



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

**ANÁLISIS GENERAL DE LA EVOLUCIÓN DEL
SEGURO POPULAR EN EL PERIODO 2008-2012**

TESINA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ECONOMÍA

PRESENTA
SERGIO LUIS ZERTUCHE VELASCO

ASESOR
DR. RAÚL CARBAJAL CORTÉS



CIUDAD DE MÉXICO

Junio, 2016



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

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Sergio Patricio y Delia María por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Porque gracias a su apoyo y consejos, he llegado a realizar una de mis grandes metas lo cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir. Gracias por el cariño y apoyo moral que siempre he recibido de ustedes, con el cual he logrado culminar mi esfuerzo, terminando así mi carrera profesional.

A mi abuelita Delia gracias por su cariño, apoyo y confianza he llegado hasta este momento. Que sin ella, este logro no se habría obtenido. Gracias por tu paciencia, por enseñarme el camino de la vida, gracias por tus consejos, por el amor que me has dado y por tu apoyo incondicional en mi vida. Gracias por llevarme en tus oraciones porque estoy seguro que siempre lo haces.

A mi hermanos Jorge y Fernando por ser parte importante de mi vida y representar la unión familiar. A Jorge le agradezco porque me enseñó que los sueños se pueden alcanzar, mientras que a Fernando le agradezco enseñarme que la vida se disfruta más, siendo un alma libre.

Les agradezco a mis Tíos Guillermo y María Luisa por su apoyo y amor incondicional. De igual manera muchas gracias a mis primos porque con ellos compartí una infancia feliz, que guardo en el recuerdo y es un aliento para seguir adelante.

A mi niña hermosa Guadalupe, gracias por permitirme ser parte de tu vida en estos momentos, gracias por ser como eres, gracias por presionarme para terminar este trabajo, gracias por obligarme a ir los fines de semana a encerrarnos a la biblioteca, gracias por ayudarme en las correcciones, gracias por aguantarme, pero sobre todo gracias por enseñarme a creer en mí y motivarme hacer las cosas de la mejor manera. Gracias por todo eso hermosa, te adoro.

Muchas gracias a mis amigos de la carrera y los que se encuentran lejos de mí, que siempre, me han prestado apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión. Debo mencionar a mi mejor amigo y compañero de carrera Ali Hazael, que sin sus salidas a enfiestarnos, habría terminado antes jaja jaja es broma. También agradezco a Felipe y a Mich por todos estos momentos vividos en esta etapa.

Muchas gracias a mis amigos Jafet y Otho que desde Córdoba me han acompañado, y que a pesar de los problemas y las diferencias de opiniones, sabemos que siempre seremos amigos. De igual manera agradezco el gran apoyo de Arturo que siempre se hizo notar.

Gracias al Dr. Raúl Carbajal Cortés y al Mtro. Miguel Cervantes Jiménez por todo el apoyo brindado a lo largo de la carrera, por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

Gracias al Dr. Eduardo Ramírez Cedillo, a la Lic. Rosa María García Torres y al Lic. Miguel Ángel Jiménez Vázquez por darme la oportunidad, por sus consejos, por sus correcciones y por el tiempo que me han dedicado para leer este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. La política social en el Plan Nacional de Desarrollo	3
1.1 Justificación de la Intervención del Estado en la Economía	3
1.2 Planeación del Plan Nacional de Desarrollo	8
1.3 Aspectos de la política de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012... ..	12
1.4 Eje Igualdad de Oportunidades. Programa de inclusión a la salud	14
2. EL GASTO PÚBLICO ASIGNADO AL SEGURO POPULAR	20
2.1 El Presupuesto de Egresos de la Federación	20
2.2 El Gasto Público en México	22
2.3 Presupuesto asignado al Seguro Popular	27
3. La propuesta del Seguro Popular	40
3.1 ¿Cómo surgió el Seguro Popular?	40
3.2 Lineamientos Generales del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) ..	45
3.3 Proceso de afiliación al Seguro Popular	50
3.4 Marco normativo que sustenta la organización y funcionamiento del SPSS ...	53
3.5 Una revisión del Catálogo Universal de Servicios de Salud	55
3.6 Alcance del Seguro Popular	58
Conclusiones.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	70
CIBERGRAFÍA.....	71

Índice de Gráficas, Cuadros y Figuras

Cuadro 1.1 Artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los que se basa el PND.	10
Figura 1.2 Proceso de Planeación del PND.	11
Figura 2.1 Componentes del gasto público.....	24
Cuadro 2.2 Clasificación administrativa, económica y funcional del gasto presupuestable del Sector Público.....	26
Figura 2.3 Aportación anual por persona para el ejercicio 2012.....	28
Gráfica 2.4 Presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud (Millones de pesos corrientes).....	29
Gráfica 2.5 Presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud (Millones de pesos constantes de 2008).....	29
Cuadro 2.6 Gasto Programable 2007-2012 sobre el Sistema de Protección Social en salud (Millones de pesos corrientes)	30
Cuadro 2.7 Porcentaje que se ocupa dentro del Gasto Programable 2007-2012 (Millones de pesos a precios de 2008).....	31
Gráfica 2.8 Estructura porcentual con respecto al Gasto Programable.....	32
Cuadro 2.9 Diferencia del Gasto Programable 2007-2012 sobre el Sistema de Protección Social en Salud (Millones de pesos a precios de 2008)	33
Cuadro 2.10 Variación del Gasto Programable 2007-2012 sobre el Sistema de Protección Social en salud (Millones de pesos a precios de 2008).....	35
Gráfica 2.11 Variación real del gasto asignado 2007-2012	36
Cuadro 2.12 Evolución del presupuesto asignado como porcentaje del PIB 2007-2012 (Millones de pesos a precios de 2008).....	37
Gráfica 2.13 Evolución del presupuesto asignado como porcentaje del PIB 2007-2012	38
Cuadro 3.1 Población asegurada vs Población no asegurada de 1950 a 2000	41
Tabla 3.2 Transición demográfica en México	43
Cuadro 3.3 Dinámica Demográfica en México	43
Cuadro 3.4 Muertes por distintos tipos de padecimientos, México 1995-2030	44
Cuadro 3.5 Evolución de la cobertura	52

Cuadro 3.6 Población protegida por los servicios de salud, 2000 a 2014 (Miles de personas)	59
Gráfica 3.7 Población protegida por los servicios de salud IMSS, ISSSTE y Seguro Popular	61
Gráfica 3.8 Evolución de la cobertura	62
Gráfica 3.9 Relación del presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud y la Población Atendida 2007-2012 (Millones de pesos corrientes).....	63

INTRODUCCIÓN

“La salud es la riqueza más grande”

Publio Virgilio Marón (70 a.C.-19 a.C.)

El mayor determinante del progreso de una nación, según Ángel Gurría, es el estado de salud del que goza su pueblo. La mejor inversión que puede hacer un país por su población es dotarlos de servicios de salud decentes, ya que la salud es la base del bienestar social.

En México se han realizado avances en materia de salud, sin embargo para el año 2000, el 51% de su población se encontraba fuera de la cobertura de las instituciones de seguridad social. Para combatir las deficiencias del sistema, en el 2001 se implementa el Programa Nacional de Salud para una nueva construcción del Sistema Nacional de Salud en México. A partir de las estrategias y acciones implementadas se da el inicio al Seguro Popular, el cual es un seguro médico, público y voluntario dirigido a poblaciones sin acceso a servicios de salud, que inició mediante la implementación de un Programa Piloto.

El Seguro Popular, como indica Bernal (2010), fomenta la atención oportuna a la salud, a través de un mecanismo de protección del patrimonio familiar y ofrece atención médica y medicamentos sin costo al momento de utilizarlos. Por ello, es un servicio de salud innovador puesto que incluye a sectores de la población que se encuentran rezagados. Sin embargo, al ser un programa financiado mediante recursos públicos, y manejado por servidores públicos, no se encuentra exento de la posibilidad de un mal uso de los recursos como lo ha evidenciado la Auditoría Superior de la Federación en sus últimas noticias.

En el Sector Público ocurren diferentes tipos de fraudes, el principal es el robo, o dicho en otras palabras “desvío” de recursos que el Gobierno Federal ha destinado a un programa específico, provocando que exista ineficiencia en éste y por tanto no alcance las metas deseadas. Esta es la razón principal en la que se basa el **objetivo**

general de esta investigación, consiste en examinar la evolución que ha tenido el Programa Seguro Popular a nivel nacional en el periodo 2008 al 2012, seleccionando este rango de años porque es a partir del 2008 que la Auditoría Superior de la Federación inició con la fiscalización de los recursos que le han sido asignados al citado programa. Con este objetivo se llegarán a conocer principalmente el número de afiliados por año y se expondrán las causas de porqué una mayor cantidad de afiliados por año no es igual a una mayor calidad en los servicios que este programa brinda.

El documento se estructura en tres apartados, en el primero, se ubica al programa Seguro Popular en el Plan Nacional de Desarrollo (PND); en el segundo, se analiza la asignación de los recursos al programa Seguro Popular y, en el tercero, se inspecciona el programa Seguro Popular, así como sus alcances al año 2012. Al final se presentan conclusiones y recomendaciones.

De acuerdo con los criterios formulados por Ackoff (1953) y Miller (1977), la investigación se justifica por el criterio de conveniencia y relevancia social: por el criterio de conveniencia, la investigación apoya al lector para comprender la función del programa Seguro Popular de manera sintetizada, además de conocer sus avances y constatarlo con la realidad. Para el segundo criterio, la investigación pone en evidencia, que a pesar del aumento de cantidad de las personas afiliadas al programa, las recientes auditorías realizadas por la Auditoría Superior de la Federación al Seguro Popular, ponen en duda la eficiencia y eficacia para el cumplimiento de sus objetivos, por ello el trabajo es relevante para todo catedrático, estudiante, servidor público o individuo que se encuentre relacionado con el estudio y/o elaboración de los programas sociales en México.

1. La política social en el Plan Nacional de Desarrollo

*“Cualquier gobernante puede hacer tonterías;
lo que no se le permite es decirlos.”*

León Daudí (1905-1985)

En México, la política actual de combate a la pobreza y la desnutrición, así como el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, nacieron con el fin de amortiguar los costos sociales. El gobierno lo hace por medio de programas sociales para mejorar la alimentación, la salud y el nivel educativo de los grupos más vulnerables.

El objetivo general del capítulo es ubicar el programa Seguro Popular dentro del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Para poder hacerlo, se pretende en un primer momento justificar la intervención del Estado en la Economía; en segundo lugar, cómo se prepara el Plan Nacional de Desarrollo; en el tercer apartado, la política de salud en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012; y para finalizar, cómo del eje 3, Igualdad de oportunidades, surge el objetivo del Seguro Popular.

1.1 Justificación de la Intervención del Estado en la Economía

El arte de administrar recursos se rige por el objetivo de satisfacer necesidades con los recursos que posee a su alcance, esta actividad encierra la esencia del problema económico, ya que es imposible cubrir todas las necesidades existentes. Por ello, la economía se enfoca en la administración y optimización de los recursos escasos.

Keynes (1986) plantea que los principales problemas de la sociedad moderna “son su incapacidad para procurar la ocupación plena y la desigual distribución de la riqueza y los ingresos”¹, sin mencionar que el sistema no poseía mecanismos de autorregulación. Por ello, aboga por la imposición tributaria directa sobre los ingresos y las herencias para continuar eliminando diferencias sociales.

¹ Rolando Astarita. *Keynes, Poskeynesianos, y Keynesianos Neoclásicos* (Bernal, Universidad Nacional de Quilmes, 2012), p. 137.

Para el crecimiento de una economía, Keynes subraya la importancia de una alta propensión marginal al consumo para sostener un ingreso elevado. Por lo tanto, todo lo que se redistribuyera de los ingresos obtenidos por medio de impuestos, aumentaría la propensión a consumir. No obstante, su meta no es la eliminación de las clases, sino la atenuación del conflicto social, por ello, aconseja “bajar la tasa de interés hasta aquel nivel en que haya, proporcionalmente a la curva de la eficiencia marginal del capital, ocupación plena.”²

De esta manera se podría llevar la inversión hasta un punto en que el rendimiento de los bienes de capital fuese muy bajo y sólo cubriera un margen para el riesgo, lo cual significaría la eutanasia del rentista.³ En la medida en que continúe la inversión y aumente el volumen del capital, desaparecerá el rentista del capitalismo. En esta perspectiva de largo plazo aparece la voluntad popular, incorporada a la política del Estado, interviniendo de manera activa en la economía.⁴ Por esta razón, el Estado tendrá que ejercer una influencia orientadora sobre la propensión a consumir, a través de su sistema de impuestos, fijando la tasa de interés y, quizá, por otros medios.⁵

La postura Keynesiana se centró en el análisis de las causas y consecuencias de las variaciones de la demanda agregada así como sus relaciones con el nivel de empleo y de ingresos, las cuales son inherentes al sistema económico y a la rigidez sobre la baja de los salarios. Por tanto, la demanda agregada tiene que estimularse ante una oferta agregada totalmente elástica. El interés de Keynes fue “dotar de poder a las instituciones nacionales e internacionales para conducir y estabilizar la economía. Este control se ejercía mediante el gasto presupuestado del Estado.”⁶

² J. M. Keynes. *Teoría general de ocupación, el interés y el dinero* (México, Fondo de Cultura Económica, 1986), p. 330.

³ *Ibíd.*, p. 331.

⁴ Rolando Astarita, *op. cit.*, p. 138

⁵ J. M. Keynes, *op. cit.*, p 332.

⁶ Carlos Gómez Chiñas; Jhon Maynard, *Keynes 70 años después: Una Visión Mexicana de la Teoría General del Empleo, el Interés y el Dinero* (México, Instituto Politécnico Nacional, 2008), p. 59.

Esta postura se convirtió en la nueva ideología que lideraba después de la Gran Depresión y se consideró como la base del moderno Estado del Bienestar y el nacimiento de la Macroeconomía. Este modelo consideraba la renta y el empleo de la demanda global, además de mencionar la necesidad de mantener el poder adquisitivo de los salarios.⁷

El estado tiene la obligación de intervenir para estimular la demanda agregada y, así, propiciar el pleno empleo. Keynes señala que el desempleo masivo es el resultado de una demanda agregada insuficiente. Por lo que, para corregir tal situación el Estado debe intervenir y establecer ciertos controles con el fin ejercer una influencia de gasto público. Para Keynes, a través del libre mercado no era posible alcanzar la meta del pleno empleo, pero aún en el caso de que se alcanzara por ese medio, la situación no sería duradera, puesto que siendo el mercado inestable, muy pronto la economía tendría que enfrentarse a una crisis.⁸

Durante la gran depresión, se indujo a pensar que, quizá, sí era necesaria la intervención estatal, además de algún tipo de planificación por su parte. Las ideas propuestas por Keynes en su *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*, ayudaron en sustentar esta afirmación. Esto llevó a muchos gobiernos a adoptar políticas de planificación central, las cuales se promovieron ante el estallido de la Segunda Guerra Mundial.⁹

La intervención del Estado fue posible gracias a su inversión directa en la economía, a través de la industria armamentista, lo que permitió alcanzar un punto cercano al pleno empleo. El éxito relativo conseguido durante la guerra, convenció a muchos dirigentes de utilizar este tipo de medidas, que hacían parte de la llamada economía mixta, la cual tiene su base en las leyes del mercado, pero bajo la dirección del Estado.

⁷ *Ibíd*, p. 31.

⁸ *Ibíd.*, p. 61.

⁹ *Ibíd.*, p.33.

Esta economía mixta se encontraba conformada por el economista Keynes, para entender y manejar la economía, y por el Estado de Bienestar, por las disposiciones legales que dan derecho a los ciudadanos a percibir prestaciones de la seguridad social obligatoria y a contar, así, con servicios estatales organizados en una amplia variedad de situaciones definidas como de necesidad y contingencia.¹⁰ Asimismo permite la protección de la acumulación del capital, redistribuyéndolo en beneficio de ambos, además de establecer políticas procíclicas, anti-cíclicas, generando demanda.

En definitiva, el Estado de Bienestar Keynesiano es la combinación del Estado Liberal y del Estado Benefactor, ya que interviene en las áreas económicas y sociales, sin afectar la iniciativa privada. Por tanto, se convierte, por un lado, en un articulador entre el crecimiento y la desigualdad que crea el sistema capitalista y, por el otro, la necesidad de distribuir este crecimiento a tal manera de satisfacer las necesidades de la sociedad, con el fin de crecer aún más.¹¹

La economía de bienestar tiene la cuestión normativa de “cómo debe gestionarse una economía: qué debe producirse, cómo debe producirse, para quién y quién debe tomar estas decisiones.”¹² Sin embargo, se trata de una economía mixta donde el Estado propone algunas decisiones, pero son las empresas y los hogares los que toman la mayoría de ellas. Con tantas combinaciones posibles, se evalúa la decisión más viable por medio de la “eficiencia en el sentido de Pareto” criterio donde las asignaciones de recursos pretenden ser eficientes en el sentido que no es posible mejorar el bienestar de ninguna persona sin empeorar el de alguna otra.

El principio de Pareto tiene como base valores individualistas, quienes buscan el propio beneficio. En una economía competitiva es eficiente el principio de Pareto, sin embargo cuando se tienen varias distribuciones eficientes en este principio, se está transfiriendo riqueza de una persona a otra, mejorando el bienestar de una y

¹⁰ Esping Andersen. *Las tres economías políticas del Estado del Bienestar* (Valencia, Edicions Alfons el Magnanim, 1993), p. 10.

¹¹ *Ibíd.* p.13.

¹² Joseph E. Stiglitz. *La economía del sector público* p. 69.

empeorando el de la segunda.¹³ Si se deja actuar libremente a las fuerzas de la competencia, se obtiene un sentido de Pareto, pero no es posible, ya que se está empeorando el bienestar de una persona. Por ello, entra el Estado para redistribuir la riqueza inicial, y dejar que el mercado competitivo haga el resto, asimismo todas y cada una de las asignaciones de Pareto pueden alcanzarse por medio de un mecanismo de mercado descentralizado.¹⁴

De igual manera, se justifica la intervención del Estado en la economía por la competencia imperfecta que presenta el mercado por la aparición de los monopolios y los oligopolios. También se toma en cuenta que algunos bienes que necesita la sociedad no son suministrados por el mercado, o sí lo son, pero la cantidad es insuficiente, y es aquí cuando aparecen los bienes públicos puros con dos propiedades básicas: no cuesta nada que otra persona más disfrute de sus ventajas, y es difícil impedir que se disfrute de dicho bien.¹⁵

Otro fallo, que justifica el papel del Estado, son las externalidades, en donde la acción de uno puede afectar a varios ya sea de manera positiva o negativa. A los casos en que los actos de una persona imponen costes a otras se denominan externalidades negativas; por el contrario en los casos donde los actos benefician a otras personas se denominan externalidades positivas.¹⁶

Algunas actividades del Estado se justifican porque los consumidores tienen una información incompleta y por la convicción de que el mercado suministra, a voluntad, poca información. El Estado recurre a dar protección al consumidor y al inversor, y se ve envuelto en proporcionar información gratuitamente o, que sólo se cobre el coste real de transmitirla.¹⁷

El paro es uno de los fallos de mercado con mayor antigüedad y que, para muchos economistas, es la prueba evidente de que no funciona bien el mercado. Para

¹³ Joseph E. Stiglitz, *op. cit.* p. 72.

¹⁴ *Ibíd.* p. 73.

¹⁵ *Ibíd.* p. 94.

¹⁶ *Ibíd.* p. 96.

¹⁷ *Ibíd.* p. 100

algunos, constituye una prueba espectacular y convincente de que éste tiene fallos. De igual manera, se presenta la inflación como uno de los determinantes más notorios que reflejan la situación del mercado.¹⁸

Las causas de los fallos del mercado impiden que la economía sea eficiente si no interviene el Estado; es decir, la economía de mercado, si se deja sola, no es óptima en el principio de Pareto y, aunque fuese eficiente en el sentido de Pareto, no indica nada sobre la distribución de la renta. Los mercados competitivos, entonces, pueden generar una distribución de la renta muy desigual y dejar algunas personas con insuficientes recursos para vivir. Una de las actividades más importantes del Estado es redistribuir la renta, y ése es el propósito expreso de los distintos programas sociales de transferencias.¹⁹

1.2 Planeación del Plan Nacional de Desarrollo

La planeación en México, según el documento del Centro de Estudio de las Finanzas Públicas (2007), se remonta al primer cuarto del siglo XX. En 1930, la planeación se incorporó a las tareas del Estado con la promulgación de la Ley sobre Planeación General de la República del 12 de julio por el presidente Pascual Ortiz Rubio. Entre las materias abordadas en este documento, destaca la cuestión agraria; la educación y la nacionalización de los recursos en manos extranjeras; no señalaba prioridades, metas o plazos, ni los medios financieros.²⁰

Para 1948 se creó la Comisión Nacional de Inversiones, con el propósito de examinar y aprobar las inversiones del sector público.²¹ Y para 1958 se creó la Secretaría de la Presidencia de la República, a la que se le encomendó la elaboración del plan general del gasto público y de los programas especiales, de la planeación del desarrollo regional y de la inversión pública y del sector paraestatal.

¹⁸ *Ibíd*, p.101.

¹⁹ *Ibíd*, p.103.

²⁰ Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. *Plan Nacional de desarrollo 2007-2012. Escenarios, Programas e Indicadores*, (México, Cámara de Diputados, 2007), p. 6.

²¹ *Ibíd.*, p. 7.

El CEFP indica que el 29 de diciembre de 1976, José López Portillo promulgó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en ésta modificó las atribuciones de la Secretaria de la Presidencia para transformarla en la Secretaria de Programación y Presupuesto, como dependencia rectora, autoridad globalizadora y coordinadora del sector público federal en materia de gasto público, se le atribuyó la elaboración de los Planes Nacionales de Desarrollo.²²

Indica que la planeación se eleva de rango constitucional el 5 de enero de 1983, con las reformas constitucionales a los artículos 25, 26 y 73 fracción XXIX. En febrero de 1992, desaparece la Secretaria de Programación y Presupuesto, cuyas funciones asumió la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, entre ellas, la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo (Art 31 fracción I).²³ El primer plan que se integró bajo la ley de Planeación fue el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1998.

El PND 2000-2006 se estableció un escenario hacia el año 2025, para ese entonces se esperaba un “México con alta calidad de vida para la población, desarrollo sano y con igualdad de oportunidades para todos, con estricto apego al Estado de Derecho”.²⁴ Acompañado de una reorganización de la oficina de la Presidencia de la República, con el establecimiento de tres comisiones que coordinarían a las dependencias y entidades del sector público: Desarrollo Social y Humano, Crecimiento con Calidad, y Orden y Respeto.²⁵

Las reformas constitucionales, a principios de la década de los ochenta, sentaron un marco jurídico para la planeación que define los órganos competentes, el proceso de planeación y las responsabilidades, esto con una cobertura integral y sectorial bajo un horizonte de corto y mediano plazo.

²² *Ibíd.*, p. 8.

²³ *Ídem.*

²⁴ *Ibíd.*, p. 15.

²⁵ *Ibíd.*, p. 16.

Cuadro 1.1 Artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los que se basa el PND.

<i>Artículo 25</i>	<i>Artículo 26</i>	<i>Artículo 73</i>
“Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución. El Estado planeará, conducirá, coordinará y orientará la actividad económica nacional.”	El Estado organizará un sistema de planeación democrático del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia, y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la Nación. Los fines del proyecto nacional determinaran los objetivos de la planeación.”	“El Congreso tiene facultad: I. II. XXIX-D. Para expedir leyes sobre planeación nacional del desarrollo económico y social, así como en materia de información estadística y geográfica de interés nacional.”
Fuente: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm		

El Plan Nacional de Desarrollo, de igual manera, se rige por la Ley de Planeación, ésta consiste en:

“la ordenación racional y sistemática de acciones que, con base en el ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política y cultural, de protección al ambiente

y aprovechamiento racional de los recursos naturales, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la Constitución Federal y las leyes establecen.²⁶

La Ley, también, dispone la rendición de cuentas del Poder Ejecutivo ante el Poder Legislativo. Así, el Ejecutivo debe relacionar los proyectos de iniciativa de ley, reglamentos, decretos y acuerdos con el PND y los respectivos programas. La planeación debe permear todas las actividades del sector público, al organizar y proporcionar una racionalidad articulada al quehacer de las dependencias y entidades paraestatales.²⁷

Figura 1.2 Proceso de Planeación del PND.



Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, México, 2007, p. 21.

En la figura 1.2 se ilustra el proceso de planeación contenido en la Constitución y en la Ley de Planeación, como un proceso continuo, retroalimentado por la rendición de cuentas. El PND y sus programas sectoriales se plasman en el *Presupuesto de Egresos de la Federación*, cuya aprobación anual es atribución de la Cámara de

²⁶ *Ibíd.*, p. 19.

²⁷ *Ibíd.*, p. 21.

Diputados. El éxito de las políticas sectoriales requiere de la cooperación entre las dependencias y las entidades del sector público.

El Plan Nacional de Desarrollo reglamentado por el artículo 21 de la Ley de Planeación, deberá elaborarse, aprobarse y publicarse dentro de un plazo de seis meses contados a partir de la fecha en que toma posesión el Presidente de la República, y su vigencia no excederá del período constitucional que le corresponda, aunque podrá contener consideraciones y proyecciones de más largo plazo.

1.3 Aspectos de la política de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 toma como punto de partida un ejercicio de prospectiva para el año 2030. Así, en ese año, “México será un país con familia y patrimonio seguro, un país de leyes, economía competitiva y con desarrollo sustentable y democrático.”²⁸

El PND 2007-2012 se publicó el 31 de mayo del 2007 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), este documento respeta los cinco ejes temáticos de la *Visión 2030*, ampliando los objetivos en todos ellos.²⁹ A cada objetivo le acompaña un conjunto de estrategias, las cuales varían el enfoque presentando en la *Visión 2030*.

La premisa básica para el desarrollo integral del país en que se sustenta el PND 2007-2012 es el *Desarrollo Humano Sustentable*; esto es, “el proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras”. Para ello se acompaña de una estrategia integral de política pública.

El PND plantea los siguientes objetivos nacionales:³⁰

²⁸ Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, *op. cit.*, p. 15.

²⁹ *Ibíd.*, p. 26.

³⁰ *Ibíd.*, p. 27.

1. Garantizar la seguridad nacional, salvaguardar la paz, la integridad, la independencia y la soberanía del país, asegurar la viabilidad del Estado y la de democracia.
2. Garantizar la vigencia plena del Estado de Derecho, fortalecer el marco institucional y afianzar una sólida cultura de legalidad para proteger la integridad física, la familia y el patrimonio de los mexicanos en un marco de convivencia social armónica.
3. Alcanzar un crecimiento económico sostenido acelerado y generar los empleos formales que permitan a los mexicanos, especialmente los que viven en pobreza, tener un ingreso digno y mejorar su calidad de vida.
4. Obtener una economía competitiva a través del aumento de la productividad, la competencia económica, la inversión en infraestructura, el fortalecimiento del mercado interno y la creación de condiciones favorables para el desarrollo de las empresas.
5. Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los habitantes mejoren su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo.
6. Reducir las brechas sociales, económicas y culturales persistentes en la sociedad, eliminando todas las formas de discriminación.
7. Garantizar el ejercicio pleno de los derechos ciudadanos y la participación activa en la vida política, cultural, económica y social de las comunidades y del país.
8. Asegurar la sustentabilidad ambiental con la participación responsable de los mexicanos en el cuidado, la protección, la preservación y el aprovechamiento racional de la riqueza natural del país, logrando afianzar el desarrollo económico y social sin comprometer el patrimonio natural y la calidad de vida de las generaciones futuras.
9. Consolidar un régimen democrático, a través del acuerdo y el diálogo entre los Poderes de la Unión, los órdenes de gobierno, los partidos políticos y los ciudadanos, que se traduzca en condiciones efectivas para que los

mexicanos puedan prosperar con su propio esfuerzo y esté fundamentado en la libertad, la legalidad, la pluralidad, la honestidad, la tolerancia y el ejercicio ético del poder.

10. Aprovechar los beneficios de un mundo globalizado para impulsar el desarrollo nacional y proyectar los intereses de México en el exterior, con base en la fuerza de su identidad nacional y su cultura; y asumiendo su responsabilidad como promotor del progreso y de la convivencia pacífica entre las naciones.

Estos objetivos nacionales dan paso a la creación de los principales ejes de política pública, en los que se basa el PND 2007-2012, junto con sus respectivos objetivos y estrategias:³¹

1. Estado de Derecho y Seguridad
2. Economía competitiva y generadora de empleos
3. Igualdad de oportunidades
4. Sustentabilidad ambiental
5. Democracia efectiva y política exterior responsable

Sin embargo, para el desarrollo de este análisis, se enfocará y se desarrollará el eje Igualdad de Oportunidades. Debido a que, en el conjunto de objetivos y estrategias que contiene el eje 3, se encuentra el Sistema de Protección Social de Salud, es decir, el Seguro Popular.

1.4 Eje Igualdad de Oportunidades. Programa de inclusión a la salud

En el estudio previo realizado para la elaboración del PND 2007-2012, se argumenta que casi la mitad de la población mexicana vive en condiciones de pobreza, lo que lo convierte en una prioridad para el gobierno. Se propone, por ello, una política

³¹Ídem.

social integral que articule programas y acciones de gobierno, creando así una relación estrecha entre la política social y la política económica.

El principal instrumento del gobierno para reducir la desigualdad es el gasto público. Por ello, se orienta a una mejora en la calidad del gasto así como una mayor transparencia, persiguiendo los principios rectores:³²

- Focalizar los recursos en los programas que han demostrado ser más efectivos.
- Emplear sistemas de evaluación y seguimiento para monitorear y mejorar los programas en forma constante.
- Promover la coordinación de acciones entre las dependencias y organismos del Gobierno Federal, así como entre órdenes de gobierno.
- Priorizar acciones que eleven las capacidades de las personas, para resolver el problema de la pobreza en el mediano y largo plazo, atacando las causas y no sólo sus efectos inmediatos.
- Desarrollar e implantar un padrón único de beneficiarios de todos los programas de apoyo social del Gobierno que permita una cobertura más eficiente de los beneficiarios.
- Vincular los programas para crear sinergias entre programas complementarios, evitando duplicidad de esfuerzos.
- Transparentar la asignación y el gasto de los recursos.

En este eje, se distinguen 23 objetivos distribuidos en ocho conjuntos de políticas, a saber:³³

1. Superación de la pobreza y desarrollo integral
2. Salud
3. Transformación Educativa
4. Pueblos Indígenas

³²*Ibíd.* p. 42.

³³ *Ibíd.*, p. 44.

5. Igualdad entre mujeres y hombres
6. Grupos Vulnerables
7. Familia, niños y jóvenes
8. Cultura, arte, deporte y recreación

La política que se enfoca en la *Superación de la pobreza y desarrollo integral* tiene como objetivos:³⁴

- Reducir el número de mexicanos en condiciones de pobreza con políticas públicas que superen un enfoque asistencialista, de tal modo que las personas puedan adquirir capacidades y generar oportunidades de trabajo.
- Apoyar a la población más pobre a elevar sus ingresos y a mejorar su calidad de vida, impulsando y apoyando la generación de proyectos productivos.
- Lograr un patrón territorial nacional que frene la expansión desordenada de las ciudades, provea suelo apto para el desarrollo urbano y facilite el acceso a servicios y equipamientos en comunidades tanto urbanas como rurales.

La política que se enfoca en el problema de *Salud* tiene como objetivos:³⁵

- Mejorar las condiciones de salud de la población
- Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez, y seguridad para el paciente.
- Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
- Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

³⁴ *Ibíd.* p. 45.

³⁵ *Ibíd.* p. 46.

La política que se enfoca en la *Transformación educativa* de la sociedad tiene como objetivos:³⁶

- Elevar la calidad educativa.
- Reducir las desigualdades regionales, de género y entre grupos sociales en las oportunidades educativas.
- Impulsar el desarrollo y utilización de nuevas tecnologías en el sistema educativo para apoyar la inserción de los estudiantes en la sociedad del conocimiento y ampliar sus capacidades para la vida.
- Promover la educación integral de las personas en todo el sistema educativo.
- Fortalecer el acceso y la permanencia en el sistema de enseñanza media superior, brindando una educación de calidad orientada al desarrollo de competencias.
- Ampliar la cobertura, favorecer la equidad y mejorar la calidad y pertinencia de la educación superior.

La política que se enfoca en los *Pueblos indígenas* tiene como objetivo:³⁷

- Incorporar plenamente a los pueblos y a las comunidades indígenas al desarrollo económico, social y cultural del país con respeto a sus tradiciones históricas y enriqueciendo con su patrimonio cultural a toda la sociedad.

La política que se enfoca en el problema de la *Igualdad entre mujeres y hombres* tiene como objetivos:³⁸

- Eliminar cualquier discriminación por motivos de género y garantizar la igualdad de oportunidades para que las mujeres y los hombres alcancen su pleno desarrollo y ejerzan sus derechos por igual.

³⁶ *Ídem.*

³⁷ *Ídem*

³⁸ *Ídem*

La política que se enfoca en los *Grupos vulnerables* tiene como objetivo:³⁹

- Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud.

La política que se enfoca en las *Familias, niños y jóvenes* tiene como objetivos:⁴⁰

- Desarrollar una política pública dirigida a la familia, entendida en su diversidad y complejidad, con el fin de reducir la vulnerabilidad social mediante la promoción y fortalecimiento como ámbito natural de prevención y desarrollo.
- Instrumentar políticas públicas transversales que garanticen las condiciones necesarias para el desarrollo integral de los jóvenes.
- Promover el desarrollo sano e integral de la niñez mexicana garantizando el pleno respeto a sus derechos, la atención a sus necesidades de salud, alimentación, educación y vivienda, y promoviendo el desarrollo pleno de sus capacidades.

La política que se enfoca en la *Cultura, arte, deporte y recreación* tiene como objetivos:⁴¹

- Lograr que todos los mexicanos tengan acceso a la participación y disfrute de las manifestaciones artísticas y del patrimonio cultural, histórico y artístico del país como parte de su pleno desarrollo como seres humanos.
- Impulsar la creación de múltiples opciones para la recreación y el entretenimiento para toda la sociedad.

³⁹ *Ibíd.* p. 47

⁴⁰ *Ídem*

⁴¹ *Ibíd.* p. 48.

- Fomentar una cultura de recreación física que promueva que todos los mexicanos realicen algún ejercicio físico o deporte de manera regular y sistemática.

Cada uno de los objetivos del eje Igualdad de Oportunidades, subraya lo que se pretende alcanzar, de estos se derivan las estrategias y los programas sectoriales con los cuales se llegará a la meta planeada. Para el desarrollo del análisis se enfocará en la política que observa el problema de la salud, en sí, en el objetivo de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. Parte de este objetivo para lograr la meta, lo llevará a cabo el Programa Sectorial de la Secretaría de Salud 2007-2012, con la meta de acreditar al 100% todas las unidades de salud que ofrecen servicios del SPSS.⁴² El Sistema de Protección de Seguridad Social, conocido como Seguro Popular, es el programa en el que se basará este análisis.

⁴² *Ibíd.* p. 77.

2. EL GASTO PÚBLICO ASIGNADO AL SEGURO POPULAR

El gasto público es el total de gastos realizados por el sector público, tanto en la adquisición y servicios como en la prestación de servicios de subsidios y transferencias. No hay una definición única de gasto público y frecuentemente varía, pero la definición más general, según Ayala (2001), consiste en:

- El gasto realizado por los departamentos gubernamentales en bienes y servicios, directamente o a través de subsidios
- Los pagos gubernamentales para el bienestar en seguridad social, intereses por concepto de deuda, y otros pagos de transferencias
- Gastos de capital realizados por las empresas públicas

El objetivo del capítulo es analizar la asignación de recursos públicos asignados al programa Seguro Popular. Para llevar a cabo el análisis se parte con una breve explicación del Presupuesto de Egresos de la Federación; en el segundo apartado, como se compone el gasto público en México; y en tercer apartado, analizar el presupuesto asignado al Seguro Popular.

2.1 El Presupuesto de Egresos de la Federación

La orientación, el destino y el tipo de gasto se detallan en el *Presupuesto de Egresos de la Federación*, documento que autoriza la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Este documento especifica el monto y destino de los recursos económicos que el Gobierno requiere durante un ejercicio fiscal, es decir, un año para obtener los resultados comprometidos y demandados por los diversos sectores de la sociedad. El presupuesto se divide en dos rubros básicos: ingreso y gasto, el cual debe ser compatible con la estabilidad macroeconómica y las necesidades económicas y sociales.⁴³

⁴³ José Ayala Espino, *Economía del Sector Público Mexicano* (México, Facultad de Economía-Universidad <Nacional Autónoma de México, 1999), p. 161.

Tanto la Ley de Ingresos de la Federación, como el *Presupuesto de Egresos de la Federación* son considerados instrumentos de los que dispone el Estado para influir de manera directa en la economía nacional. Mediante el *Presupuesto de Egresos de la Federación*, se autoriza el monto máximo de los recursos que el Gobierno puede realizar durante un periodo de tiempo determinado.⁴⁴

El Gobierno Federal obtiene los recursos necesarios a través de los pagos de impuestos y otras contribuciones de la sociedad: los ingresos del petróleo, la venta de bienes y servicios tanto de las empresas como de organismos públicos, las contribuciones de trabajadores y patrones al sistema de seguridad social; así como de financiamientos que contrata.⁴⁵ *El Presupuesto de Egresos de la Federación* debe ser preparado por el Ejecutivo Federal y presentado ante la Cámara de diputados para su aprobación.

Los principios presupuestarios constituyen normas básicas, entre los cuales se encuentran:⁴⁶

- **Equilibrio:** igualdad en los ingresos estimados y en los gastos previstos.
- **Periodicidad:** fijado en un periodo determinado de tiempo.
- **Unidad:** un único fondo de los ingresos y gastos.
- **Universalidad:** debe abarcar toda la actividad financiera del gobierno.
- **Especificación:** detalles sobre los ingresos y los gastos que lo integran.
- **Claridad y Uniformidad:** claro y uniforme en su estructura.
- **Exclusividad:** sólo debe relacionarse con materias financieras y programáticas.
- **Acuciosidad:** mayor grado posible de exactitud y sinceridad.
- **Publicación:** amplia difusión.
- **Programación:** orientación y fijación en los detalles de ingresos y gastos con la coherencia necesaria para configurar los programas.

⁴⁴*Ibíd*, p. 148.

⁴⁵*Ibíd*, p. 162.

⁴⁶*Ibíd*, p. 168.

El *Presupuesto de Egresos de la Federación* refleja las prioridades sociales tanto del gobierno como de la sociedad. Representa un proceso por medio del cual se formulan normas políticas, al mismo tiempo que se ponen en marcha programas de acción pública y se implantan controles legislativos y administrativos.⁴⁷

De manera de resumen, el Presupuesto de Egresos de la Federación es el documento jurídico y financiero que establece las erogaciones que realizará el gobierno federal entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de cada año.

2.2 El Gasto Público en México

El Gobierno requiere de recursos para poder cumplir con sus funciones y, para ello, hace uso del gasto público, instrumento por el cual influye en la asignación y la distribución de los ingresos, y en la estabilización de la economía. “El gasto público se refiere al valor total de las compras de bienes y servicios realizados por el sector gubernamental durante un periodo productivo.”⁴⁸ El gasto público es un elemento macroeconómico para estimular la producción, inversión, empleo, acumulación de capital, ahorro interno, etc.

Según Ayala (1999) el gasto público es el instrumento más poderoso con el que cuenta, a su disposición, el Estado Moderno para influir en la asignación y la distribución de los ingresos, en la estabilización o desestabilización económica. Sin importar cómo se distribuya el presupuesto, se tiene, como punto de referencia, las políticas de gasto. Se explica la necesidad del gasto público por las funciones que el Estado tiene en la economía:⁴⁹

- **Función asignación.** Es la capacidad del gobierno para influir, a través del gasto, en las decisiones de invertir, ahorrar, trabajar y consumir de los agentes económicos.

⁴⁷ *Ibíd*, p. 167.

⁴⁸ José Ayala Espino, *Economía del Sector Público Mexicano* (México, Facultad de Economía-Universidad Nacional Autónoma de México, 1999), p. 147.

⁴⁹ José Ayala Espino. *Economía Pública, una guía para entender el Estado* (México, Universidad Nacional Autónoma de México), p. 49.

- Función distribución. Capacidad del gobierno para distribuir una parte del excedente social entre miembros de la sociedad.
- Función estabilización. El gobierno influye en la marcha de la economía, ayudando a corregir la inflación y el desempleo.
- Función coordinación. Se refiere a que las primeras tres funciones básicas satisfagan simultáneamente la mayor parte de sus objetivos de manera consistente.

El Gasto Público es utilizado por el Gobierno Federal principalmente con los siguientes propósitos:⁵⁰

- Proporcionar servicios educativos y de salud
- Construir carreteras y viviendas
- Apoyar el desarrollo del campo
- Generar y distribuir energía eléctrica
- Garantizar la soberanía y seguridad nacional
- Procurar e impartir justicia
- Desarrollar actividades legislativas
- Transferir recursos a los estados y municipios
- Sostener relaciones con otros países
- Atender el costo financiero de la deuda

El principio, por el cual se rigen las actividades presupuestarias, es que todas las sociedades enfrentan una escasez de recursos frente a demandas o usos competitivos; por ello debe asignarse de la manera más eficiente. Este mecanismo, en la asignación, son los precios de mercado. Sin embargo, el mercado no siempre logra este tipo de resultados, no se garantiza que sean equitativos. Por ello, debe intervenir el Estado para proporcionar los bienes y servicios que el mercado es incapaz de proveer o que sean ineficientes.⁵¹

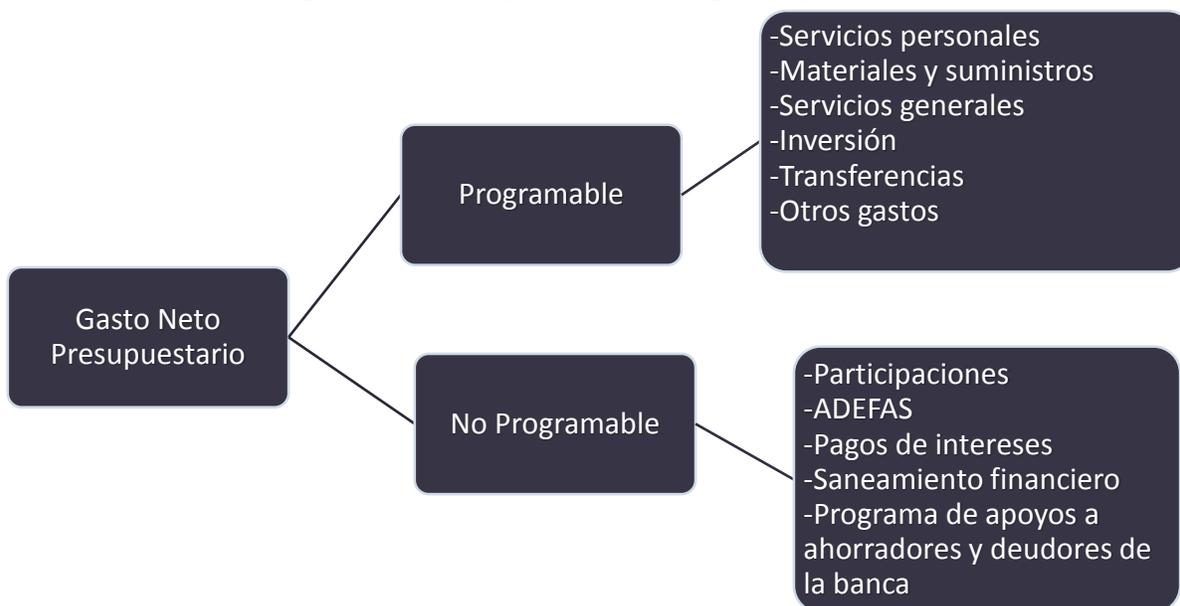
⁵⁰ *Ibíd.*, p. 149.

⁵¹ *Ibíd.* p.50.

Las actividades en las que se involucra el gobierno, a través del gasto, destina recursos a la provisión y/o producción de bienes o servicios públicos que el mercado no provee: salud pública gratuita y, en general, los servicios de asistencia social, educación pública gratuita, servicios colectivos, infraestructura básica, medio ambiente y preservación de recursos naturales, administración de justicia, etc. En todos estos ámbitos la asignación tiene que ser eficiente y equitativa.

El grado de desarrollo de una economía está determinado por las decisiones que el gobierno tome sobre el gasto público, ya que este desencadena una serie de reacciones que van más allá de sus objetivos presupuestales originales. Los agentes económicos toman decisiones, considerando el presupuesto público, es decir, el gasto público tiene un efecto multiplicador sobre toda la economía.

Figura 2.1 Componentes del gasto público



Fuente: Juan H. Amieva. *Finanzas Públicas en México*, México, 171.

El gasto neto presupuestario se clasifica en programable y no programable. El primero incluye los servicios personales, materiales y suministros; servicios generales a la población; gastos de inversión pública para la creación de

infraestructura; transferencias corrientes y de inversión, así como otras erogaciones.⁵²

El segundo, gasto no programable, incluye las participaciones que transfiere la federación a los gobiernos estatales y estos, a su vez, a los municipales, que son erogaciones de libre disponibilidad para los mismos y así proveer de bienes y servicios públicos a la población, adeudos de ejercicios fiscales anteriores, es decir, gasto público ejercido y pagado con posterioridad a éste, así como el costo financiero de la deuda integrado por varios componentes, y las erogaciones para los programas de apoyo a ahorradores y deudores de la banca. Son gastos no discrecionales cuya evolución depende de otras variables endógenas entre las que destacan las participaciones, servicios de la deuda y las ADEFAS.⁵³

El gasto programable, por su naturaleza, se puede ordenar de acuerdo a tres clasificaciones:⁵⁴

1. Administrativa. Establece quién gasta: los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, y los órganos autónomos.
2. Económica. Especifica en qué se gasta: gasto corriente o de capital.
3. Funcional. Indica para qué se gasta: para el desarrollo social y productivo o para la gestión gubernamental.

La clasificación administrativa del gasto programable identifica al gasto como aquel que le permite a las instituciones públicas financiar sus programas de trabajo con el fin de ofrecer bienes y servicios a la población. El Gobierno Federal incluye a los 3 poderes, junto con el INE y la CNDH. La Administración Pública Centralizada agrupa a todas las dependencias del poder ejecutivo. Los organismos y empresas de control presupuestario directo incluyen a: PEMEX, CFE, IMSS e ISSTE.

⁵² *Ibíd.* p. 166.

⁵³ *Ibíd.* p. 171.

⁵⁴ *Ibíd.* p. 165.

**Cuadro 2.2 Clasificación administrativa, económica y funcional del gasto
presupuestable del Sector Público**

Administrativa	Económica	Funcional
Gobierno Federal	Gasto Corriente	Funciones de gobierno
<u>Ramos Autónomos</u>	Servicios personales	Legislación
Legislativo	Materiales y suministros	Soberanía
Judicial	Servicios generales	Relaciones exteriores
Instituto Nacional Electoral	Subsidios y transferencias	Hacienda
Comisión Nacional de Derechos Humanos	Provisiones económicas	Gobernación
<u>Ramos Administrativos</u>	Pensiones y jubilaciones	Orden, seguridad y justicia
Presidencia de la República	Gasto de inversión (capital)	Administración pública
Gobernación	Bienes muebles e inmuebles	Otros bienes y servicios públicos
Relaciones Exteriores	Obra pública	Funciones de desarrollo social
Hacienda y Crédito Público	Inversión financiera	Educación
Defensa Nacional	Subsidios y Transferencias	Salud
Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación	Participaciones de ingresos, aportaciones federales y gasto reasignado	Seguridad social
		Urbanización, vivienda y desarrollo regional
Comunicaciones y Transportes		Funciones de desarrollo económico
Economía		Energía
Educación Pública		Comunicaciones y transportes
Marina		Desarrollo agropecuario y forestal
Trabajo y Previsión Social		Temas laborales
Salud		Temas empresariales
Medio Ambiente y Recursos Naturales		Servicios financieros
Procuraduría General de la República		Turismo
Energía		Ciencia y tecnología
Desarrollo Social		Temas agrarios
Turismo		Desarrollo sustentable
Función Pública		
Tribunal Agrario		
Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa		
Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano		
Consejería Jurídica		
CONACYT		
<u>Ramos Generales</u>		
Aportaciones a Seguridad Social		
Provisiones Salariales y Económicas		
Provisiones y Aportaciones para los sistemas de Educación Básica, Normal, Tecnológica y de Adultos		

Fuente: Juan H. Amieva. *Finanzas Públicas en México*, México, 167.

La clasificación económica, divide el gasto programable en gasto corriente y gasto de capital. El gasto corriente es el gasto realizado para la compra de factores de la producción, que se consumirán en el ejercicio presupuestal, todo esto para su funcionamiento normal. El gasto de capital es el que se utiliza para cubrir las necesidades de inversión pública, es decir, aquellos gastos que no realiza la inversión privada.⁵⁵

La tercera clasificación, denominada funcional del gasto programable, indica los recursos que se orientan al desarrollo social, al fortalecimiento productivo y a la gestión gubernamental. Esta clasificación ilustra las prioridades de atención del sector público, al concentrar la mayor cantidad de recursos en las funciones de educación, salud, seguridad social y desarrollo regional.

2.3 Presupuesto asignado al Seguro Popular

En los Artículos 77° Bis 11 al 13 y Bis 21 y 25 de la Ley General de Salud (LGS) se establece el modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); el cual se sustenta en un esquema tripartido por la Federación, las entidades federativas, y los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema y, en el caso de los estados, su participación es equivalente a la mitad de la cuota social, para que, finalmente, los beneficiarios del programa participen con cuotas familiares anticipadas, anuales y progresivas, las cuales se determinan con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia.⁵⁶

La cuota social es cubierta de manera solidaria por la federación y los estados; en promedio, cinco séptimas partes de ésta son cubiertas por el Gobierno Federal, mientras que las entidades federativas y los beneficiarios cubren el resto. Para las familias más pobres existe un régimen no contributivo. Para el ejercicio 2014, la cuota social fue de \$880.19 pesos mexicanos, sumándole la aportación federal de

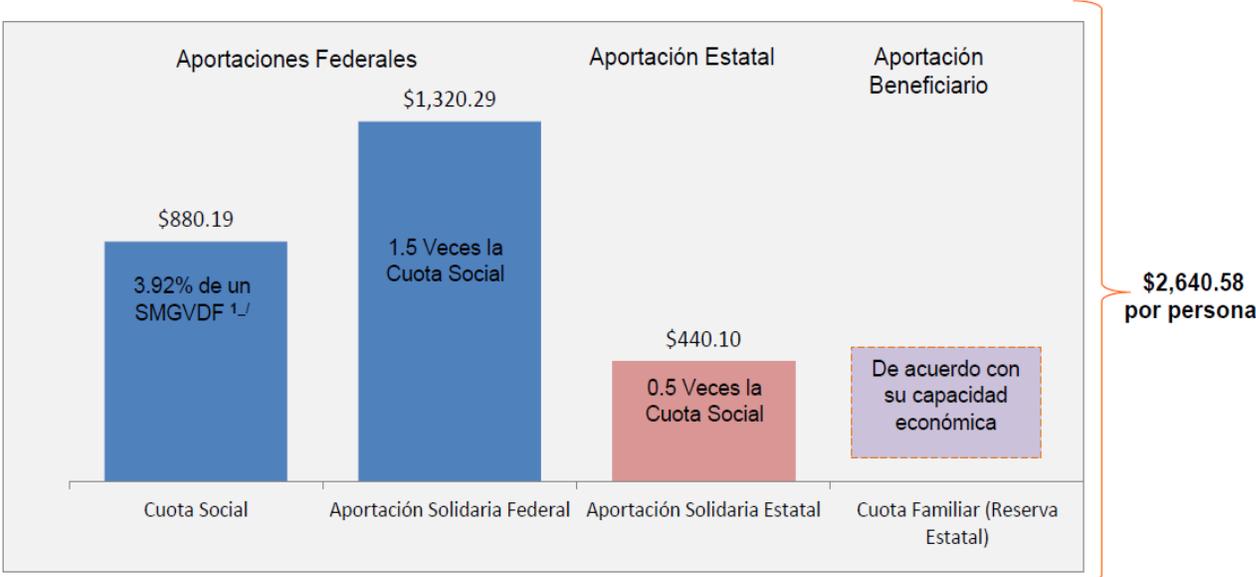
⁵⁵ *Ibíd.* p. 166.

⁵⁶ Nelly Aguilera Aburto. *op. cit.*, p. 50.

\$1,320.29 da un total de \$2,200.48 pesos mexicanos de aportaciones federales, mientras que la aportación solidaria estatal fue de \$440.10 pesos mexicanos. La aportación anual por persona para el ejercicio 2012 fue de \$2,640.58 pesos mexicanos más la cuota familiar, de acuerdo con su capacidad económica.⁵⁷

Los recursos que recibe la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en cada ejercicio presupuestal, por concepto de cuota social y aportación solidaria federal, corresponden al concepto de subsidios. Del total que recibe, el 98.5% aproximadamente es dirigido para el Seguro Popular y el 1.5% restante se destina al gasto de operación de operación de la CNPSS. La Comisión transfiere a los estados el 89% de los recursos del Seguro Popular para que las REPSS garanticen el acceso de los afiliados al Catálogo Universal de Servicios de Salud, el 8% se asigna al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC), y el 3% se asigna al Fondo de Previsión Presupuestal.⁵⁸

Figura 2.3 Aportación anual por persona para el ejercicio 2012

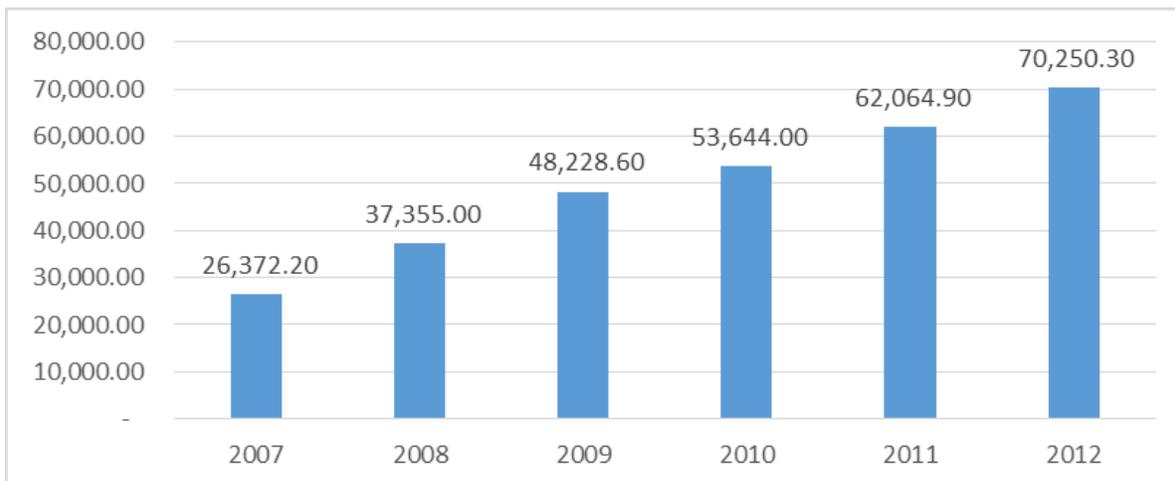


Fuente: Secretaría de Salud. Seguro Popular p. 11

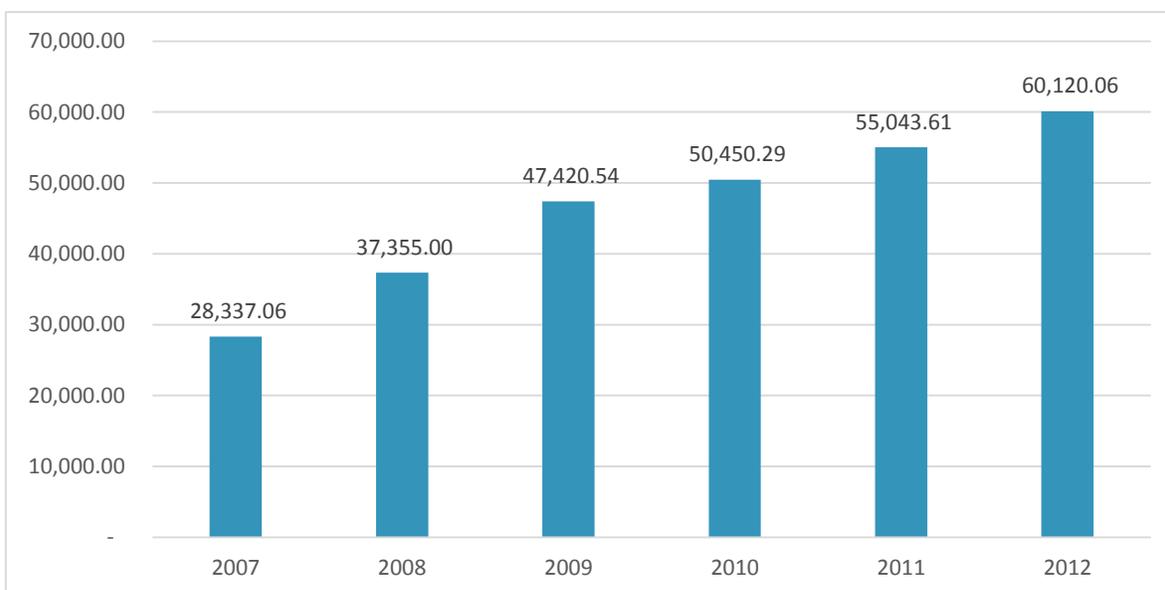
⁵⁷ Secretaría de Salud. *Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro Popular. Perspectivas, foro de consulta hacia un Programa de Desarrollo Social* p. 11.

⁵⁸ Nelly Aguilera Aburto. *op. cit.*, p. 47.

**Gráfica 2.4 Presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud
(Millones de pesos corrientes)**



**Gráfica 2.5 Presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud
(Millones de pesos constantes de 2008)**



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012 [consultadas en www3.diputados.gob.mx]

El monto de los recursos que son transferidos a los estados puede ser destinado a la compra de medicamentos, a acciones de promoción y prevención, y hasta 6% en gasto operativo de los Regímenes Estatales (REPSS).⁵⁹

⁵⁹ *Ídem*

La eficacia del Sistema de Protección Social en Salud depende del crecimiento del presupuesto asignado al Seguro Popular. En la siguiente gráfica 2.5 expone como ha sido el crecimiento del presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud. Se observa que aparentemente el gasto asignado se duplica del 2008 para el 2012, sin embargo ya evaluándolo en precios de 2008 el presupuesto no llega a duplicarse, pero aun así es un significativo incremento.

El cuadro 2.7 muestra el porcentaje que representa tanto la función de desarrollo social como el Sistema de Protección Social en Salud dentro del Gasto Programable para el periodo 2007-2012. Se puede observar que, para el 2007, la función de desarrollo social representaba el 59% del total del Gasto Programable, demostrando que una de las prioridades del Gobierno Federal es el Desarrollo Social de la población. Dentro de la función de desarrollo social, se encuentran la subfunción Salud, representando el 15% del total del Gasto Programable con un importe de \$280,935 millones de pesos en precios corrientes y en precios de 2008 son \$301,866.04, destinando al Sistema de Protección Social en Salud el presupuesto de \$26,372.2 millones de pesos corrientes y en precios de 2008 \$28,337.06 correspondiente al 1% del Gasto Programable.

Cuadro 2.6 Gasto Programable 2007-2012 sobre el Sistema de Protección Social en salud (Millones de pesos corrientes)

Grupo Funcional / Función /Subfunción	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto Programable	1,911,320.80	2,229,154.50	2,459,609.70	2,640,625.20	2,884,915.80	2,869,583.00
Funciones de Desarrollo Social	1,135,628.70	1,326,539.70	1,333,971.20	1,476,862.20	1,636,605.90	1,661,339.30
Salud	280,935.00	291,460.00	338,807.00	355,907.00	413,587.00	430,991.40
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	14,583.20	14,873.90	15,877.90	18,780.00	19,609.80	21,543.70
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	222,477.80	214,013.20	249,656.90	261,092.00	310,542.80	315,062.80
Generación de Recursos Para la Salud	12,452.40	19,516.30	16,967.80	12,684.00	11,761.60	14,462.70
Rectoría del Sistema Nacional de Salud	5,050.20	5,701.60	8,075.90	9,706.00	9,607.90	9,672.00
Protección Social en Salud*	26,372.20	37,355.00	48,228.60	53,644.00	62,064.90	70,250.30

*Sistema de Protección Social en Salud, es decir, el Seguro Popular

Fuente: Elaboración propia con datos de las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, consultadas en www3.diputados.gob.mx

**Cuadro 2.7 Porcentaje que se ocupa dentro del Gasto Programable 2007-2012
(Millones de pesos a precios de 2008)**

Grupo Funcional / Función /Subfunción	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Estructura %					
							2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto Programable	2,053,723.59	2,229,154.50	2,418,399.50	2,483,414.71	2,558,550.55	2,455,783.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Desarrollo Social	1,220,238.62	1,326,539.70	1,311,620.82	1,388,936.72	1,451,459.67	1,421,770.62	59%	60%	54%	56%	57%	58%
Salud	301,866.04	291,460.00	333,130.37	334,717.96	366,798.66	368,841.52	15%	13%	14%	13%	14%	15%
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	15,669.72	14,873.90	15,611.87	17,661.93	17,391.38	18,437.05	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	239,053.49	214,013.20	245,473.96	245,547.80	275,411.66	269,630.07	12%	10%	10%	10%	11%	11%
Generación de Recursos Para la Salud	13,380.16	19,516.30	16,683.51	11,928.85	10,431.03	12,377.15	1%	1%	1%	0%	0%	1%
Rectoría del Sistema Nacional de Salud	5,426.46	5,701.60	7,940.59	9,128.15	8,520.98	8,277.28	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Protección Social en Salud*	28,337.06	37,355.00	47,420.54	50,450.29	55,043.61	60,120.06	1%	2%	2%	2%	2%	2%

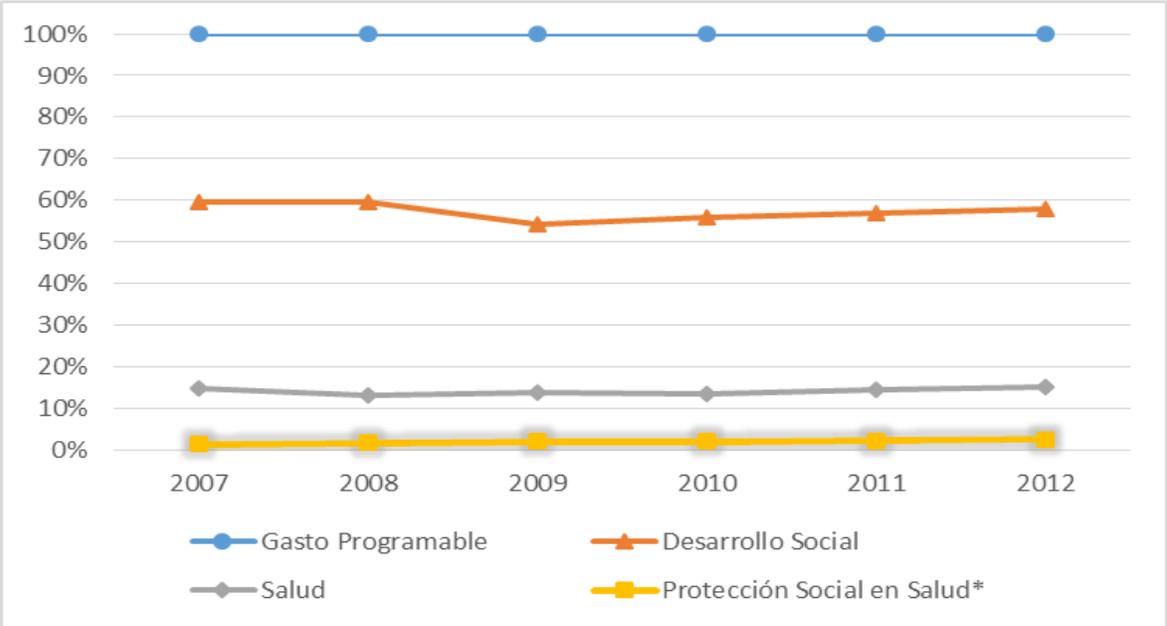
*Sistema de Protección Social en Salud, es decir, el Seguro Popular

Fuente: Elaboración propia con datos de las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, consultadas en www3.diputados.gob.mx

Para los años posteriores se puede apreciar que el presupuesto asignado a la Función de Desarrollo Social se mantiene constante, excepto en el año 2009 que representó tan solo el 54% del Gasto Programable. Sin embargo esto no afectó al presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud, ya que no sufrió ninguna modificación y se mantuvo constante en 2% con respecto al Gasto Programable los años posteriores.

A manera de conclusión, el presupuesto asignado al Seguro Popular no vio represalias negativas, sin embargo tampoco aumentó y se mantuvo igual por 4 años seguidos de manera porcentual, con respecto al Gasto Programable.

Gráfica 2.8 Estructura porcentual con respecto al Gasto Programable



Fuente: Elaboración propia con datos de las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, [consultadas en www3.diputados.gob.mx]

**Cuadro 2.9 Diferencia del Gasto Programable 2007-2012 sobre el Sistema de Protección Social en Salud
(Millones de pesos a precios de 2008)**

Grupo Funcional / Función /Subfunción	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Diferencia				
							2008-2007	2009-2008	2010-2009	2011-2010	2012-2011
Gasto Programable	2,053,723.59	2,229,154.50	2,418,399.50	2,483,414.71	2,558,550.55	2,455,783.00	175,430.91	189,245.00	65,015.21	75,135.84	- 102,767.55
Funciones de Desarrollo Social	1,220,238.62	1,326,539.70	1,311,620.82	1,388,936.72	1,451,459.67	1,421,770.62	106,301.08	- 14,918.88	77,315.91	62,522.94	- 29,689.05
Salud	301,866.04	291,460.00	333,130.37	334,717.96	366,798.66	368,841.52	-10,406.04	41,670.37	1,587.59	32,080.70	2,042.86
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	15,669.72	14,873.90	15,611.87	17,661.93	17,391.38	18,437.05	-795.82	737.97	2,050.06	- 270.55	1,045.67
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	239,053.49	214,013.20	245,473.96	245,547.80	275,411.66	269,630.07	-25,040.29	31,460.76	73.85	29,863.86	- 5,781.59
Generación de Recursos Para la Salud	13,380.16	19,516.30	16,683.51	11,928.85	10,431.03	12,377.15	6,136.14	- 2,832.79	- 4,754.65	-1,497.82	1,946.12
Rectoría del Sistema Nacional de Salud	5,426.46	5,701.60	7,940.59	9,128.15	8,520.98	8,277.28	275.14	2,238.99	1,187.56	-607.17	- 243.70
Protección Social en Salud*	28,337.06	37,355.00	47,420.54	50,450.29	55,043.61	60,120.06	9,017.94	10,065.54	3,029.75	4,593.32	5,076.45

*Sistema de Protección Social en Salud, es decir, el Seguro Popular

Fuente: Elaboración propia con datos de las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, consultadas en www3.diputados.gob.mx

El cuadro 2.9 muestra el crecimiento que ha tenido el Gasto Programable, la Función de Desarrollo Social y la subfunción Salud completa, así como la diferencia que tiene el gasto asignado de un año a otro. Se puede observar que el Gasto Programable del año 2007 al 2008 tuvo un incremento por \$175,430.91 millones de pesos, y para el año 2008 al 2009 fue de \$189,245.00, sin embargo la diferencia, año con año posteriormente, se ve reducida de manera significativa, esto debido al posible recorte de presupuesto como medida preventiva del Gobierno Federal a causa de la crisis inmobiliaria estallada en el 2008.

Tanto fue el recorte del presupuesto que, para el 2012, se asignó un gasto menor, comparado con el 2011, por una diferencia de -\$102,767.55 millones de pesos. En efecto, estos recortes en el Gasto Programable afecto de manera directa en la Función de Desarrollo Social que, para el 2009 muestra una caída y una segunda, para el 2012, el presupuesto asignado a Desarrollo Social disminuyó por \$29,689.054 millones de pesos con respecto al año anterior.

Con respecto a la subfunción Salud y el Sistema de Protección Social en Salud, sus presupuestos muestran un comportamiento similar al gasto asignado del Gasto Programable y de la Función de Desarrollo Social. Por ende, los recursos asignados al Seguro Popular han aumentado de manera lenta por la medida preventiva del Gobierno Federal.

**Cuadro 2.10 Variación del Gasto Programable 2007-2012 sobre el Sistema de Protección Social en salud
(Millones de pesos a precios de 2008)**

Grupo Funcional / Función /Subfunción	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Variación Real				
							2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011
Gasto Programable	2,053,723.59	2,229,154.50	2,418,399.50	2,483,414.71	2,558,550.55	2,455,783.00	8.54%	8.49%	2.69%	3.03%	-4.02%
Funciones de Desarrollo Social	1,220,238.62	1,326,539.70	1,311,620.82	1,388,936.72	1,451,459.67	1,421,770.62	8.71%	-1.12%	5.89%	4.50%	-2.05%
Salud	301,866.04	291,460.00	333,130.37	334,717.96	366,798.66	368,841.52	-3.45%	14.30%	0.48%	9.58%	0.56%
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	15,669.72	14,873.90	15,611.87	17,661.93	17,391.38	18,437.05	-5.08%	4.96%	13.13%	-1.53%	6.01%
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	239,053.49	214,013.20	245,473.96	245,547.80	275,411.66	269,630.07	-10.47%	14.70%	0.03%	12.16%	-2.10%
Generación de Recursos Para la Salud	13,380.16	19,516.30	16,683.51	11,928.85	10,431.03	12,377.15	45.86%	-14.52%	-28.50%	-12.56%	18.66%
Rectoría del Sistema Nacional de Salud	5,426.46	5,701.60	7,940.59	9,128.15	8,520.98	8,277.28	5.07%	39.27%	14.96%	-6.65%	-2.86%
Protección Social en Salud*	28,337.06	37,355.00	47,420.54	50,450.29	55,043.61	60,120.06	31.82%	26.95%	6.39%	9.10%	9.22%

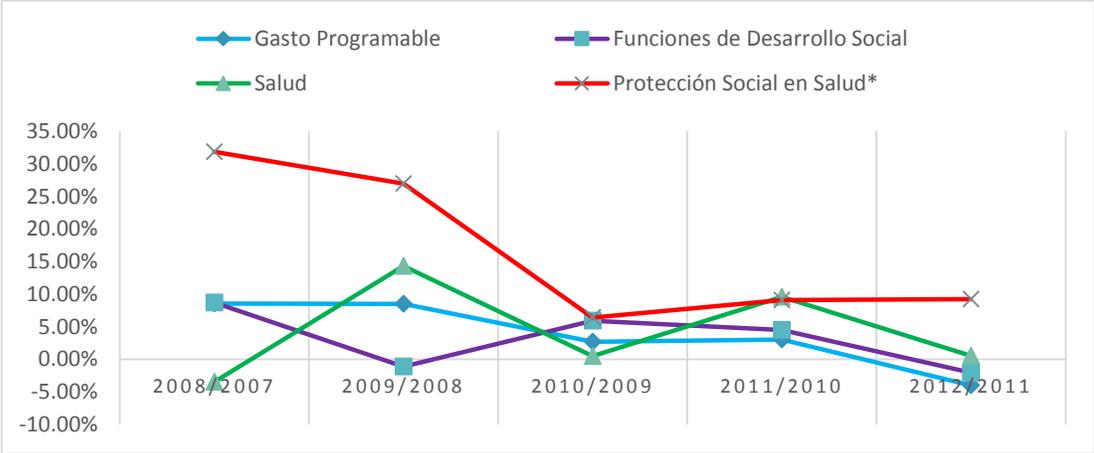
*Sistema de Protección Social en Salud, es decir, el Seguro Popular

Fuente: Elaboración propia con datos de las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, consultadas en www3.diputados.gob.mx

En el cuadro 2.10 se observa la variación real de un año a otro, demostrando porcentualmente cuánto se incrementó el presupuesto asignado. Este cuadro demuestra que hubo un gran recorte de presupuesto ya que, del 2007 al 2008, con una variación nominal del 8.54%, fue el mayor incremento de recurso asignado al Gasto Programable a comparación con los años posteriores que el mayor solo llegó a 8.49% del 2008 al 2009 y el de menor incremento, que incluso llegó a decrecer, fue de -4.02% del 2011 al 2012.

La función de desarrollo social, de igual manera que el Gasto Programable, incrementó a su máximo punto del 2007 al 2008 en 8.71%, y con el recorte de presupuesto para el cambio del 2011 al 2012 decreció -2.05% su presupuesto. Para la subfunción Salud en un inicio sufre una disminución del año 2007 al 2008 del 3.45%, y para el 2008 al 2009 aumenta en un 14.3%, sin embargo volvió a caer su aumento de presupuesto de 2011 a 2012 a 0.56%. En el caso del Sistema de Protección Social en Salud, éste tuvo una gran variación positiva del 2007 al 2008 del 31.82%, sin embargo a partir del 2009 fue disminuyendo su gasto asignado, en un inicio 26.95%. Ya para el periodo del 2010 al 2012, se mantuvo constante el incremento entre 9.10% y 9.22%.

Gráfica 2.11 Variación real del gasto asignado 2007-2012



Fuente: Elaboración propia con datos de las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, [consultadas en www3.diputados.gob.mx]

**Cuadro 2.12 Evolución del presupuesto asignado como porcentaje del PIB 2007-2012
(Millones de pesos a precios de 2008)**

Grupo Funcional / Función /Subfunción	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Porcentaje del PIB					
							2007	2008	2009	2010	2011	2012
Producto Interno Bruto	11,778,877.72	11,941,199.48	11,374,629.55	11,965,979.01	12,435,057.58	12,937,094.41	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
Gasto Programable	2,053,723.59	2,229,154.50	2,418,399.50	2,483,414.71	2,558,550.55	2,455,783.00	17.44%	18.67%	21.26%	20.75%	20.58%	18.98%
Desarrollo Social	1,220,238.62	1,326,539.70	1,311,620.82	1,388,936.72	1,451,459.67	1,421,770.62	10.36%	11.11%	11.53%	11.61%	11.67%	10.99%
Salud	301,866.04	291,460.00	333,130.37	334,717.96	366,798.66	368,841.52	2.56%	2.44%	2.93%	2.80%	2.95%	2.85%
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	15,669.72	14,873.90	15,611.87	17,661.93	17,391.38	18,437.05	0.13%	0.12%	0.14%	0.15%	0.14%	0.14%
Prestación de Servicios de Salud a la Persona	239,053.49	214,013.20	245,473.96	245,547.80	275,411.66	269,630.07	2.03%	1.79%	2.16%	2.05%	2.21%	2.08%
Generación de Recursos Para la Salud	13,380.16	19,516.30	16,683.51	11,928.85	10,431.03	12,377.15	0.11%	0.16%	0.15%	0.10%	0.08%	0.10%
Rectoría del Sistema Nacional de Salud	5,426.46	5,701.60	7,940.59	9,128.15	8,520.98	8,277.28	0.05%	0.05%	0.07%	0.08%	0.07%	0.06%
Protección Social en Salud*	28,337.06	37,355.00	47,420.54	50,450.29	55,043.61	60,120.06	0.24%	0.31%	0.42%	0.42%	0.44%	0.46%

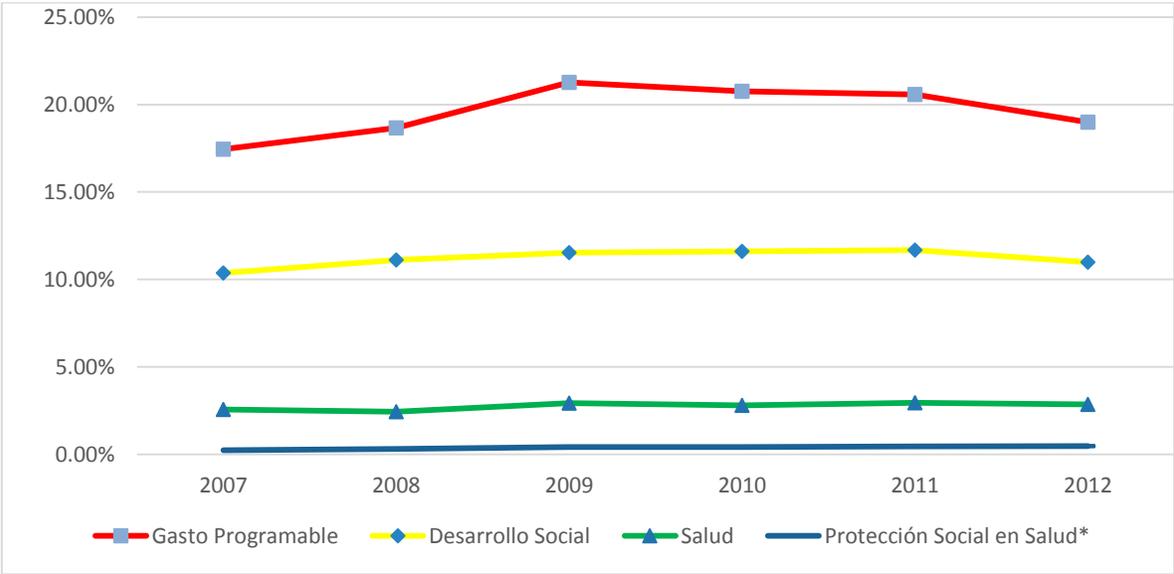
*Sistema de Protección Social en Salud, es decir, el Seguro Popular

Fuente: Elaboración propia con datos de las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, consultadas en www3.diputados.gob.mx y con cifras finales proporcionadas por INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales de México.

En el cuadro 2.12 se contempla el presupuesto asignado como porcentaje del PIB respectivamente de cada año. Para el 2007 el Gasto Programable representó el 17.44% del Producto Interno Bruto del mismo año a precios del 2008, y de este presupuesto asignado más del 50%, cerca del 60%, se destinó a la función de desarrollo social. La subfunción Salud representó el 2.56% del PIB del 2007, y sólo el 0.24% llegó a representar el Sistema de Protección Social en Salud.

A pesar de los datos registrados en los cuadros anteriores, enfatizando la disminución del gasto asignado a la subfunción Salud y en especial al SPSS, con este cuadro se observa que la asignación a Salud, como porcentaje del PIB, se ha mantenido constante. En el caso del Seguro Popular a partir del 2009 se mantuvo en el 0.40% respecto al PIB hasta llegar al 0.46% en el 2012.

Gráfica 2.13 Evolución del presupuesto asignado como porcentaje del PIB 2007-2012



Fuente: Elaboración propia con datos de las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, [consultadas en www3.diputados.gob.mx] y con cifras finales proporcionadas por INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales de México

Con el presupuesto asignado al SPSS, además de pagar gastos de operación, se llevaron a cabo las actividades con las que cuenta. El Seguro Popular es un sistema

de aseguramiento público y voluntario que promueve el acceso efectivo gratuito a los servicios médicos-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios. Estas atenciones deben de ser efectivas, oportunas, de calidad y sin costo, por ello es importante una buena asignación de recursos para poder cumplir satisfactoriamente con los objetivos del Seguro Popular. Sin embargo, lo que reflejan los datos, a pesar de existir un ligero incremento de un año a otro, es que se estancó el gasto destinado para ello.

A pesar del estancamiento del gasto para el Desarrollo Social, el Seguro Popular sigue operando y reporta resultados año con año. La meta que el Seguro Popular pretende a alcanzar en el año que se trate, está relacionada con la disponibilidad autorizada en el *Presupuesto de Egresos de la Federación* y las aportaciones que deben realizar las entidades federativas. Sin embargo, el presupuesto asignado está en relación con las personas afiliadas. Para obtener una mayor asignación de gasto se debería determinar una mayor aportación federal y estatal por cada individuo y, de igual manera, seguir con el proceso de afiliación a la población que no cuenta con seguridad social.

3. La propuesta del Seguro Popular

*“La salud no lo es todo pero sin ella,
todo lo demás es nada”*

Arthur Schopenhauer (1788-1860)

Con la introducción del Seguro Popular aumentó notablemente el monto de personas aseguradas y con ello el presupuesto asignado. Sin embargo, un aumento del presupuesto no significa, en todos los casos, que el programa sea eficiente.

El objetivo del capítulo es inspeccionar el Programa Seguro Popular, para efectuarlo se realiza una investigación de cómo surgió el programa; los lineamientos generales del programa; el proceso de afiliación al programa; el marco normativo que regula al Seguro Popular; una revisión al Catálogo Universal de Servicios de Salud, y por último los resultados que el Seguro Popular ha obtenido.

3.1 ¿Cómo surgió el Seguro Popular?

Actualmente en México, la salud es considerada como un derecho social fundamental, universalmente reconocido a todas las personas otorgando “Garantizar el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”⁶⁰. Dicha garantía constitucional ha sido posible gracias a la construcción del concepto de salud como un derecho para todos los mexicanos, y no como un sinónimo de asistencia pública que se había considerado en otros años.

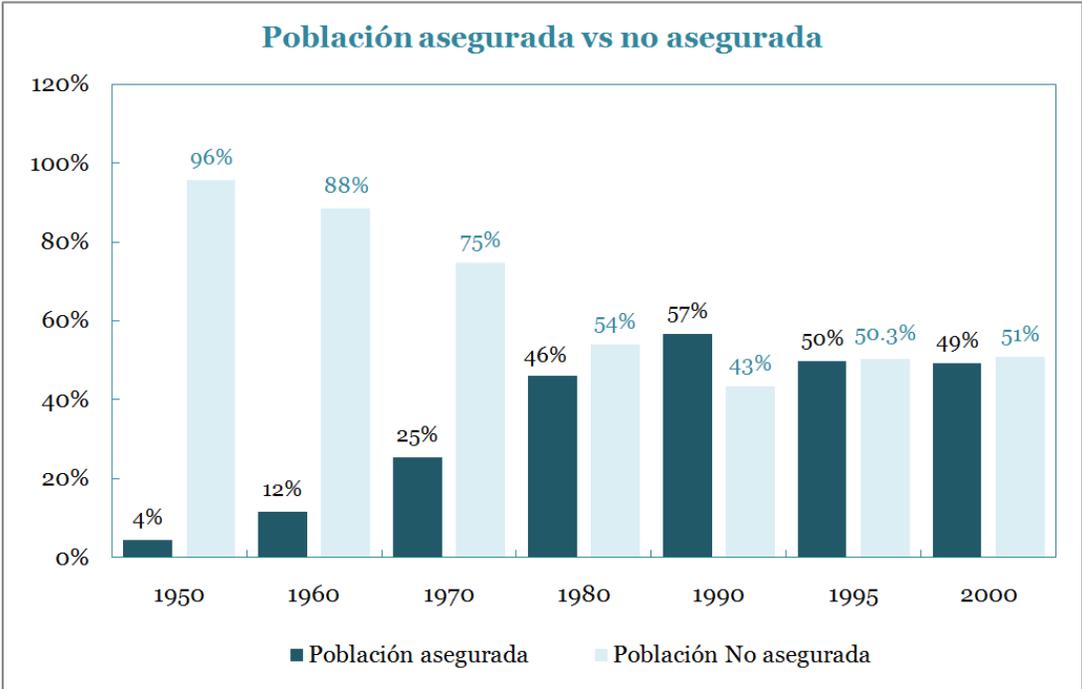
Brugada Molina (2004) indica que el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud es posible por la edificación del Sistema Nacional de Salud en México (SNS) por medio del cual se otorga el acceso a la salud, dicho Sistema ha sido un esfuerzo del Estado Mexicano a través de los años, a partir de la creación de infraestructura, recursos humanos, conocimiento, y la consolidación de un Sistema de Salud, el cual

⁶⁰ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados del SPSS 2011*, Sistema de Protección Social en Salud.

ha sufrido modificaciones importantes dando por resultado el Sistema con el que actualmente se tiene.

Sin embargo, para el año 2000 el 51% de la población se encontraba fuera de la cobertura de las instituciones de seguridad social, es decir 49 millones de personas pertenecían al componente de población abierta o sin seguridad social. Para acceder a los servicios de salud, había que acudir a prestadores de servicios privados o a los servicios de los estados mediante el pago del costo por el servicio, al no ser derechohabiente. El acceso a la salud para la población abierta o sin seguridad social era casi imposible, ya que representaba un desembolso significativo para la economía familiar y personal.

Cuadro 3.1 Población asegurada vs Población no asegurada de 1950 a 2000



Fuente: INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1950 a 1980, 2009, Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud 1990 a 2000, 2011. Y Evolución, Resultados y Perspectivas del Sistema de Protección Social en Salud, 2010. http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_3_Analisis_efectos_condiciones_salud.pdf

Por otra parte, existían diversos desequilibrios en el sector de salud, por ejemplo:

1. Bajo nivel de inversión

A principios del año 2000, México invirtió en salud 5.6% del Producto Interno Bruto (PIB), esta cifra resultaba menos al 6.6% del promedio en los países de América Latina.⁶¹

2. Alto nivel de gasto de bolsillo en salud

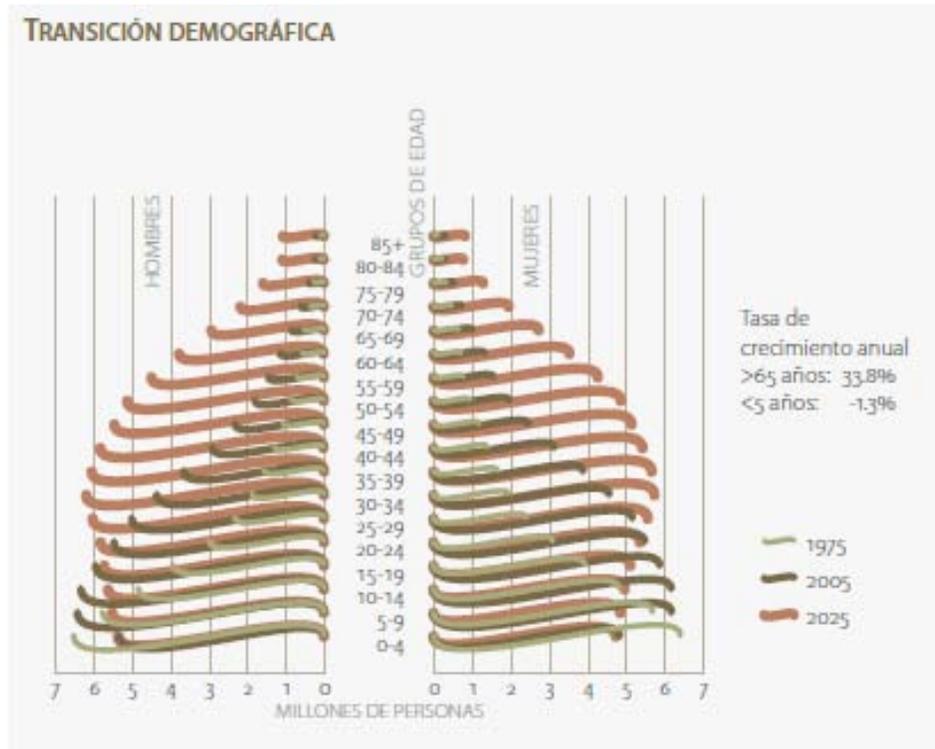
3. Los recursos destinados al fortalecimiento de la infraestructura han sido insuficientes y menores respecto al gasto de operación y en servicios personales

Para el año 2000, el Sistema de Seguridad Social Mexicano comenzaba a agotarse en cuanto a la atención hospitalaria y la medicina de especialidad, el sistema no estaba dando la cobertura necesaria para el País. Esto fue debido a los cambios demográficos, epidemiológicos y económicos.

En el aspecto demográfico México experimentó procesos de enorme trascendencia: Disminuyó la mortalidad general de 35 a 4.5 muertes anuales por 1000 habitantes e infantil de 200 a 26 decesos por 1000; en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad de 6 a 2.4 hijos por mujer en edad fértil; junto con un incremento de la esperanza de vida, da como resultado un incremento de personas de edad avanzada en la estructura poblacional. En este sentido a mediados del siglo XXI uno de cada 5 mexicanos será mayor de 65 años y además del aumento en la demanda de pensiones y servicios de salud, experimentarán enfermedades que requerirán de atención médica más compleja y como resultado se generará una gran presión en el Sistema de Salud.

⁶¹ Organización Mundial de la Salud, World Health Statistics, 2008.

Tabla 3.2 Transición demográfica en México



Fuente: Programa de Acción Especifico 2007-2012 SPSS, CNPSS, SS pág. 24.

Cuadro 3.3 Dinámica Demográfica en México

Indicadores	1970	1980	1990	2000	2006	2030
Población (Millones)	50.4	67.5	84.7	100.5	107.5	127.2
Crecimiento anual (%)	3.1	3.1	2.3	1.7	1.2	0.8
Grupos de edad						
0-14 (%)	48	45	40	33	29	20
15- 65 (%)	48	51	56	62	66	68
65- más (%)	4	4	4	5	5	12
Muertes (Miles)	485	434	422	460	505	810
Nacimientos (millones)	2.1	2.4	2.3	2.2	1.9	1.7

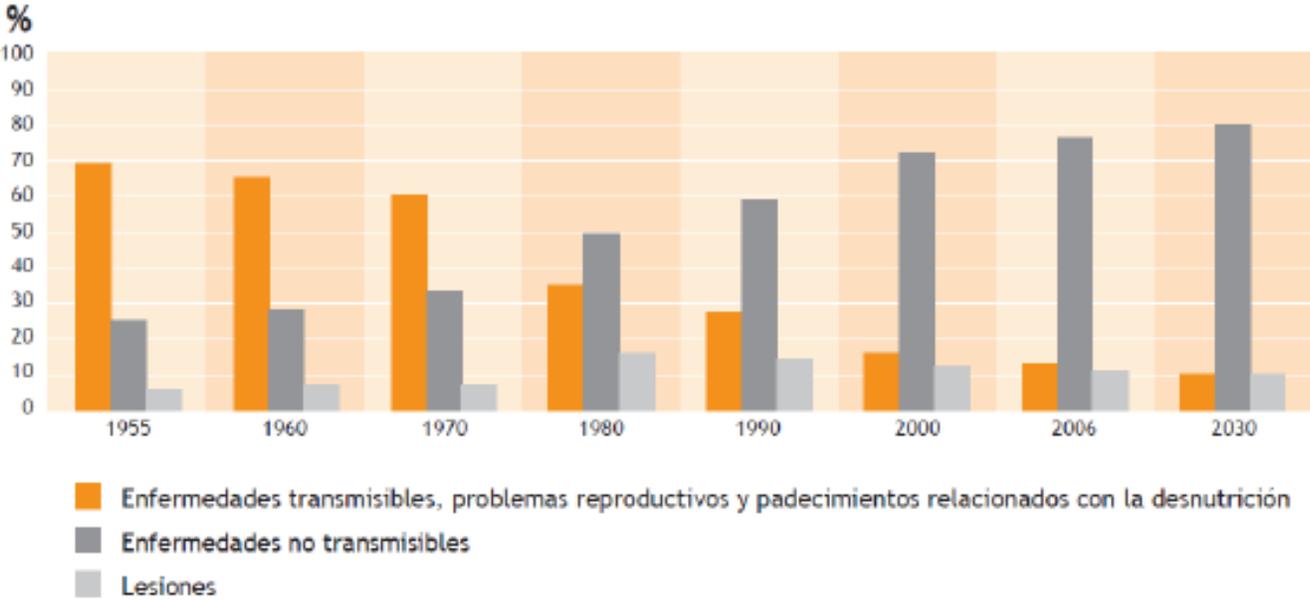
Fuente: Programa de Acción Especifico 2007-2012 SPSS, CNPSS, SS pág. 24.

Otro proceso demográfico fue la desorganizada distribución espacial de la población, ya que un gran porcentaje se concentra en las principales urbes del país. La concentración de la población conduce a un acceso limitado a los servicios de salud de una población con grandes necesidades.

En el aspecto epidemiológico se experimentan padecimientos típicos de países en desarrollo. Por otro lado, comienzan a tomar relevancia las enfermedades no transmisibles producidas por riesgos asociados a la industrialización como enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, trastornos mentales, cáncer, entre otras, las cuales se hacen más caras y las vuelve más complejas para la atención.⁶²

Cuadro 3.4 Muertes por distintos tipos de padecimientos, México 1995-2030

Las muertes por enfermedades no transmisibles y lesiones concentran casi 85% del total de muertes en el país



Fuente: Programa Nacional de Salud 2007- 2012, Pág. 25

Los patrones epidemiológicos se encuentran relacionados con el nivel de desarrollo, por lo que gran parte de la población sin seguridad social se encuentra en una situación económica desfavorable.

Y por último, en el aspecto económico, la creciente participación de la mujer en la fuerza laboral ha desencadenado la ausencia de las figuras paternas en los hogares; en este contexto, las instituciones de salud contaban con el cargo de las

⁶² Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012, Pág. 25

mujeres, las nuevas sociedades hacen que la mujer participe en el mercado laboral, reduciendo la posibilidad del tiempo para atender a sus hijos. Con la posibilidad de la presencia de estilos de vida poco saludables como la mala nutrición, consumo excesivo de calorías, sedentarismo, consumo de sustancias adictivas, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, etc.

A partir del contexto descrito se dan diversas investigaciones en las que resalta la Fundación Mexicana para la Salud y el Informe sobre la Salud en el mundo 2001 de la OMS. Dichos estudios identificaron retos que enfrentaba el Sistema de Salud para poder mejorar las condiciones de la población, en donde destacan el “Sistema Universal”, derecho a la salud de todas las personas por igual⁶³. Dichas investigaciones influyeron en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006 para seguir una nueva construcción del Sistema Nacional de Salud en México.

A partir de las estrategias y acciones platinadas en el PRONASA, durante el 2001 se dan los primeros inicios de lo que posteriormente sería el Seguro Popular, mediante la instalación de un Programa Piloto al interior de la Secretaría de Salud de 2001 al 2003 al que se denominó “Programa Salud para Todos”, mejor conocido como “Seguro Popular de Salud (SPS)”, En este programa participaban la Secretaría de Salud, el Congreso y los gobiernos estatales.⁶⁴

3.2 Lineamientos Generales del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

La misión del Seguro Popular: “Constituirnos como la instancia aseguradora, confiable y de calidad, que brinde y fomente la salud a través de más y mejores servicios públicos de atención médica para las personas sin Seguridad Social en el Distrito Federal.”⁶⁵

⁶³ Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud, Ginebra, Suiza, P. xvi.

⁶⁴ Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007- 2012; Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos, Fondo de Cultura Económica. Pág. 27.

⁶⁵ *Ibíd.* p. 3.

Su visión es: “Ofrecer un esquema de aseguramiento en materia de salud, público, gratuito, voluntario y de calidad, mediante el fortalecimiento financiero de la Red Sanitaria del Distrito Federal”⁶⁶

El Programa de Acción Específico del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012 establece la vinculación del Seguro Popular con los objetivos 3 y 4 del Programa Sectorial de Salud, los cuales proponen prestar servicios de salud con calidad y seguridad, y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud. Con respecto al rubro Salud, el *Eje 3 Igualdad de Oportunidades*, se relaciona con el objetivo de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal, por medio de las siguientes estrategias:⁶⁷

- Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.
- Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños.
- Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.

El Sistema de Protección Social en Salud (denominado también Seguro Popular) tiene, como propósito fundamental, garantizar el acceso a las familias y personas sin seguridad social, a un esquema de protección financiera que proteja el patrimonio de éstas contra gastos en materia de salud. Para el logro de este propósito, el sistema se plantea el cumplimiento de los siguientes objetivos:⁶⁸

- Posibilitar que la población sin acceso a las instituciones de seguridad social del país, cuente con servicios de salud establecidos en un Catálogo Universal de

⁶⁶ *Ídem*

⁶⁷ Nelly Aguilera Aburto. *Seguro Popular. Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012 (México, Secretaría de Salud, 2012)*, p. 15.

⁶⁸ Gustavo Nigenda. *Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud (México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2009)*, p. 4.

Servicios de Salud (CAUSES), con especial énfasis en los sectores más vulnerables, como las familias que se ubican en los municipios de alta marginación, y de manera sobresaliente, en los niños, a partir de su etapa de gestación y hasta los cinco primeros años de vida.

- Alcanzar la cobertura universal en salud en el año 2011, a través de la incorporación al sistema de las familias y personas que todavía no gozan de los beneficios que ofrece este esquema.
- Garantizar que la población afiliada al sistema cuente con acceso efectivo a los servicios de salud.

De acuerdo con la Ley General de Salud, se entiende por Seguro Popular a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. El Seguro Popular, entonces, busca otorgar cobertura de los padecimientos indicados que se encuentran en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), a través de un aseguramiento público y voluntario.⁶⁹

Es el vehículo financiero para la atención médica de los afiliados, y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud; son los responsables de promover y gestionar los servicios de protección en salud, administrar recursos, supervisar prestadores de servicios y el pago de éstos. Por ello, la responsabilidad de la prestación del servicio no corresponde exclusivamente al programa, sino que requiere un trabajo coordinado entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y los proveedores de servicios de salud o privados en las entidades federativas.⁷⁰

Se trata de un programa público y voluntario y su costo será cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación y cuotas de los beneficiarios por concepto de afiliación. La cuota de afiliación es progresiva, según el nivel de ingreso de cada familia, y

⁶⁹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política. *Indicadores de Acceso y uso Efectivo de los Servicios de Salud de afiliados al Seguro Popular* (México, 2014), p.30.

⁷⁰ *Ibíd.* p.31.

complementa el subsidio federal para cubrir el costo del seguro. Con la afiliación se protegerá financieramente a la población actualmente no asegurada, mediante el otorgamiento de un catálogo explícito de beneficios médicos.

El Seguro Popular de Salud posibilitará a que las familias, con capacidad limitada de pago, puedan adquirir un seguro de salud el cual incluye el catálogo de intervenciones y los medicamentos asociados a dicho catálogo. Los beneficiarios, al reducir los gastos de bolsillo, podrán destinar los recursos a otras actividades productivas y/o al mejoramiento de su nivel de vida. De esta manera, el Seguro Popular de Salud se alinea con otros programas sociales que buscan generar las condiciones necesarias para que la población más vulnerable pueda mejorar su calidad de vida. Para la instrumentación de este Seguro, el Gobierno Federal suscribirá un Acuerdo de Coordinación con los gobiernos estatales participantes.

La población objetivo del programa son las familias mexicanas en los seis primeros deciles de la distribución del ingreso que no sean derechohabientes de la seguridad social y residan en localidades urbanas y semiurbanas. La población potencial es toda aquella que no cuente con seguridad social que, para el 2012, se trataba de una población estimada de 59 millones 124 mil 464 personas desde que comenzó a operar el Seguro Popular. La incorporación es voluntaria a petición del jefe de familia. El SPSS consiste básicamente en un mecanismo financiero, a través del cual se busca que los afiliados puedan acceder a una serie de intervenciones de salud garantizadas de los tres niveles de atención sin tener que hacer una erogación en el punto de servicio.

Los mecanismos con que cuenta el SPSS para dar acceso a los servicios de salud a sus beneficiarios son: el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), la cobertura del

Programa Seguro Médico Siglo XXI, el Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidad y el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP).⁷¹

1. CAUSES cubre la totalidad de las intervenciones del primer nivel de atención médica y los principales padecimientos reportados como egresos hospitalarios. Actualmente se cubre 285 intervenciones.
2. El FPGC, invierte a la atención de enfermedades que, por su complejidad y alto costo, son consideradas como catastróficas. Actualmente, a través de este Fondo, se brinda cobertura en 59 intervenciones clasificadas en 19 grupos de enfermedades: cáncer cérvico-uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea en menores de 18 años, entre otros.
3. El Programa Seguro Médico Siglo XXI protege a los niños menores de cinco años con un seguro médico de cobertura, adicionales a las ya cubiertas por el CAUSES y por el FPGC. Como apoyos de tamiz auditivo neonatal, colocación de implantes cocleares y el equipamiento para los bancos de leche materna.
4. El Componente de Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades otorga, a los beneficiarios del programa, un paquete básico garantizado de salud, acciones en materia de capacitación para la salud y la provisión de suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad y a mujeres embarazadas y en lactancia.
5. El FPP, es destinado a fortalecer la infraestructura en salud y la demanda imprevista de servicios de salud por un evento inesperado o por la portabilidad a la que tienen derecho los beneficiarios del SPSS.

El esquema financiero es tripartito, con aportaciones de la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios. Sin embargo, los recursos federales y los estatales constituyen la principal fuente de financiamiento para dar protección en salud a las

⁷¹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Información General del Sistema Nacional de Protección Social en Salud* (México, Secretaría de Salud, 2007) p. 2.

personas, en razón de que la mayor parte de la afiliación se concentra en los grupos de menores ingresos, los cuales se ubican en el régimen no contributivo.⁷²

Para la operación del Seguro Popular de Salud, los Servicios Estatales de Salud reciben un subsidio federal por cada familia asegurada, en adición a los recursos fiscales autorizados en el *Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación*. La Secretaría de Salud remite mensualmente a los Servicios Estatales de Salud el subsidio federal correspondiente, con base en los padrones de familias e individuos con aseguramiento vigente.⁷³

Es responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud mantener actualizados los padrones de asegurados. La administración de esos recursos por parte de estos Servicios, estará sujeta a las leyes, normatividad y reglamentación vigentes para el manejo de los recursos federales, las disposiciones establecidas en la materia en cada entidad federativa, así como las presentes reglas de operación y los acuerdos de coordinación que se celebren con las entidades federativas.⁷⁴

Las instituciones por las cuales se rige el Seguro Popular, a nivel Gobierno Federal, son la Secretaría de Salud, por medio de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, por el lado de los Gobiernos de las entidades federativas. Este último, se encarga de los procesos de afiliación al Seguro Popular verificando la vigencia, informando a los beneficiarios de sus derechos y encargándose de la compra de los servicios y los medicamentos.

3.3 Proceso de afiliación al Seguro Popular

El titular de la familia susceptible de incorporación debe acudir a un Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) a manifestar su voluntad de incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud, a través del Seguro Popular; esto también puede realizarlo a través de las brigadas de afiliación y re-afiliación que en el momento se

⁷² Gustavo Nigenda. *op. cit.* p. 90.

⁷³ *Ídem*

⁷⁴ *Ídem*

constituya. Los Módulos de Afiliación y Orientación o las brigadas solicitan al interesado que proporcione la información necesaria para que se realice la evaluación socioeconómica de la familia, lo cual se conoce como Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), a fin de determinar su capacidad de pago, y esta evaluación deberá realizarse cada tres años. Los documentos que se deben de presentar son los siguientes:⁷⁵

- Comprobante de domicilio reciente
- CURP de cada uno de los integrantes de la familia, si no cuenta con ella presentar acta de nacimiento
- En el caso de recién nacidos, certificado de nacimiento
- Identificación oficial con fotografía, sólo de la persona que será titular
- Si es beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal, debe presentar un comprobante que te acredite como parte de alguna colectividad
- De ser el caso, comprobante de estudios a los integrantes de 18 a 25 años de edad

El personal del Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) y/o la brigada de afiliación solicitan los documentos mencionados en los requisitos de afiliación y aplican la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH). Una vez firmada por el titular de la familia, se considera como la solicitud de afiliación de ésta al Sistema de Protección Social en Salud, a través del Seguro Popular. Al momento de afiliarte al Seguro Popular se indicará en la Póliza de Afiliación la Unidad Médica a la cual corresponde. ⁷⁶

En el cuadro 3.5 se observa que la población atendida año con año fue en aumento, tanto que rebasó a la población objetivo. Con ello el proceso de afiliación muestra ser eficaz logrando sus objetivos.

⁷⁵ Nelly Aguilera Aburto. *op. cit.*, p.87

⁷⁶ Gustavo Nigenda. *op. cit.*, p. 91.

Cuadro 3.5 Evolución de la cobertura

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Población Atendida
2004	57,577,295	5,125,565	5,318,289
2005	57,577,295	11,827,752	11,404,861
2006	57,577,295	16,037,680	15,672,374
2007	57,577,295	21,025,082	21,834,619
2008	57,577,295	27,154,422	27,176,914
2009	57,577,295	32,983,614	31,132,949
2010	59,124,464	49,148,820	43,518,719
2011	59,124,464	51,300,215	51,823,314
2012	59,124,464	52,630,454	52,908,011

Fuente: Elaboración propia con datos con el Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013 del CONEVAL

El Módulo de Afiliación y Orientación (MAO) desempeña las siguientes tareas:⁷⁷

- Proporcionar al titular de la familia la Carta de Derechos y Obligaciones, en la cual se describen las acciones médicas cubiertas por el Sistema de Protección Social en Salud, a través del Seguro Popular.
- Expedir la Póliza de Afiliación al Sistema de Protección Social en Salud en la que se indique el titular, los integrantes beneficiarios de la familia, la vigencia de sus derechos, la cuota familiar anual y la unidad médica que le corresponda. Esta póliza es el documento que deben presentar los beneficiarios, junto con una identificación oficial con fotografía, al momento de hacer uso de los servicios médicos.

⁷⁷ *Ibíd*, p. 92.

La afiliación se formaliza una vez que se entregue al titular de la familia la póliza de afiliación. La familia podrá recibir los servicios médicos que contempla el Seguro Popular el primer día del mes siguiente a su afiliación, conforme a la capacidad de atención de la Secretaría de Salud Estatal.

Al vencimiento de la póliza, se deberá acudir al módulo que se indica en ella y presentar, además de la póliza vencida, ciertos documentos:⁷⁸

- Comprobante de domicilio reciente.
- En el caso de que haya nuevos integrantes en el núcleo familiar: CURP o un documento oficial que la contenga, si no se cuenta con ella, Acta de Nacimiento o Certificado Único de Nacimiento.
- Identificación oficial con fotografía del titular.
- De ser el caso, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal o un comprobante que acredite que forma parte de alguna colectiva.
- Comprobante de estudios de los hijos o representados, dependientes del titular, de los 18 hasta los 25 años de edad, de ser el caso.

3.4 Marco normativo que sustenta la organización y funcionamiento del SPSS

A partir de la reforma financiera del sistema de salud en México (2003), se suscitan cambios importantes en la estructura, organización y funcionamiento del subsector público de la salud. Se incorpora a la Ley General de Salud un componente de Protección Social en Salud, cuyo propósito se orienta a garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios de salud que satisfagan las necesidades de salud de la población.⁷⁹

⁷⁸ *Ídem*

⁷⁹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política. *op. cit.*, p. 18

El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) es un mecanismo de alcance nacional cuya rectoría recae en el Gobierno Federal y en el que los gobiernos de los estados participan de forma concurrente y coordinada para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la población establecido en nuestra Carta Magna.

Se establece, como responsable de la rectoría, evaluación y monitoreo a la Secretaría de Salud Federal por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). El financiamiento se organiza a través de un componente de aseguramiento subsidiado (Seguro Popular), mediante la transferencia de los recursos federales a los estados con base en el número de familias afiliadas. Las fuentes provienen del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de las familias beneficiarias. La federación aporta alrededor de 70% y los estados aportan una proporción menor, cercana a 30% de los recursos requeridos para su operación.⁸⁰

La prestación de servicios de salud es realizada primordialmente por las unidades de atención médica de los Servicios Estatales de Salud (SESA). Esta red está compuesta por centros de salud y hospitales generales, quienes garantizan la prestación de los servicios esenciales de salud establecidos en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). En el caso de que los SESA (red pública) no estén en la capacidad de ofrecer alguno(s) de los servicios contemplados en el CAUSES, la ley contempla la posibilidad de comprar servicios de salud a otros prestadores de atención públicos o privados.⁸¹

En los estados, los responsables de la administración de los recursos financieros y de integrar y coordinar la red de proveedores de servicios son los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), mientras que la atención es prestada por unidades públicas de salud de los SESA. Las funciones establecidas por ley para los REPSS son:⁸²

⁸⁰ *Ibíd.* p. 19.

⁸¹ Gustavo Nigenda. *op. cit.*, p. 9.

⁸² *Ídem*

- a) la promoción, afiliación y tutela de los derechos de los afiliados
- b) la administración y gestión de los recursos financieros
- c) la compra de servicios a los prestadores
- d) la rendición de cuentas

Para que los REPSS reciban las transferencias financieras federales, el marco legal establece los requisitos que las entidades federativas deben cumplir:

- 1) Congruencia del padrón de afiliados con los recursos transferidos
- 2) Comprobación del pago de la aportación solidaria estatal por parte de la entidad federativa a la CNPSS
- 3) Información sobre la ejecución de los recursos. El incumplimiento de cualquiera de estas obligaciones por parte de las entidades federativas conduce a la suspensión de las transferencias económicas a los estados. La regulación establece explícitamente que los REPSS no prestan directamente servicios de salud. Su función está dirigida a la compra de servicios, a través de la suscripción de acuerdos de gestión y contratos, y a la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la red de prestadores de servicios de salud.⁸³

3.5 Una revisión del Catálogo Universal de Servicios de Salud

El Catálogo Universal de Servicios de Salud es un documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, sus principales aspectos son:⁸⁴

- Servir de base para la estimación de tarifas de las intervenciones y acciones médicas que contempla.
- Determinar acciones de salud que privilegian la detección y prevención oportuna de enfermedades para su atención inmediata.

⁸³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *op. cit.*, p. 4.

⁸⁴ Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Catálogo de Servicios* [Disponible: el 6 de febrero de 2016 http://www.salud.df.gob.mx/portal/seguro_popular/index/catalogoservicios.php]

- Enunciar los estudios de laboratorio y gabinete que permitan la detección y diagnóstico de patologías malignas, que son cubiertas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
- Definir los medicamentos que pueden ser utilizados para establecer los diferentes esquemas terapéuticos de acuerdo a la opinión del médico tratante.

La integración del Catálogo se basa en criterios epidemiológicos, estimando que las intervenciones de primer nivel seleccionadas cubren cerca del 100% de la demanda de atención a la salud. En lo correspondiente a servicios de hospitalización y cirugía, se estima que, en términos generales, es posible cubrir el 85% de los principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos reportados como demanda en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH).⁸⁵

El eje rector de cada intervención es la promoción de la salud, la detección oportuna y la prevención de riesgos, para atender a las demandas de atención y fortalecer la capacidad de autocuidado de la salud de las personas y familias, en el marco de la estrategia de atención primaria a la salud. De igual manera, privilegia la prevención secundaria, atendiendo las principales patologías y considera la atención de las complicaciones generadas por las enfermedades crónico-degenerativas o padecimientos agudos.⁸⁶

Con la finalidad de facilitar el manejo del conjunto de intervenciones o servicios por el prestador del servicio, se han seleccionado seis conglomerados o agrupaciones de los servicios de salud que recibirá la familia en la Red de Servicios de Salud a la que pertenece, según el domicilio donde vive. Los grupos tienen la finalidad de cubrir las especificaciones de servicios y que corresponden a los siguientes aspectos:⁸⁷

⁸⁵ *Ídem.*

⁸⁶ *Ídem*

⁸⁷ *Ídem*

- **Salud pública.** Se divide en tres grandes grupos: vacunación para menores de 14 años, vacunación para mayores de 14 años y acciones preventivas. Incluye 27 intervenciones dirigidas a los servicios de detección y prevención de enfermedades durante la línea de vida, considerando una serie de acciones detalladas en las Cartillas Nacionales de Salud.
- **Atención ambulatoria.** Contempla la consulta de medicina general o familiar y la de especialidad. A este grupo, corresponden 110 intervenciones que permiten la realización del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades infecciosas y crónicas. Se debe garantizar la atención integral y multidisciplinaria del paciente.
- **Odontología.** Este grupo considera siete intervenciones de salud indispensables para mantener una óptima salud bucal eficiente, como son la prevención y eliminación de caries y enfermedad periodontal, la eliminación de focos de infección y abscesos, así como extracción de piezas dentarias. Son servicios dirigidos a todas las edades y tienen como objetivo favorecer la formación de hábitos de higiene, la prevención de enfermedades dentales y, una vez que existe la patología bucal, su oportuna atención odontológica.
- **Atención en urgencias.** Este conglomerado contempla 25 intervenciones que por la forma de presentación requieren la atención inmediata ya que pueden poner en peligro la vida, persigue la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias, o su ingreso a servicios de hospitalización o cirugía.
- **Atención en hospitalización.** En este conglomerado se incluyen 49 intervenciones que concentra las patologías que requieren de estancia hospitalaria del manejo multidisciplinario de especialistas médicos y de enfermería, así como de los insumos médicos indispensables para su control y estabilización, como consecuencia de la atención médica o quirúrgica del problema, incluye la necesidad de servicios de terapia intensiva.
- **Acciones de cirugía general.** Para su integración se consideran 66 intervenciones que atienden, tanto problemas agudos como crónicos, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica de patologías

digestivas, ginecológicas, obstétricas, genitourinarias, oftalmológicas, dermatológicas y ortopédicas, lo que permite manejar hospitalizaciones programadas, con estancia hospitalaria de largo o corto plazo y, que por su naturaleza, requieren de intervención quirúrgica, incluyendo previamente la confirmación del diagnóstico o bien la programación de los estudios o cirugía que correspondan.

3.6 Alcance del Seguro Popular

El Seguro Popular forma parte del Sistema de Protección en salud, dependiente de la Secretaría de Salud y coordinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que inició en el 2003. El SPSS consiste básicamente en un mecanismo financiero, Seguro Popular, a través del cual se busca que los afiliados puedan acceder a una serie de intervenciones de salud garantizadas de los tres niveles de atención, sin tener que hacer una erogación en el punto de servicio. Las intervenciones se dividen en las que se enlistan en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y las que se cubren por parte del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.⁸⁸

De acuerdo con el Reglamento y con la Ley General de Salud, las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al SPSS con la cual gozarán de acciones de protección social en salud y se les garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de la utilización y sin discriminación alguna a los servicios que provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). La finalidad del Seguro Popular es evitar gastos empobrecedores y catastróficos por motivos de salud.⁸⁹

⁸⁸ Nelly Aguilera Aburto. *op. cit.*, p. 8.

⁸⁹ *Ídem.*

Cuadro 3.6 Población protegida por los servicios de salud, 2000 a 2014
(Miles de personas)

Año	Población derechohabiente		Población asegurada ^a				Población con protección social en salud
	IMSS ^b	ISSSTE	PEMEX	SEDENA ^c	SEMAR	Estatales	Seguro popular
2000	45,054	10,066	647	489	187	1,308	NA
2001	44,719	10,236	665	511	213	1,432	NA
2002	45,352	10,310	676	536	208	1,373	1,094
2003	41,519	10,352	ND	ND	ND	ND	2,224
2004	43,006	10,463	690	677	210	1,469	5,318
2005	44,532	10,608	708	ND	201	1,437	11,405
2006	46,636	10,798	712	ND	197	1,535	15,672
2007	48,650	10,981	712	ND	202	1,424	21,835
2008	48,910	11,301	728	ND	218	ND	27,177
2009	49,134	11,590	739	866	228	953	31,133
2010	52,310	11,993	743	1,048	240	1,942	43,519
2011	54,906	12,207	748	806	264	1,954	51,823
2012	57,476	12,450	755	832	279	1,682	52,908
2013	59,512	12,631	764	832	287	1,551	55,638
2014	59,487	12,804	ND	ND	ND	ND	57,300
2015 ^d	60,584	12,882	ND	ND	ND	ND	57,296

^a Para 2003, no se reporta información debido a que únicamente se cuenta con cifras estimadas de población total, realizada a partir de la muestra del XII Censo de Población y Vivienda 2000.

^b La estadística de "población derechohabiente del IMSS" incluye tanto a asegurados y pensionados, como a sus familiares dependientes. Las cifras de asegurados y pensionados son determinadas con base en los registros administrativos del IMSS, mientras que las relativas a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares corresponden al promedio del número de derechohabientes por familia y se aplican al número de trabajadores asegurados y de pensionados. Por su parte, la estadística de "población derechohabiente adscrita a Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS" es determinada, tanto las cifras de asegurados y pensionados como la de sus familiares, con base en registros administrativos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer).

^c De 2005 a 2008, la SEDENA no reportó información.

^d Para el ISSSTE y Seguro popular, cifras al mes de junio; para el IMSS, cifras al mes de diciembre.

NA No aplicable.

ND No disponible.

^R Cifras revisadas.

Fuente: [Para IMSS, ISSSTE y Seguro Popular: PR. Tercer Informe de Gobierno 2014 - 2015. Anexo Estadístico. Páginas 162 y 212 \(Consulta: 03 de septiembre de 2015\).](#)

Para Pemex, SEDENA, SEMAR y Estatales:

2000 a 2002: SSA. Boletín de Información Estadística. Programas sustantivos. Volumen III. Núm. 20-22.

2004 a 2013: SSA. Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. Volumen III. Núm. 24-33.

Fecha de actualización: Lunes 7 de septiembre de 2015

La población potencial es toda aquella persona que no cuente con seguridad social que, para el 2012, se trataba de una población estimada de 59'124,464 personas desde que comenzó a operar el Seguro Popular. La incorporación es voluntaria a

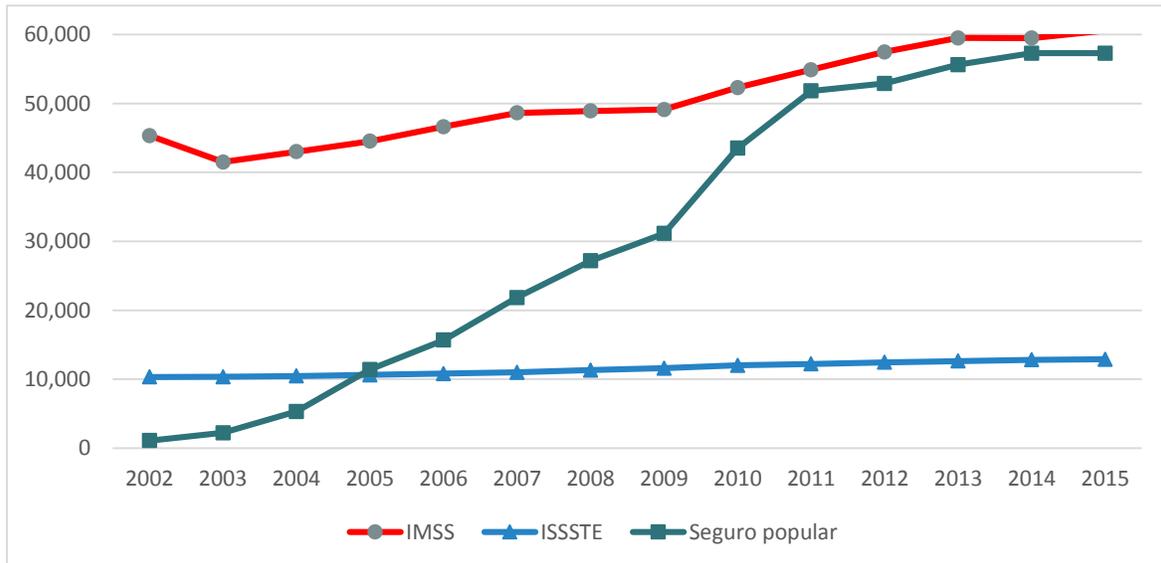
petición del jefe de familia; teniendo una vigencia de un año con posibilidad de reafiliación anual indefinidamente. La determinación de la población se realizó a partir de la estimación de la Dirección General de Información en Salud para el año 2010, la cual se basó en el Censo General de Población y Vivienda del 2005, realizado por el INEGI. El SPSS opera en las 31 entidades y en el Distrito Federal, lo que se le conoce como Ciudad de México actualmente. Sin embargo, estudios del *Consejo Nacional de Evaluación* determinan que la definición de la población objetivo es poco clara y poco pertinente, ya que tendría que considerarse la afiliación como criterio y no una meta a alcanzar que dependa de un presupuesto determinado. Al estimarla, a partir de estos presupuestos, no se cubre la necesidad que se precisa en la definición de población potencial por lo que carece de coherencia conceptual entre ambas definiciones poblacionales.⁹⁰

El cuadro 3.6 muestra la población que se encuentra protegida por los servicios de salud, principalmente la población afiliada en el IMSS, ISSSTE y la población en el Seguro Popular. Asimismo, se observa el aumento de afiliación que ha tenido desde sus inicios, tanto que la cantidad se asemeja con la de las personas incorporadas al IMSS. Con ello se puede inducir que el Seguro Popular de manera satisfactoria ha cumplido con sus objetivos principales, y se convirtió en un programa necesario para la población para asegurar su bienestar social.

Con la gráfica 3.7 se observa como el Seguro Popular tomó mayor importancia que el ISSSTE en tan solo 3 años. Y gracias a los resultados presentados y al aumento de presupuesto asignado al programa para el 2015 el Seguro Popular es tan importante como el IMSS para asegurar el bienestar social de la población.

⁹⁰ Consejo Nacional de Evaluación de la Política. *op. cit.*, p. 6.

**Gráfica 3.7 Población protegida por los servicios de salud
IMSS, ISSSTE y Seguro Popular**



Fuente: Tercer Informe de Gobierno 2014 - 2015. Anexo Estadístico. Páginas 162 y 212 (Consulta: 03 de septiembre de 2015)

El incremento de la cobertura del Seguro Popular ha logrado disminuir la probabilidad de que los hogares elegibles realicen un gasto de bolsillo catastrófico en salud, es decir todo aquel gasto que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud. Se estima que hubo un mayor ahorro en medicamentos para atención hospitalaria y en atención primaria.⁹¹

El boletín de Prensa 279 del INEGI sobre la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 2012, indica una disminución del gasto en salud en el periodo 2010 al 2012 en el gasto trimestral de los hogares del 1.4%, mientras que la disminución para el periodo del 2008 al 2012 fue del 8.9%. Esto debido a que el Seguro Popular es en sí un agente financiador, que tiene como fin proporcionar los medios para el acceso a los servicios de salud de la población que no cuenta con seguridad social por su estatus laboral.⁹²

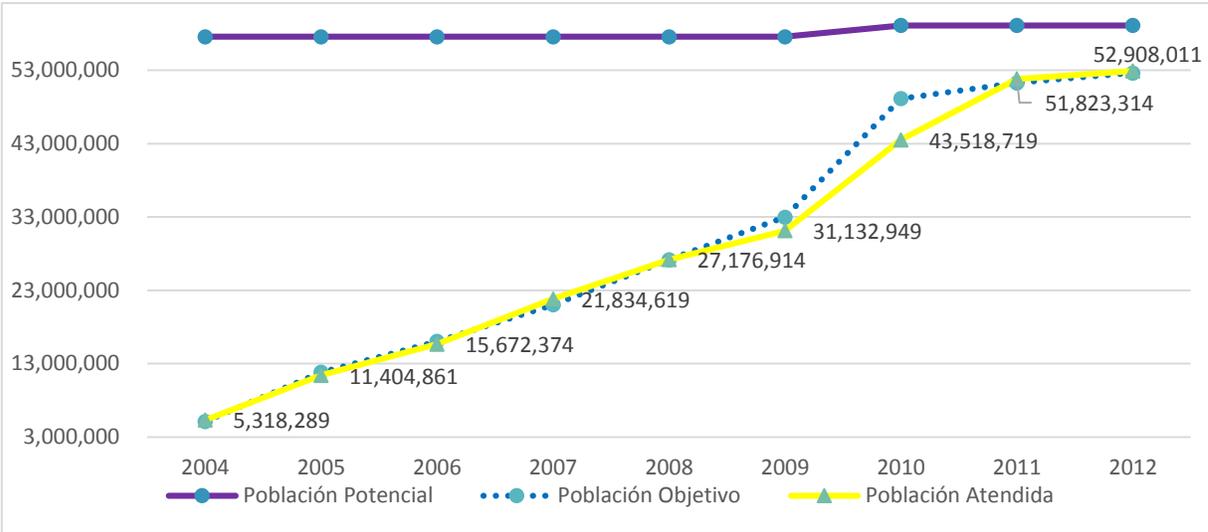
En el cuadro 3.8 se observa un gran incremento de personas afiliadas al programa, sin embargo se desconoce el número de personas que en realidad fueron atendidas. Para el año 2012, la cobertura fue de 52.9 millones de personas, debido a que el

⁹¹Ibíd, p. 5.

⁹² Ibíd, p. 7.

programa presentó un crecimiento mantenido y esto se reflejó en el presupuesto asignado, ya que va ligado a la cantidad de nuevas personas afiliadas. Esto debido a que la definición de la población objetivo es poco clara, y obstaculiza el determinar la cobertura real.

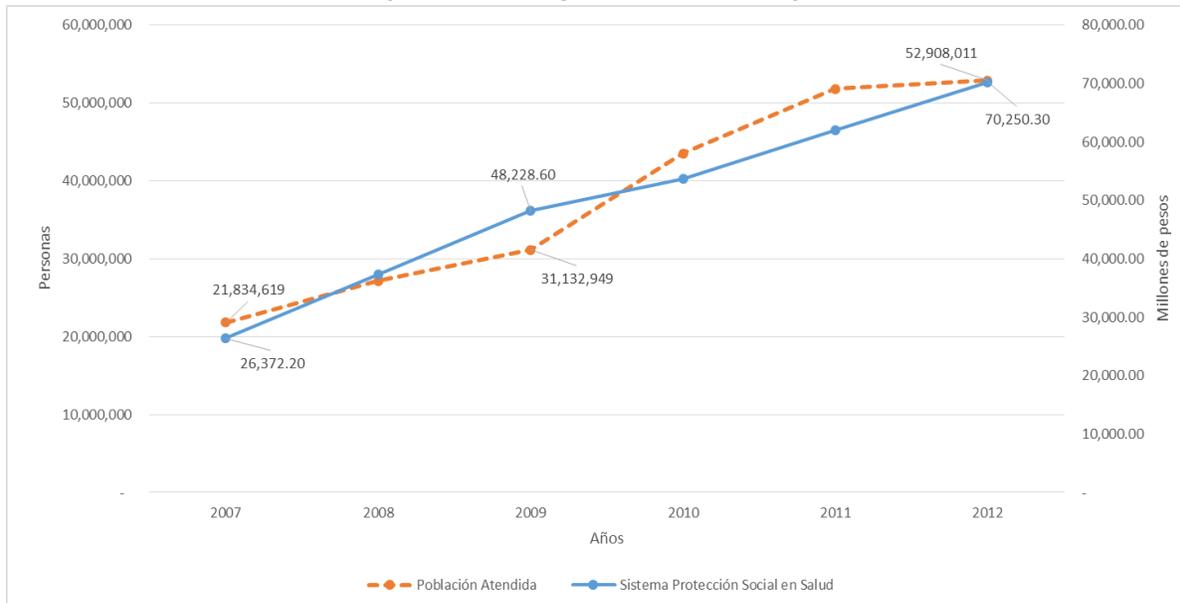
Gráfica 3.8 Evolución de la cobertura



Fuente: Elaboración propia con datos con el Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013 del CONEVAL

El incremento progresivo en los montos de los presupuesto del año 2008 al 2012 es notable, con casi del 30%, lo que resulta coherente con el aumento de la población afiliada al Seguro Popular y la elevación de la cantidad de servicios proporcionados. Este crecimiento sostenido de presupuesto va ligado a la cantidad de nuevas personas afiliadas, lo que demuestra el gran esfuerzo que realiza el Estado para lograr que toda la población tenga un seguro aparentemente. Se observa que con cada año, la población atendida rebaso la población objetivo correspondiente, obteniendo una afiliación de más de 100% año con año.

**Gráfica 3.9 Relación del presupuesto asignado al Sistema de Protección Social en Salud y la Población Atendida 2007-2012
(Millones de pesos corrientes)**



Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por las publicaciones del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la H. Cámara de Diputados, correspondientes a los Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012, consultadas en www3.diputados.gob.mx y con la evaluación efectuada del CONEVAL 2012.

En el cuadro 3.9 se puede observar una relación directa entre el presupuesto que se asigna al SPSS y la población reportada atendida. Con esta observación se podría decir que sí ha funcionado el SPSS y que casi al 100% se satisfacen las metas propuestas año con año y el presupuesto que se asigna se utiliza de manera correcta. Sin embargo, no es posible estimar la cobertura debido a la inadecuada definición de la población objetivo, ya que se definió de manera apropiada para su disponibilidad presupuestal.⁹³ Este problema conceptual se refleja en las cifras de la población objetivo y atendida, cuadro anteriormente visualizado, dado que son prácticamente idénticas, lo que tiene como consecuencia una cobertura del 100% o mayor.

El programa ha mostrado avances relevantes en la disminución de la probabilidad de gasto de bolsillo por parte de las familias afiliadas al Seguro Popular. Se concluye que ha tenido resultados positivos, sin embargo no hay forma de cuantificar la

⁹³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política. *op. cit.*, p.8.

llegada de este presupuesto a las familias afiliadas, el caso más evidente que se conoce es el de Tabasco, con el gobernador Andrés Granier, en donde hubo un mal uso de un poco más de mil 900 millones de pesos, que era dinero de la Comisión del Seguro Popular que iba dirigido a la salud de los tabasqueños.⁹⁴

Los recursos que dispone cada entidad se deben gastar hasta 40 por ciento en remuneraciones; 30 por ciento en medicamentos; 6 por ciento en promoción de la salud y 4 por ciento en gasto operativo. Sin embargo, se dan irregularidades en la adquisición de medicinas, se compran medicinas fuera del catálogo o porque se adquieren a un precio superior al que refiere el tabulador federal.⁹⁵

Y el caso de Tabasco sólo es uno, pues desde el 2008 la Auditoría Superior de la Federación (ASF) ha realizado auditorías al Seguro Popular en las cuales ha observado falta de documentación justificativa y comprobatoria de erogaciones que ha ido en aumento hasta llegar por un monto de 55.6 millones de pesos para el 2010. Asimismo, se han presentado irregularidades sobre remuneraciones al personal, en la ministración y operación del recurso, junto con deficiencias en la adquisición y en el manejo de los medicamentos. Además de las irregularidades cuantificables anteriormente mencionadas, se encuentran las observaciones que no se pueden cuantificar, pero que afectaron la calidad de la gestión y los resultados del programa como la falta de transparencia en la gestión, irregularidades sobre la administración e insuficiencias en la contabilidad.⁹⁶

La falta de documentación justificativa de las erogaciones, se refiere principalmente al gasto en servicios que no cuentan con algún contrato o manera de que respalden el gasto; comprende el pago de compensaciones sin sustento normativo a servidores públicos, así como la compra de medicamentos sin los requisitos fiscales

⁹⁴ René Alberto López. "Ssa: se desviaron recursos del Seguro Popular en Tabasco" en *La Jornada* [Consultado: el 5 de febrero de 2016 en <http://www.jornada.unam.mx/2013/04/13/estados/028n2est>]

⁹⁵ Adriana Alatorre, "Desvían recursos del Seguro Popular", en *Reforma*, México, 2016. [Consultado: el 12 de marzo de 2016

<http://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=785484&v=4>]

⁹⁶ Auditoría Superior de la Federación. 2011. *Recurrencia de las Observaciones de Auditoría del Gasto Federalizado 2000-2010, Seguro Popular*, México: ASF. Pág. 7

correspondientes. En cuanto a las irregularidades sobre remuneraciones al personal esencialmente se refiere a sueldos pagados sin tener contrato de trabajo, pegos en exceso, sueldos duplicados, e incluso sueldos pagados superiores al tabulador.⁹⁷

Para la cuenta pública 2014 la ASF anunció que presentaría las denuncias correspondientes ante la Procuraduría General de la República en contra de los estados de Michoacán, Veracruz, Chiapas, Jalisco, Estado de México y Tabasco que desviaron para otros propósitos los recursos otorgados al Seguro Popular.⁹⁸ Por ello, el programa enfrenta múltiples quejas por parte de denuncias y críticas de la población, afiliados al Seguro Popular, debido a los graves problemas de desabasto de medicamentos y de negligencia médica.⁹⁹

Los resultados obtenidos en el Informe de la Cuenta Pública 2014 determinó que, en el caso de Chiapas se encontró un desvío por un monto de 67,267.4 miles de pesos, por el pago del impuesto sobre nómina, concepto no autorizado para su pago con recursos del Seguro Popular. En el caso del estado de Jalisco se determinó un monto por 2, 986,758.6 miles de pesos que tiene que aclarar porque no cuenta con la documentación justificativa y comprobatoria correspondiente.¹⁰⁰

Para el caso del Estado de México se determinaron observaciones por aclarar por 2,165,666.2 miles de pesos que se integran por: 1,231,251.0 miles de pesos por el pago de remuneraciones que excedieron el porcentaje permitido por la normativa; 322,174.7 miles de pesos por falta de documentación justificativa y comprobatoria; 260,388.4 miles de pesos por las retenciones al personal pagado con recursos del programa, del Impuesto Sobre la Renta por enterar al Servicio de Administración

⁹⁷ *Ibid.* Pág. 8

⁹⁸ Roció Méndez Robles. "Detecta ASF desvío de recursos del Seguro Popular en al menos ocho estados" en *MVS Noticias*, México, 2014, [consultado: el 12 de marzo de 2016] <http://www.noticiasmvs.com/#!/noticias/detecta-asf-desvio-de-recursos-del-seguro-popular-en-al-memos-ocho-estados-208.html>

⁹⁹ Ángeles Cruz Martínez. "El sistema nacional de salud padece 'cáncer administrativo'" en *La Jornada*, México 2015, [Consultado: el 12 de marzo de 2016] <http://www.jornada.unam.mx/2015/06/01/sociedad/038n1soc>.

¹⁰⁰ Auditoría Superior de la Federación. 2014. Informe del resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2014, Ficha Gasto Federalizado, México: ASF. Pág. 540. [Consultado: el 15 de mayo de 2016] http://informe.asf.gob.mx/Documentos/Fichas/Ficha_GF_a.pdf.

Tributaria; 10,830.6 miles de pesos por pagos de viáticos a personal que no se presentó la documentación justificativa respecto a la entrega de los recursos y que rebasaron el número autorizado de personas en el Proyecto de Gasto de los Módulos de Afiliación y Orientación para el ejercicio fiscal 2014; 14,376.8 miles de pesos por el pago de Gratificación (bono económico de reconocimiento) al personal Regularizado, concepto no establecido en la normativa ni autorizado para su pago con recursos del programa; 1,625.0 miles de pesos por pagos a personal que no contaron con los contratos que formalizaran la relación laboral 2014; 1,501.1 miles de pesos por el pago en exceso de las retenciones de Impuesto Sobre la Renta del mes de Diciembre de 2014; entre otros.¹⁰¹

Con el estado de Michoacán se determinaron recuperaciones probables por 1,204,949.2 miles de pesos, integradas por transferencias a la cuenta bancaria de la Secretaria de Finanzas y Administración del gobierno, así como la compra de medicamentos a un precio superior al de referencia.¹⁰² Con respecto al estado de Veracruz, los recursos percibidos por la Cuota Social y la Aportación Solidaria Federal 2014, y los rendimientos financieros generados, no fueron transferidos al Régimen Estatal de Protección Social en Salud en el estado de Veracruz, equivalente a 1,472,057.4 miles de pesos con los que no contaron para el cumplimiento de los objetivos del programa.¹⁰³

A consecuencia de los resultados obtenidos de la fiscalización de la cuenta pública 2014, la Auditoría Superior de la Federación anunció que las entidades, en el manejo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud, desviaron el dinero a pagos al Sistema de Administración Tributaria (SAT), cuotas del ISSSTE, compra de medicamento con sobreprecio o hasta el pago de apoyos por el Día de la Madre para el ejercicio 2015.¹⁰⁴ Se declaró que el gasto del Seguro Popular es la

¹⁰¹ *Íbid.* Pág. 542.

¹⁰² *Íbid.* Pág. 544.

¹⁰³ *Íbid.* Pág. 571.

¹⁰⁴ Adriana Alatorre. “Desvían recursos del Seguro Popular”, en *Reforma*, México, 2016. [Consultado: el 12 de marzo de 2016

<http://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=785484&v=4>]

caja de ahorro para los Estados, debido a la absoluta opacidad en el flujo de los recursos sin poder cuantificar el monto exacto de la desviación, solo un aproximado.

Además, la auditoría número 108, sobre el desempeño del Seguro Popular, determinó la existencia de registros duplicados en el padrón del Sistema de Protección Social en Salud, con los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM), lo que representó una duplicidad del 12.1%.¹⁰⁵

El informe indica que en cuanto a transparencia solo 14 entidades federativas enviaron a la CNPSS de forma mensual el listado nominal de las plazas pagadas con recursos de la Cuota Social y de la Aportación Solidaria Federal. Asimismo, 27 entidades federativas no enviaron los reportes mensuales relacionados con la compra de medicamentos asociados al CAUSES. Para la compra de servicios a prestadores privados solo 5 entidades federativas entregaron la información correspondiente.¹⁰⁶ Como los recursos son recibidos por las Secretarías de Finanzas de cada entidad, se complica el seguimiento.

¹⁰⁵ Auditoría Superior de la Federación. 2014. Informe del resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2014, Ficha Desempeño, México: ASF [Consultado el 14 de mayo de 2016 http://informe.asf.gob.mx/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf].

¹⁰⁶ Auditoría Superior de la Federación. *op. Cit.* Ficha Gasto Federalizado. Pág. 513.

Conclusiones

El Seguro Popular es un programa social, cuya función es asegurar a los mexicanos la atención médica que requieran, aunque es cierto que hay algunas enfermedades que éste no cubre. Además, el Seguro Popular, se consideraría como una política pública, coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), con el apoyo de los servicios Estatales de Salud.

El Gobierno Federal informe tras informe alardea sobre los excelentes resultados obtenidos del Seguro Popular; sin embargo esos resultados sólo se basan en el número total de afiliaciones en el programa. Al parecer no buscan el bienestar social, sino que quieren obtener una mayor cantidad de en su afiliación año con año para conseguir un mayor presupuesto, y así usarlo para beneficio propio. Con la relación que se obtiene en el cuadro 3.9 y los resultados de las auditorías realizadas por la Auditoría Superior de la Federación (ASF) se puede inducir que en lugar de buscar un mayor aseguramiento social de la población, las acciones realizadas por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) están más enfocadas en la obtención de un mayor presupuesto para el pago de diversos gastos del Estado.

Realmente urgen estándares de calidad que permiten identificar la magnitud del desempeño del programa y establecer un mayor análisis de la percepción de los beneficiarios respecto a los servicios otorgados. Asimismo, es necesario una mejor supervisión de los recursos otorgados y un seguimiento de estos. Además, se debe establecer un paquete de servicios para que las personas sepan a que tienen derecho, ya que el público en su mayoría desconoce de la cobertura total del Seguro Popular y muchos beneficiarios ignoran que están asegurados.

Es posible mejorar la operación del Programa Seguro Popular examinando detalladamente los costos económicos generados en cada centro de salud, ya que

juegan un rol muy importante para la planeación, programación y presupuestación de los servicios de salud otorgados por los REPSS. De igual manera, tener un mayor control de los gastos para verificar que el recurso se está usando de manera eficiente para el cumplimiento de los objetivos del Programa.

Es necesario redefinir los conceptos de poblaciones de acuerdo al objetivo del Programa, pues si el objetivo final es la afiliación, esta meta en efecto es cumplida año con año, sin embargo esto no refleja la calidad de los servicios, la repartición de los apoyos, la provisión de medicamentos, y no demuestra si el Sistema de Protección Social en Salud está ayudando o no a la población objetivo, no solo para disminuir el gasto en salud, sino en mejorar su calidad de vida, reducir la pobreza extrema y en la aseguración de la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera Aburto, Nelly. 2012. *Seguro Popular. Evaluación de Consistencia y Resultados 2011-2012*, México: Secretaría de Salud.
- Amieva H. Juan, *Finanzas Públicas en México*, ed. Porrúa, México, 2004, 559 pp.
- Astarita, Rodrigo. 2012. *Keynes, Poskeynesianos, y Keynesianos Neoclásicos*, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Ayala Espino José. 1999 *Economía del Sector Público Mexicano*, México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Economía.
- Ayala Espino, José. 1997. *Economía Pública, una guía para entender el Estado*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bernal, P. 2010. *El efecto del Seguro Popular en la salud infantil*, México: CIDE.
- Brugada Molina, Clara, coord. 2004. *Seguro Popular: Ideas Para El Debate*, México: Congreso de la Unión-Cámara De Diputados: LIX Legislatura, Grupo Parlamentario Del PRD.
- Esping-Amdersen, G. 1993. *Las tres economías políticas del Estado del Bienestar*, Valencia: Edicions Alfons el Magnanim.
- Gómez Chiñas, Carlos. 2008. *Jhon Maynard Keynes 70 años después: Una Visión Mexicana de la Teoría General del Empleo, el Interés y el Dinero*, México: Instituto Politécnico Nacional.
- Grogger, Jeffrey. 2010. *Identificación y análisis de los efectos del Seguro Popular en el gasto en salud de los afiliados*, México: CIDE.
- Keynes, John. 1986. *Teoría general de ocupación, el interés y el dinero*, México: FCE.
- Lozano R., Infante. 1993. *Desigualdad, Pobreza Y Salud En México*, México: Consejo Consultivo del Programa Nacional De Solidaridad.
- Nigenda, Gustavo. 2009. *Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009*, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Quirk, James y Rubín Saposnik. 1972. *Introducción a la teoría del equilibrio general y a la economía del bienestar*, Barcelona: Bosch.

Stiglitz, Joseph. 2000. *La economía del sector público*, Antoni Bosch, Columbia University.

CIBERGRAFÍA

Alatorre, Adriana. 2016. "Desvían recursos del Seguro Popular", *Reforma*, 6 de marzo, <http://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=785484&v=4> (consultado el 12 de marzo de 2016).

Auditoría Superior de la Federación. 2011. *Recurrencia de las Observaciones de Auditoría del Gasto Federalizado 2000-2010, Seguro Popular*, México: ASF. [http://www.asf.gob.mx/uploads/56 Informes especiales de auditoria/Recurrencia Seguro Popular.pdf](http://www.asf.gob.mx/uploads/56%20Informes%20especiales%20de%20auditoria/Recurrencia%20Seguro%20Popular.pdf) (Consultado el 14 de mayo de 2016).

Auditoría Superior de la Federación. 2014. Informe del resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2014, Ficha Gasto Federalizado, México: ASF http://informe.asf.gob.mx/Documentos/Fichas/Ficha_GF_a.pdf (Consultado el 14 de mayo de 2016).

Auditoría Superior de la Federación. 2014. Informe del resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2014, Ficha Desempeño, México: ASF http://informe.asf.gob.mx/Documentos/Fichas/Ficha_DS_a.pdf (Consultado el 14 de mayo de 2016).

CEFP, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. 2007. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Escenarios, programas e indicadores, México: Cámara de Diputados. <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0962007.pdf> (consultado el 8 de febrero de 2016).

Cámara de Diputados. Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos, México, [Última reforma publicada DOF 27-01-2016], <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm> (consultado el 8 de febrero de 2016).

CNPSS, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. 2007. *Información General del Sistema Nacional de Protección Social en Salud*, México: Secretaría de Salud, http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGralSP.pdf (consultado el 9 de mayo de 2015)

CNPSS, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. 2007. *Información de Resultados del SPSS 2011*, México: Secretaria de Salud http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2014/feb/Inf_SS-20140205.pdf (consultado el 9 de mayo de 2015)

CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política. 2014. *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*, México, <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf> (consultado el 16 de diciembre de 2015).

CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política. 2013. *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013*, México: CONEVAL. http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/ddi/promin/evaluacion/2012-2013/11_S035_Ejecutivo.pdf (consultado el 16 de diciembre de 2015).

CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política. 2010. *Pobreza y Rezago Social 2010*, México: CONEVAL. http://www.coneval.org.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico%202012_131025.pdf (consultado el 16 de diciembre de 2015).

Cruz Martínez, Ángeles. 2015. “El sistema nacional de salud padece “cáncer administrativo”, *La Jornada*, 1º de junio, <http://www.jornada.unam.mx/2015/06/01/sociedad/038n1soc> (consultado el 12 de marzo de 2016).

García, S. 2016. “En Aprietos Financieros, Seguro Popular de Veracruz”, *NDMX VERACRUZ*, Xalapa, 29 de junio de 2015, <http://veracruz.ndmx.co/2015/06/29/en-aprietos-financieros-seguro-popular-de-veracruz/> (consultado el 8 de enero 2016).

López, René. 2013. “Ssa: se desviaron recursos del Seguro Popular en Tabasco”, *La Jornada*, 13 de abril, <http://www.jornada.unam.mx/2013/04/13/estados/028n2est> (consultado el 5 de febrero de 2016).

Méndez Robles, Rocío. 2014. “Detecta ASF desvío de recursos del Seguro Popular en al menos ocho estados”, *Noticias MVS*, 20 de mayo <http://www.noticiasmvs.com/#!/noticias/detecta-asf-desvio-de-recursos-del-seguro-popular-en-al-menos-ocho-estados-208.html> (consultado el 12 de marzo de 2016).

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*, Ginebra, Suiza, P. xvi.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa4.pdf (Consultado el 15 de mayo de 2016).

SEDESOL, Secretaría de Desarrollo Social. 2012. *Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social*, México: SEDESOL. http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2014/Municipios/Mexico/Mexico_058.pdf (consultado el 7 de octubre de 2015)

SHCP, Secretaría de Hacienda y Crédito Público. 2013. *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal*, México: SHCP, <http://www.shcp.gob.mx/egresos/pef/paginas/presupuestodeegresos.aspx> (consultado el 7 de octubre de 2015)

Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf (Consultado el 13 de mayo de 2016).

Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/pro170108.pdf> (Consultado el 10 de marzo de 2016).

Secretaría de Salud. 2014. *Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro Popular. Perspectivas, foro de consulta hacia un Programa de Desarrollo Social*, México: Secretaría de Salud, http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/PDF/ForoPronades/04_Seguridad_social_03.pdf (consultado el 23 de febrero de 2016).

Secretaría de Salud. 2013. *Sistema de Protección Social en Salud*, México: Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf> (consultado el 23 de febrero de 2016).

Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Catálogo de Servicios*, México, http://www.salud.gob.mx/portal/seguro_popular/index/catalogoservicios.php (Consultado el 06 de febrero de 2016).

Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema de Protección en Salud*, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html> (Consultado el 15 de febrero de 2016).