscaba alcanzar .

De acuerdo a los indicadores elaborados y a los resultados obtenidos a partir de la construcción de ellos, puede afirmarse que el “Seguro Popular” está cumpliendo parcialmente los objetivos por los cuales fue creado; el Seguro Popular buscaba la afiliación de las familias mas pobres sin acceso a los servicios de salud, y realmente está dando prioridad de afiliación a las familias más pobres del país (I y II decil de ingreso) representando en conjunto alrededor de un 90% de las personas afiliadas al SPSS.

Aunque el porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular este incrementándose, y en algunos casos rebasando la previsión de afiliación es conveniente analizar más a fondo este porcentaje; comparándolo con el número de personas que aún no cuentan con acceso a los servicios de salud(personas sin seguridad social).

Hecha esta comparación puede apreciarse que realmente el seguro popular no ha sido el instrumento indicado para lograr la cobertura universal en salud, dejando aun sin garantizar el derecho constitucional que todas las personas tienen en cuestión de salud.

Otro de los objetivos por los cuales fue creado el Seguro Popular fue el de ayudar a reducir el gasto de bolsillo en cuestiones de salud de las familias, que frecuentemente incurrir en gastos catastróficos en salud , pero este objetivo tampoco se ha cumplido ;ya que observando la estructura del gasto en salud se puede apreciar que el gasto de bolsillo no se ha reducido de una manera significativa durante el periodo en el cual fue creado el SPSS.

Finalmente respecto a la cuestión de creación de infraestructura para atender a las personas que se afilien a el Seguro Popular puede observarse que el presupuesto destinado a este rubro ha sido muy poco; la mayor parte de este presupuesto esta destinado a gasto corriente dejando una mínima parte al gasto de creación de nueva infraestructura y se ha sobre-utilizando la infraestructura con la cual se cuenta actualmente, haciendo que los servicios de salud muchas veces sean ineficientes y de mala calidad.

De esta manera se puede rechazar la hipótesis que se planteó al inicio del este trabajo: El gasto en inversión y creación de infraestructura podría estar relacionado con el cumplimiento del objetivo de lograr la “universalización de cobertura de servicios de salud”.

Esta hipótesis es rechazada por lo siguiente:

1. Aunque el gasto destinado a la creación de infraestructura ha sido muy limitado desde la creación del Seguro Popular se puede observar que el número de afiliación de personas ha ido incrementándose.
2. El Seguro Popular opera de usando la infraestructura existente de salud, es decir la mayor parte de sus “derechohabientes” son atendidos en hospitales, clínicas y centros de salud que no son propios del Seguro Popular.
3. Esta manera de operar del Seguro Popular no prioriza la creación de infraestructura en salud, haciendo que los servicios de salud prestados muchas veces resulten ineficientes y de mala calidad.

De esta manera puedo afirmar que el Seguro Popular no ha sido la solución a los problemas por los cuales fue creado (Universalización de cobertura de servicios de salud, reducción del gasto de bolsillo por concepto de gasto de salud) aunque si se ha priorizado la afiliación de las familias más pobres a este sistema, el Seguro Popular está lejos de ser la “solución” a estos problemas que aquejan a los mexicanos.

Y por otra parte puedo afirmar que el Seguro Popular lejos de ayudar a integrar a las personas dentro de un sistema de salud coordinado y eficiente , genera una mayor segmentación en el sistema de salud mexicano, haciendo mas difícil otorgar servicios de salud que realmente sean eficientes y cumplan con los objetivos de ser universales para cualquier persona sin importar su condición económica o social, y ayudar al mismo tiempo a reducir los gastos catastróficos en los que incurren las familias por cuestiones de salud , para que de esta manera se pudieran enfrentar las demandas en cuestiones de salud que tiene la población .

Por último se ha establecido recientemente en estudios hechos por el Banco Mundial y la OMS que el “gasto en salud” no debería de ser considerado un gasto; por el contrario debería denominarse “inversión en salud”,ya que al

invertir en salud se genera un círculo virtuoso entre salud-desarrollo económico-crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala Espino, José. *“Economía Del Sector Público Mexicano”* UNAM, Facultad de Economía, México: 2001.
- Banco Mundial, 1993. Informe sobre el desarrollo mundial, invirtiendo en salud. Washington D.C ,Banco Mundial.
- Cámara de Diputados, Centro de estudios de finanzas públicas “Evolución del gasto en salud 2003-2009”.
- Centro de estudios sociales y de opinión pública (CESOP) de la cámara de diputados LIX legislatura “El seguro popular de salud “Febrero del 2005.
- Criterios Generales de Política Económica (2010 y 2011).
- El colegio de México, “Los grandes problemas de México” Fernando Cortés y Orlandina de Oliveira. Volumen V “La desigualdad social”.
- Hal, R Varian “Microeconomía Intermedia, un enfoque actual. A.Bosch Barcelona: 2002.
- Ley General de Salud.
- OMS ,2000 “Informe sobre la salud en el mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Parker S.W y Scott, 2008. “An evaluation of the Mexican Seguro Popular program: Work and formal sector participation Washington D.C. Banco Mundial.
- Plan Nacional de Desarrollo (2001-2006), (2007-2012).
- Programa Nacional de Salud (2001-2006),(2007-2012).
- Rosen, Harvey. Hacienda Pública. 7° edición. Mc Graw Hill. España 2008.
- Secretaría de Salud “Informes anuales de rendición de cuentas en salud”.
- Secretaría de Salud “Las cuentas de salud en México 2001-2005”.
- Secretaria de Salud 2008 “Sistema de Cuentas en salud a nivel

federal y estatalal.Sicuentas México.

- Scott J, 2006. Seguro Popular: “Incidence analysis, decentralized service delivery for the poor”, vol II Washington D.C Banco Mundial.
- Scott J. 2007 Impacto del Seguro Popular sobre la desigualdad en el financiamiento de la salud en México ,2004-2010.México, División de Economía CIDE (documentos de trabajo, sdte-400).
- Stiglitz, Joseph. “*La economía del sector público.*” A. Bosch, Barcelona: 1997.
- Tello, Carlos “Estado y desarrollo económico, México 1920-2006” UNAM, Facultad de Economía, México 2007.
- Urbina M (COORDINADOR) ,2008 “Evaluación de consistencia y resultados 2007del sistema de protección social en salud , “Seguro popular de salud” Investigación en salud y demografía(INSAD).
- González Block, Miguel Ángel . y Scott John . (2010) “Equidad y Salud, Retos ,Avances y Perspectivas.”