



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Economía

EL SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Tesina para obtener el título de Licenciada en Economía

ERIKA LETICIA GONZÁLEZ RABADÁN

TUTOR: MTRO. JOSÉ MANUEL FLORES RAMOS

México, D.F. noviembre del 2006



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Economía



EL SEGURO POPULAR
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Tesina para obtener el título de Licenciada en Economía

ERIKA LETICIA GONZÁLEZ RABADÁN

TUTOR: MTRO. JOSÉ MANUEL FLORES RAMOS

México, D.F. noviembre del 2006

***A YOLANDA RABADÁN MIRANDA, MI MAMÁ,
Gracias por tu amor incondicional.***

***A mis hijos Dulce María, Alitzel y Erik,
motivo de este trabajo.***

A Concepción Miranda y José Rabadán.

SEGURO POPULAR SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

ÍNDICE

Proemio	iii
Introducción	v
Capítulo 1. Antecedentes	1
1.1 Conceptos básicos	1
1.2 Antecedentes históricos	5
1.3 Antecedentes jurídicos	7
1.4 El Sistema de Salud en México al inicio del Siglo XXI	11
1.5 Diagnóstico del financiamiento de la salud en México	18
Capítulo 2. Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	25
2.1 El Seguro Popular de Salud	25
2.2 El proceso de creación del sistema	30
2.3 Principios y objetivos	32
2.4 Esquema general	35
Capítulo 3. El financiamiento del SPSS	40
3.1 Naturaleza de los bienes de salud	40
3.2 Costeo del paquete de servicios esenciales de salud	43
3.3 Esquema de financiamiento de los servicios de salud a la persona	48
3.4 Los fondos y el fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	52
3.5 Características de la cuota reguladora	56

Capítulo 4. Operación del SPSS	59
4.1 La participación federal y estatal	59
4.2 Aplicación y padrón de asegurados	64
4.3 Determinación y financiamiento de los gastos catastróficos	66
4.4 La infraestructura de los servicios	67
4.5 Gestión de los servicios	71
4.6 Operación de los servicios de salud a la comunidad	72
4.7 Vinculación con otros programas y con el sistema nacional de salud	74
Conclusiones	79
Apéndice de cálculo de cuotas del SPSS	81
Acrónimos	84
Referencias bibliográficas	86

Proemio

Los problemas de la salud en México, han sido la atención por mucho tiempo de los estudios de las ciencias sociales y en especial de los economistas; particularmente en un país como México, que no sólo tiene a un porcentaje mayor al 50% de su población en ese gran segmento que se ha denominado “pobreza”, sino que una parte de ella que aun no alcanza el nivel para lo que se llama “extrema”.

En mi caso personal, durante el curso de mis estudios, he tenido la necesidad de trabajar mientras los realizaba. Por diversas circunstancias mi trabajo ha estado ligado, en los últimos años, a los problemas de atención a la salud, pero en particular he tenido la oportunidad de colaborar con las áreas que se encargan de la programación y la presupuestación en la Secretaría de Salud, que planifican y coordinan los esfuerzos por su atención, en especial esta Secretaría ha sido responsable, primero directamente y después indirectamente, de la prestación de los servicios a la llamada población “abierta”, aquella que no está cubierta por los servicios de seguridad social.

La circunstancia antes explicada me hizo decidir a realizar esta investigación por las siguientes razones: en primer lugar porque mi cercanía a la prestación de estos servicios me ha permitido corroborar que se encuentran envueltos de múltiples problemas de calidad, eficiencia, trato humano, recursos y desde luego la muy limitada disposición de presupuestos, lo que ha generado un buen nivel de desesperación por buscar soluciones a estos problemas.

En segundo término, por que considero que dentro de la muy vasta temática de la ciencia y praxis económica, el que un estudiante pueda tener acceso, en mi caso particular, mis experiencias laborales me daban mejores oportunidades, tanto para la comprensión de los problemas de salud como para tener un acceso mucho más eficiente a la información fundamental y en algunos casos, detallada sobre el tema.

Por último, si bien es cierto que las probables aportaciones de los investigadores bisoños, como es mi caso, son en extremo limitadas ante problemas tan bastos como lo es el de atención de la salud en México, no dudé en intentar este esfuerzo, toda vez que institucionalmente vislumbré una doble perspectiva de cualquier resultado obtenido con esta investigación, cuando tuve noticias de que los trabajos sobre esta temática, realizados en la Facultad de Economía de la UNAM eran reducidos, y por otra parte pude darme cuenta que en mi ámbito de trabajo, la Secretaría de Salud, salvo las áreas especializadas en la planeación de la misma, en las demás existen pocos esfuerzos y aportaciones de los empleados para la resolución de los grandes problemas a que ya he hecho referencia.

Las razones antes expuestas son las que me han llevado a la realización de este trabajo que aun cuando sólo se trata de un esfuerzo descriptivo en su mayor parte, finalmente me permitieron concluir en algunas críticas evaluativas, que quizá si son tomadas en cuenta puedan hacer que se piense en cambios sobre los modelos actuales, que puedan mejorar la prestación de los servicios, en beneficio de esa población a la que prioritariamente deben de enfocarse los esfuerzos institucionales y aun los de cada persona interesada con alguna posibilidad de intervenciones.

Por último, deseo manifestar mi agradecimiento a la Facultad de Economía, institución de la UNAM que me ha formado como una profesionista preocupada por los problemas de nuestra sociedad. A todos aquellos profesores que atendieron mis cursos, mi perenne reconocimiento por su dedicación y esfuerzo.

De igual manera manifiesto mi agradecimiento por leer los borradores, orientarme y opinar sobre cada uno de los capítulos de esta investigación, así como el cuidado que tuvo en el desarrollo de esta al Dr. Manuel Morales Hernández y a los sinodales que han aprobado este trabajo.

Al Maestro Raúl Rafael Anaya Nuñez, mi Jefe, quien desde que me conoció no dudó en ofrecerme su apoyo incondicional y ha estado conmigo en las alegrías y tristezas, durante mi preparación académica.

Al ser más maravilloso que ha luchado por mí, por no dejarme caer, levantándose mil veces de la derrota para poder hoy concluir con mi sueño de seis años, a la cual le pedí me regalara ese tiempo de su vida, a Yolanda Rabadán Miranda, mi mamá, mi eterno agradecimiento, respeto, admiración y amor.

A mis hermanos por el auxilio que me han dado para con mis hijos, gracias.

A Jesús Rabadán Miranda, por su apoyo durante el proceso de mi formación académica, siempre incondicional, mi gratitud.

Y a mis hijas las cuales fueron mi motor, el mayor impulso para no desistir, a pesar de que ese tiempo era de ellas, gracias por existir, por sus sonrisas, su paz y el verdadero amor que me han dado desde el momento que las concebí y ti Eric, mi precioso hijo que llenas de luz cada día de mi vida. A mi Dios por que he creído en ti, en que estás conmigo a pesar que sólo te puedo pensar junto a mí.

Así mismo agradezco, a tantas personas que omito y a quienes expreso mi más profundo reconocimiento por su apoyo.

Introducción

En el proemio a esta investigación se han explicado las razones que he tenido para seleccionar un tema relacionado con los problemas de salud en México, sin embargo se ha considerado pertinente precisar la razón del tema específico a que se refiere el título de la misma “Seguro Popular. Sistema de Protección Social en Salud”.

Al inicio de la presente administración pública federal a punto de concluir, se percibió la necesidad de buscar un nuevo modelo de atención a la denominada población “abierta” y fue así que bajo la dirección del Secretario de Salud se diseñó, planeó e implementó un nuevo modelo de atención, mediante un programa de carácter experimental piloto que se denominó “Seguro Popular”. Este programa se inició en el año 2001, en cinco entidades federativas. Con los resultados obtenidos se procedió a diseñar el “Sistema de Protección Social en Salud”, como el modelo definitivo a seguir para la atención de ese segmento de la población.

En cuanto fueron avanzando los trabajos se fue diseminando información dentro de la Secretaría de Salud, y dado su interés y la trascendencia que podría tener para la población, fuera de los sistemas de seguridad social y como consecuencia de lo novedoso del modelo, es que se le decidió utilizarlo como tema central de esta tesina.

Con fines estrictamente introductorios, a continuación se presentan los aspectos principales que han orientado a esta investigación: Las circunstancias que motivaron la creación del programa del Seguro Popular. El diseño e implementación de la prueba piloto; el perfil del Sistema de Protección Social en Salud; las características y objetivos de la investigación; la justificación, metodología y estructura del trabajo y, por último, los hallazgos y la conclusión central derivada de la investigación.

Circunstancias que motivaron el nacimiento del Seguro Popular

Son múltiples los diagnósticos que sobre la atención de los problemas de salud, particularmente la población no asegurada que se realizaron hacia fines del siglo pasado, sin embargo, el diagnóstico que fue base para la formulación del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y del Programa Nacional de Salud 2001-2006, tiene particular relevancia, esencialmente por lo reciente de su información.

En ese diagnóstico se pudo determinar que una parte importante de la denominada población “abierta” simplemente carecía de atención pública en salud con dos consecuencias de gran importancia, o bien la población resentía en su salud y aun en su propia esperanza de vida la carencia de los servicios o de acuerdo con sus mínimas posibilidades cubría de su exiguo “bolsillo” algunos servicios proporcionados privadamente con el consecuente descuido de sus otras necesidades esenciales: alimentación, vivienda y vestido. Esta circunstancia, entre otras, propició que las últimas dos décadas del siglo pasado la población con pobreza extrema hubiese crecido en 10 millones de personas.

México luchó durante la mayor parte del Siglo XX, por abatir la inequidad económica y social de su población. Tuvo avances significativos, sin embargo, la desigual distribución del ingreso de la riqueza han persistido y, como ya se explicó, hacia fines del Siglo se profundizó. Pero ésta inequidad además se ha venido combinando con una inequidad

regional donde las zonas rurales y urbanas marginadas han encontrado, cada vez, una brecha más amplia, respecto del resto de la sociedad.

Todos los segmentos de la sociedad mexicana están claros del fenómeno y todos expresan la urgente necesidad de abatir esa inequidad, aunque algunos solo lo hagan declativamente. En síntesis, todo lo expuesto orilló a la nueva administración a buscar una solución al problema, habiendo diseñado como respuesta el “Seguro Popular”.

Breve perfil del Seguro Popular

En el año 2001, se diseñó un programa para dar atención a la población abierta. En principio en realidad se buscó incorporar formalmente a la mayor cantidad de población en pobreza extrema o muy cercana a ésta, aun los de servicios de salud que fundamentalmente estaban sustentados en el programa del IMSS, orientado a ese tipo de población y en los servicios de salud recientemente federalizados, en manos de los gobiernos estatales.

El esquema evidentemente requería de otro esquema de respaldo financiero que abriera las posibilidades de expansión de los servicios existentes, pues de otra manera era muy difícil pensar en lograr eficacia y eficiencia con los servicios que se tenían, para una población ampliada. Así fue como se diseñó un esquema de financiamiento con cuatro fuentes de financiamiento: las tradicionales federales y estatales y dos nuevas, una con aportaciones de la propia población beneficiaria y otra con donaciones solidarias del resto de la sociedad.

Las características del propio diseño implicaban que el financiamiento tradicional se ampliara muy seriamente, lo cual en las condiciones presupuestales de un país con una tasa de crecimiento del PIB menor a uno y con una recaudación tributaria altamente ineficiente resultaba poco probable. A esta situación había que adicionar el hecho de que las aportaciones de la nueva población asegurada serían muy exiguas y los donativos enormemente limitados.

El Sistema de Protección Social en Salud

A pesar de los problemas expuestos se pensó que estos eran más causa del poco tiempo de maduración del esquema que de las limitaciones apuntadas y se procedió con base en la experiencia habida al diseño e implementación de un sistema más elaborado que pudiera resolver en parte la problemática detectada y de alguna manera detonar una expansión de los servicios efectivos de salud en la población objeto.

Con las experiencias tenidas en escasos dos años, en el año 2003 se llevó al poder legislativo una iniciativa para reformar la Ley General de Salud, que terminó convirtiéndose en realidad en la adición de un artículo 77 Bis con 41 numerales, que sirvieron para describir todo el Sistema de Protección Social en Salud.

En efecto la adición perfeccionó el esquema esencialmente en su forma. Se establecieron las bases para un mejor funcionamiento de la afiliación, para definir los servicios primero en 78 intervenciones y después en 105, se establecieron las bases para el costo racional de dichas intervenciones y se crearon mecanismos para dar eficacia al financiamiento, precisando cuotas, aportaciones e incluso desarrollando fideicomisos. También se definieron aspectos sustantivos tales como los bienes de salud, y la mayor precisión entre la atención de

padecimientos susceptibles de solución mediante la prevención, la atención de otros agudos, pero fundamentalmente aquellos derivados de la evolución de los llamados padecimientos crónicos denominados catastróficos.

Hubo avances en la forma pero el fondo no se resolvió persistiendo las grandes limitaciones de la infraestructura médica y las enormes limitaciones del financiamiento.

En líneas anteriores, se ha presentado una síntesis del perfil del tema de esta investigación, por lo que ahora será el propio desarrollo de esta tesina la que dará luz a lo descrito y quizás detectar algunos hallazgos que pudieran solventar alguna modesta aportación a la solución de los problemas.

Ahora se procederá a describir las características y objetivos de la investigación, su justificación, su metodología, hallazgos y demás conclusiones.

Características y objetivos de la investigación

La investigación, objeto de esta tesina, se caracteriza por tratarse de una cuyo objetivo final es la descripción y caracterización de un sistema, el “Sistema de Protección Social en Salud” en ese contexto la tesina explica cuáles son las partes que lo conforman y de qué manera interactúan entre sí. Explica también cuales son los subsistemas que lo conforman y cuál es su función. Finalmente, establece cuáles son los objetivos fundamentales que se pretenden con el sistema.

Si bien es cierto que se trata de una tesina descriptiva también es cierto que al menos permite, al final detectar algunos problemas que se presentan en las conclusiones. En razón de lo expuesto la tesina de origen no detecta problemas que pretendan resolverse y por lo tanto, se ha considerado inoperante hacer algún planteamiento de solución, es decir presentar una hipótesis.

En lo que respecta a los objetivos de esta tesina, estos consisten en:

- 1). Investigación de los antecedentes del Seguro Popular y descripción somera de éste, como precedente del sistema.
- 2). Descripción detallada de la estructura, financiamiento y operación del Sistema de Protección Social en Salud.
- 3). Deducir los problemas subsistentes del sistema y presentarlos en forma de conclusiones.

Justificación del tema

Ya se ha explicado que México, el país donde se desarrolla el sistema, es un país que se caracteriza por un bajo desarrollo económico que no ha permitido disminuir ni la equidad en la distribución del ingreso y la riqueza ni una distribución equitativa regional del desarrollo y que, por lo tanto, parte muy importante de su población continúa en estado de pobreza.

Dentro de las necesidades esenciales de la población —nutrición, salud, vivienda y vestido— las dos primeras se encuentran insatisfechas en un amplio segmento de la población. Esta

circunstancia es más que suficiente para justificar el tratamiento de un tema como la salud en cualquiera de sus aspectos, es por ello que esta tesina ha tenido como objetivo un tema propio de la salud.

El Seguro Popular y Sistema de Protección Social en Salud, han sido la respuesta dada por una administración pública a los problemas de salud de la población, por lo que describir y analizar ese programa y ese sistema sin duda justifica una investigación de esta naturaleza.

Metodología de la investigación

Como se trata de una tesina descriptiva se excluye la posibilidad de describir un problema y formular un planteamiento de solución en la forma de una hipótesis. Sin embargo, es claro que se trata de una exhaustiva investigación documental, que ha tenido como fuentes esenciales principales los documentos oficiales que presentaron, tanto los antecedentes como el programa, más tarde el sistema y finalmente las estadísticas que muestran el estado de cosas previo al sistema y el estado actual de las mismas.

Tales documentos son: el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006; el Programa Nacional de Salud 2001-2006; el Sistema de Protección Social en Salud; Elementos Conceptuales, Financieros y Operativos; la reforma Estructural del Sistema de Salud en México, así como las estadísticas que informan sobre el estado de los principales indicadores de salud en México.

Principales hallazgos de la investigación

Aun cuando se trata de una investigación descriptiva, al final se buscó complementarla con una comparación de los principales indicadores de salud en México, al inicio de la administración y aquellos que fue posible detectar hacia el final del periodo para determinar cuál había sido el impacto del sistema en la salud de la población.

De dicha comparación, se ha obtenido como principal hallazgo que el solo cotejo de esos indicadores muestran que la implementación del sistema no mejoró la infraestructura médica disponible más allá de lo que inercialmente ha venido creciendo y que, por lo tanto, en la medida en que el sistema tenga éxito en la incorporación de población en la misma se irá resintiendo la incapacidad de dicho sistema para dar respuesta, en la realidad, a los problemas que han sido motivo de su creación.

Estructura de la tesina

La tesina que ha continuación se desarrolla está constituida por la presente introducción y por cuatro capítulos que presentan, en primer término, los antecedentes del sistema; el segundo, por la estructura y características básicas del sistema; el tercero, por el financiamiento del sistema y el cuarto, por el funcionamiento y operación del Sistema de Protección Social en Salud. Por último se presenta las que se consideraron conclusiones de la investigación y, en particular, las que contienen el problema subsistente en el funcionamiento del sistema.

CAPÍTULO

1

ANTECEDENTES

Con el fin de comprender el Sistema de Protección Social en Salud y derivar de ello las reflexiones con las que se concluye esta investigación, en este primer capítulo se describen los que se han considerado los principales antecedentes de dicho sistema.

En primer lugar se explican algunos elementos que participan en el sistema, no mediante definiciones como se haría en un glosario de términos, sino a través de conceptualizaciones para caracterizar a cada uno de ellos, en el contexto del propio sistema. Su objetivo esencial es que el lector pueda comprender por su nombre a los principales componentes del sistema y así entender su funcionamiento.

En segundo lugar se hace un recuento de los antecedentes históricos más relevantes del sistema, lo que permitirá entender las causas aparentes o reales que motivaron su creación.

Se ha juzgado pertinente describir en el tercer apartado, las fases y fundamentos jurídicos que precedieron y estructuraron al sistema, con el fin de evaluar, en su caso, su pertinencia formal.

Como su antecedente esencial, en el cuarto apartado se realiza una apretada síntesis del diagnóstico que la propia autoridad de salud realizó sobre el sistema precedente y el estado de salud de la población al inicio del siglo XXI, para tener un punto de referencia, al evaluar este nuevo sistema.

Por último en el quinto apartado, se presenta un resumen del diagnóstico realizado por la autoridad respecto del financiamiento de la salud en México, que permite deducir la pertinencia del esquema financiero del sistema.

1.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Conviene iniciar esta tesina analizando el significado de algunos términos, para arribar a una explicación del tema que se trata.

a. En relación con el tema de investigación

Para comprender el tema, se define que un **sistema** es un complejo de elementos interactuantes y, la mayoría de los que lo han definido concuerdan en que “es un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos” (Morales,2004:188). Así mismo se explica qué se entiende por **salud**, el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Condición física en que se encuentra un

organismo en un momento determinado. Libertad o bien público o particular de cada uno. En cuanto a curarse es precaverse de un daño ante la más leve amenaza. (Diccionario de la Lengua Española,1992:1836).

Conviene también precisar que **protección** es la acción de cuidar los derechos o intereses de la población, incluyendo la alta dirección o inspección que se reserva el poder público sobre las instituciones de beneficencia particular. Dentro de esta función esta la de proteger, amparar, favorecer, defender y resguardar a las personas del peligro o perjuicio, por medio de un sistema (Idem:1681). Por último, para comprender la idea que implica el tema seleccionado, se discurre respecto a que es social y se precisa que es lo dirigido a la sociedad independientemente de la clase social. Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, a los socios o compañeros, aliados o confederados. En cuanto a la seguridad social se otorga a favor de sus beneficiarios, en dinero o especie, para atender situaciones de necesidad. (Idem:1894).

De lo analizado podemos concluir en que el llamado Sistema de Protección Social en Salud, debiera ser un conjunto interactuante de elementos cuyo fin (teleología) fuera cuidar los derechos e intereses de salud de la sociedad, con independencia de su clase social.

Finalmente conviene explicar que el sistema objeto de estudio a su vez podría considerarse como un subsistema del **Sistema Nacional de Salud**, ya que éste incluye a todos los prestadores de servicios públicos de salud, tanto federales como locales, y a los del sector privado (incluye las organizaciones comerciales, sin fines de lucro y otras) y los mecanismos de coordinación entre prestadores de servicios, cuyo objetivo consiste en cumplir el derecho constitucional de contar con protección en salud.

b. Respetto de los beneficiarios del sistema

En primer término se explica que la **población total** comprende a toda la población del país, clasificable según edad, sexo y entidad federativa (Secretaría de Salud,2004:129), en tanto que **población asegurada** es el segmento de la población total que, mediante una contribución o pago anticipado, tiene derecho a utilizar lo servicios de seguridad social (Idem:129), y que la **población no asegurada** está formada por todas aquellas personas que no tienen acceso al sistema de seguridad social (Idem:129).

c. Los sujetos relacionados con la prestación de los servicios de salud

En primer término el **Consejo Nacional de Salud (CNS)** es un organismo colegiado que coordina a la federación y estados en las actividades relacionadas con la salud. Participa en la planeación y evaluación de los servicios de salud, y está integrado por 32 secretarios estatales de salud y encabezado por el secretario federal de salud. Se creó a mediados de la década de los ochentas y está encargado de coordinar las acciones en el marco de un sistema de salud descentralizado. (OCDE, 2005:181)

Así mismo la **Secretaría de Salud** es una Institución que se encarga de dirigir el Sistema Nacional de Salud, con responsabilidades en la definición y conducción de la política nacional de salud. Sus orígenes datan de a la época colonial (siglos XVII a XIX). Su establecimiento formal fue en 1943, con el nombre de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como resultado de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la

Secretaría de Asistencia Pública. En 1985 cambió su nombre por el de Secretaría de Salud. El marco legal para el Sistema Nacional de Salud, reescrito por completo en 1983, es la Ley General de Salud (OCDE,2005:185), que se apoya en el **Consejo de Salubridad General (CSG)** que es la autoridad sanitaria (las otras son el Presidente, la Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados) responsable de planear, regular, coordinar y organizar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en los términos que establece la Ley General de Salud. (Idem:181)

Por otra parte conviene explicar que los **Servicios Estatales de Salud (SESA)** son los servicios de salud operados por las autoridades estatales y orientadas en especial a la población no asegurada. Los SESA tienen la responsabilidad principal de proporcionar servicios de salud en el estado, al igual que otras funciones definidas en la Ley General de Salud. Las secretarías de salud de los estados cumplen otras funciones, como la de emitir reglamentación en el nivel local y prestar servicios comunitarios de salud. Los SESA rinden cuentas directamente al gobierno del estado y se crearon a raíz del proceso de descentralización. En 1982, la Secretaría de Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia en aquél tiempo) comenzó un proceso de delegación de responsabilidades a los Servicios Coordinados de Salud Pública (SCSP), organismos administrativos creados en 1934 para coordinar los servicios de salud en el nivel estatal. (Idem:186)

Por último, respecto de los actores responsables de los servicios, uno de particular importancia lo es el **IMSS-COPLAMAR (1979-1990), IMSS-Solidaridad (1990-2002), IMSS-Oportunidades (2002-a la fecha)** que consistió en un programa creado en 1979 como IMSS-COPLAMAR, con el objetivo de llevar los servicios de salud básica a la población que vive en pobreza extrema. En 1983, por decreto presidencial, desapareció como programa independiente, pero continuó funcionando bajo el auspicio del IMSS. En un inicio, el programa recibió financiamiento del presupuesto del gobierno federal (60 por ciento) y del IMSS (40 por ciento). Entre 1985 y 1987 el programa se descentralizó a 14 estados. En 1990, cambió de nombre por el IMSS-Solidaridad. Con operación en 17 estados. Desde 1996, el financiamiento proviene por completo del presupuesto del gobierno federal. La infraestructura y los establecimientos de servicios de salud que se emplean en la actualidad para cumplir su mandato se establecieron entre 1990 y 2002. En el año 2002, cambió de nuevo su nombre por el de IMSS-Oportunidades. El esquema continúa bajo coordinación del IMSS y aún opera mediante sus propias instalaciones. De acuerdo con el Sistema de Protección Social en Salud, de reciente creación, este programa comparte la misma población objetivo que el Sistema de Protección Social en Salud. (Idem:182)

d. Conceptos relativos a la programación y presupuestación

El instrumento rector de las acciones, durante seis años, establecido por la Ley de Planeación, es el **Programa Nacional de Salud** documento oficial de política que presenta el diagnóstico y los retos que enfrenta el sistema de salud y los objetivos, estrategias y medidas correspondientes que deben llevarse a cabo durante el sexenio presidencial (2001-2006). Establece metas y propone indicadores para medir los logros. Representa el documento rector de la política nacional de salud. El primer documento de esta naturaleza data de 1973. (Idem:184)

Por otra parte el **Presupuesto federal** es la asignación original consignada en el presupuesto de egresos, más las ampliaciones líquidas, menos las reducciones líquidas a la

fecha. Comprende las variaciones que afectan al presupuesto autorizado durante su ejercicio, las cuales se sustentan en un proceso de modificaciones programático-presupuestarias. (Secretaría de Salud,2004a:129)

Finalmente, el presupuesto federal se organiza por **ramos administrativos**, que son cada uno de los organismos, dependencias o instituciones a partir de los cuales se identifican los recursos que les son asignados en el presupuesto de Egresos de la Federación; los Poderes Legislativo y Judicial de la Federación son también ramos incluidos en dicho presupuesto (Idem:129). En particular el **ramo 12** es el ramo administrativo correspondiente al sector salud. (Idem:129)

Así también se organiza por **ramos generales**, que son conjuntos de recursos destinados a cumplir propósitos específicos, cuya previsión y asignación se encuentra en el Presupuesto de Egresos de la Federación, aun cuando dichos recursos no correspondan al gasto directo de las dependencias. El ejercicio de estos recursos puede estar a cargo de estas últimas o, en ocasiones, de los gobiernos de los estados y municipios. (idem:129), destacando en ellos el **ramo 33** que comprende las aportaciones federales para entidades federativas y municipios. Este ramo 33 incluye varios fondos, uno de los cuales es el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), que se destina al financiamiento de servicios de salud en las entidades federativas. (Idem:129)

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El doctor Guillermo Soberón en el Simposio “La Reforma de la Salud en México” planteó la existencia de tres grandes cambios que transforman el Sistema Nacional de Salud en México, a los que señala como reformas de primera, segunda y tercera generación y determina que inició en 1943, entre 1983-1988 y en 1995 a la fecha.

La primera reforma se da en 1943, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, paralelamente con el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 123 Constitucional, apartado “A”, fracción XXIX.

También nacen los Institutos Nacionales de Salud, inició la creación del Hospital Infantil de México en ese año, posteriormente el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” y el Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”. A esta conformación se le denominó institucionalización de la atención médica, porque el Estado asumió el cuidado de la salud de la población.

Para el lapso de 1983 a 1988 se da la segunda reforma llamada “El Cambio Estructural de la Salud”, comprendió la renovación legislativa, administrativa y sustantiva que involucro sustancialmente a los servicios de salud que atienden a la población abierta, es decir la que no es derechohabiente de la seguridad social. La renovación legislativa arranca con la inclusión, en la Constitución del derecho a la protección de la salud en 1983, y en 1984 con la Ley General de Salud, y para los años subsiguientes las leyes estatales de salud y seis reglamentos, una reforma que incluyó diez estrategias, cinco a nivel macro y cinco a nivel micro.

La primera estrategia macro de esta segunda reforma fue la descentralización de los servicios de salud, que por razones económicas sólo se llevó a cabo en 14 entidades federativas; la segunda la sectorización institucional; la tercera la modernización de la Secretaría de Salud (SSA); la cuarta la coordinación intersectorial y la quinta la participación comunitaria. (“*La reforma de la Salud en México*”(2001). *Gaceta Médica Mexicana*:419-424)

Para el año 1995, se da la tercera reforma y ésta comprende a la Secretaría de Salud y al Instituto Mexicano del Seguro Social, en SSA se remonta al proceso de descentralización a todas las entidades federativas, se formuló un paquete básico con 13 intervenciones costo efectivas para la población rural, la certificación de hospitales y de escuelas de medicina (llevadas a cabo por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina), la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para la atención y quejas de los usuarios y prestadores de servicios; y la regularización de las instituciones de Seguros Especializados en Salud. En el Instituto Mexicano del Seguro Social se implantó el esquema de Administración de Fondos de Retiro (AFORE) y Sociedades de inversión especializadas en fondo de retiro (SIEFORE). Se produjo una nueva Ley del Seguro Social, impulsada por un análisis crítico del funcionamiento institucional vertido en el estudio titulado “Diagnóstico”, se estableció un seguro para la familia, se diseñó un nuevo modelo institucional de atención integral a la salud (MIAIS), se crearon 139 áreas médicas, el enfoque de estos Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), para la asignación de recursos financieros, se decidió la libre elección del usuario para el prestador de servicio, se llevó a cabo la capacitación

gerencial de más de cuatro mil funcionarios, sobre la reforma en curso y se inició la renovación integral del equipo. (Idem:420)

Paralelamente a lo largo del Siglo XX, se fueron desarrollando diversos y complejos sistemas de salud en el mundo. De manera simultánea, éste proceso organizacional a nivel mundial ha sido acompañado por grandes avances tecnológicos en la atención médica. Sin embargo, uno de los mayores retos emergentes del sistema es la implantación de mecanismos efectivos, equitativos y sustentables para financiar los servicios de salud. La búsqueda e implantación de dichos mecanismos, ha propiciado que los sistemas de salud se caractericen por ser dinámicos llevando a cabo reformas de carácter continuo y progresivo, por lo que en el mundo surgen modelos que se han ido clasificando de acuerdo a los intereses de cada nación como por ejemplo:

- Los sistemas que consideran a la salud como un bien social, el cual debe estar a disposición de todos los miembros de la sociedad, bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad. Un ejemplo de este tipo de sistemas es el canadiense.
- Los sistemas que consideran a la salud como un bien social, que cubre un conjunto de beneficios para todos los miembros de la sociedad bajo los mismos términos de acceso, financiamiento y calidad; dando espacio para que grupos sociales con recursos económicos compren cobertura complementaria. La mayoría de los sistemas de los países de Europa Occidental se encuentran en este grupo.
- Los sistemas que consideran a la salud como un bien de consumo privado. Por lo tanto, el acceso, el financiamiento y la calidad de este bien varía con el nivel socioeconómico de los miembros de la sociedad. El sistema de los Estados Unidos es el ejemplo clásico de este grupo.

Cada uno de los grupos tiene características operativas, respecto a su acceso, financiamiento y calidad, ya que responde al valor que en cada sociedad se le ha dado a la salud. Algunas naciones desarrolladas, específicamente algunas cuyos sistemas de salud se encuentran en alguno de los primeros dos grupos, han generado esquemas de aseguramiento que permiten brindar protección social en salud a toda su población.

Las reformas a nivel mundial, se han caracterizado por ir incorporando en mayor o menor medida cinco componentes: 1. Incrementar la equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud. 2. Superar rezagos y hacer frente a los problemas emergentes de salud. 3. Establecer las bases para la integración de un sistema de salud que sea definido por funciones y no por grupos sociales. 4. Mejorar el aprovechamiento de los recursos destinados a la salud y 5. Garantizar un paquete mínimo de servicios, para que a través de estrategias locales y regionales toda la población tenga acceso a una atención básica.

Durante las últimas décadas del Siglo XX y en los albores del XXI, los países de la región de América Latina y el Caribe se han caracterizado por tener periodos de crisis económicas, que han afectado a todos los sectores de la sociedad y a sus instituciones. La protección social, que incluye al sistema de salud no ha estado exenta de los efectos de las crisis y, en consecuencia, ha sido objeto de cambios importantes a través de una serie de reformas emprendidas en los países de la región. (Secretaría de Salud,2005a:12)

1.3 ANTECEDENTES JURÍDICOS

Nuestra Carta Magna, así como leyes secundarias se refieren al aspecto de la salud como un mandato y derecho de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ya que en su artículo 4o., párrafo tercero, menciona lo siguiente: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución”. (Secretaría de Salud, 2001a:74)

El Artículo 123 Constitucional protege a importantes grupos sociales en diversos aspectos, entre los que se encuentra el relativo a la salud cuando hace alusión a las enfermedades. Así tenemos que a la letra establece, en su fracción XXIX, lo siguiente: “Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

La Ley General de Salud establece en su artículo 2, que la finalidad del derecho a la protección social en salud es:

“El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

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

Esta misma Ley en su Título Segundo, explica que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública (federal y local), y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, teniendo como objetivo: el proporcionar servicios de salud a toda la población, tal y como lo señalan dos artículos de la Ley General de Salud donde establecen los siguiente:

Que los *servicios de salud* se proporcionan al individuo con el fin proteger, promover y restaurar su salud, como lo especifica la Ley. (LGS, 2004: Art. 32)

Los *prestadores de servicios de salud* son: i) servicios públicos a la población en general, ii) servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios, iii) servicios sociales y privados, iv) y otros que se presten de

conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria, tal y como los describe la Ley. (Idem: Art. 34)

Los servicios públicos a la población en general se prestan en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que lo requieran, como lo marca la Ley. (Idem: Art. 35 y 36)

Entendiendo que los *servicios a los derechohabientes* de instituciones de seguridad social son para las personas que cotizan o a las que hubieran cotizado (jubilados) y sus beneficiarios de acuerdo a la Ley. (Idem: Art. 37)

Los *servicios de salud privados* los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. Y estos tienen una tarifa. Los servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistema de seguros individuales o colectivos, como lo establece la Ley. (Idem: Art. 38)

Los *usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad*, son todas personas que requieran y obtengan de los que presten los servicios públicos, sociales y privados, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad que se establezcan en la Ley. (Idem: Art. 50)

En el Título Tercero Bis referente a *la Protección Social en Salud*, en las consideraciones formuladas por el Senado de la República, que adiciona y reforma la Ley General de Salud en su artículo 77 Bis 1 al 77 Bis 41, destaca lo siguiente: (Senado, 2003:1).

En la exposición de motivos del dictamen de la iniciativa que adiciona el artículo 77 Bis 1 al 77 Bis 41 que reforma a la Ley General de Salud, se comenta que México atraviesa por diversas transiciones, mencionando las siguientes: una *demográfica* que es el aumento porcentual de los adultos mayores y el acelerado proceso de urbanización. La transición *epidemiológica* caracterizada por la sustitución de las enfermedades transmisibles por padecimientos no transmisibles como principales causas de muerte y discapacidad. Y en lo *social* el incremento de los años de escolaridad y la participación de la mujer en la fuerza de trabajo. (Idem:1)

En México se ha dado protección a la población en materia de salud, particularmente a la vinculada al sector productivo, a través de la filiación a las instituciones de seguridad social, y ahora buscan fortalecer mecanismos para la atención de la población no asegurada. (Idem:2)

Se afirma, que la iniciativa tiene como objetivo corregir los desequilibrios financieros del sistema público de salud y hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, mediante la creación de un Sistema Público de Protección Social en Salud. (Idem:2)

Plantea garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, por medio de un Sistema Público de Protección Social en Salud, a la población que carece de la seguridad social. (Idem:3)

Esta reforma plantea el modelo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), con el objetivo que las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social cuenten con servicios de salud y medicamentos, asociados a los

tratamientos, reconociendo a la familia como el núcleo objetivo de protección ya establecido en la legislación mexicana, y menciona que no se permitirá la exclusión de grupos de población no asegurada, ya que la condición socioeconómica o marginación no será limitante para pertenecer a éste. (Idem:3)

Incrementando la calidad de los servicios médicos, incorporando a las unidades de atención médica del sector público a este sistema, tomando en cuenta que se deberán acreditar ante los servicios estatales de salud, la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, buscan la prevención e involucramiento de los beneficiarios en el cuidado de su salud. (Idem:3)

Incrementarán la inversión en salud a nivel federal y estatal, con el objetivo de dar una cobertura universal. Reorganización y redistribución de recursos ejercidos actualmente del presupuesto gubernamental en salud, para la población no asegurada. (Idem:3)

El objetivo es invertir en salud, comprometiendo a los diferentes órdenes de gobierno. Al gobierno federal con la aportación de una “cuota social” por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud. (Idem:3)

Expone que con esta reforma se constituirán nuevos fondos de aportaciones, vinculando al fondo de servicios a la comunidad y el fondo de aportación a la persona, con lo que fortalece la responsabilidad de los servicios estatales de salud. Cada fondo, independientemente y bajo una lógica de asignación de recursos, que toma en cuenta la diferente naturaleza de los servicios.

Se toman en cuenta las evaluaciones que realizó la Comisión de Salud y Seguridad Social, así como de los servicios estatales de salud, respecto a lo que fue la operación del seguro popular. Las familias beneficiarias del Sistema de Protección Social en Salud destinarán recursos antes utilizados para solventar gastos imprevistos en salud hacia otras actividades e incrementarán su nivel de vida. (Idem:3)

La reforma a la Ley plantea, que la protección social será el modo por el cual el Estado garantice el acceso efectivo, oportuno, y de calidad y sin desembolso al momento de su utilización, y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, así como prevención, intervención y tratamiento, como mínimo primer y segundo nivel de atención. (LGS,2004:Art. 77 Bis 1).

La Ley describe al Sistema de Protección Social en Salud, como las acciones coordinadas por la Secretaría de Salud, a través de los regímenes estatales de salud con el subsidio de la Federación, entendiéndose que los regímenes estatales son las acciones de protección social en salud de los estados. (Idem: Art. 77 Bis 2).

Delimita que las familias y personas no derechohabientes se pueden incorporar, según corresponda a su domicilio, y podrán gozar del beneficio al Sistema de Protección Social en Salud, entendiéndose a la unidad familiar de acuerdo a su composición de individuos. (Idem: Art. 77 Bis 3 y 4).

El Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud prevé diseñar y definir el marco conceptual, así como los instrumentos para evaluar la capacidad de pago de los

beneficiarios; establecer los lineamientos y la forma de administrar los convenios que suscriban las entidades federativas, tutelar los derechos de los beneficiarios, definir los requerimientos mínimos para la acreditación, las bases para la compensación económica y evaluar el desempeño de los regímenes estatales.

Los gobiernos de las entidades federativas y el D.F., tendrán el compromiso de que el Sistema de Protección Social en Salud tenga el funcionamiento y compromiso de que éste opere de manera adecuada y sistematizada, como lo marca la citada Ley. (Idem:Art. 77 Bis 5).

La reforma establece la manera en que el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de las entidades federativas celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, determinando el concepto de gasto, destino de recursos, indicadores de operación y términos de evaluación integral del Sistema.

La reforma define los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud, a los incorporados, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la Ley. (Idem: Art. 77 Bis 3 y 4, 7 y 8).

Incrementar la calidad de los servicios y la cobertura de infraestructura, como lo marca la Ley. (Idem:Art. 77 Bis 9 y 10).

El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud se pretende sea por la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios. (Idem; Art. 77 Bis 11-18).

El Sistema de Protección Social en Salud continúa con la transparencia, control y supervisión a la información pública gubernamental del manejo de los recursos, para ello, a través de los servicios estatales de salud, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de la cobertura de servicios ofrecidos, manejo financiero y universo, a través de la rendición de cuentas a los ciudadanos. (Idem; Art. 77 Bis 31 y 32).

La Ley otorga derechos y obligaciones a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. (Idem; Art. 77 Bis 36-38).

El Sistema de Protección Social en Salud establece sus reglas a seguir y da a conocer las causas de suspensión y cancelación de la protección social en salud si se incurren en faltas establecidas en la Ley. (Idem; Art. 77 Bis 39).

1.4 EL SISTEMA DE SALUD AL INICIO DEL SIGLO XXI

El medio

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA), se plantea que al comenzar el Siglo XXI el sistema de salud tiene como principales desafíos de alcanzar: la equidad, calidad y protección financiera; nuestro país atraviesa por cambios demográficos que tienen que ver con la disminución de la mortalidad general e infantil, el descenso de la fecundidad, el envejecimiento de la población y la urbanización en las últimas tres décadas. En el ámbito social, el incremento de la escolaridad que genera conocimientos y mejora las prácticas sobre salud y el aumento de la mujer en el mercado laboral, hace que se le proporcione mayor apoyo por parte de las instituciones de salud y bienestar social. Lo económico es el reto de hacer que la industrialización, la apertura comercial y liberalización económica ayuden a incrementar el nivel de desarrollo, generar ingresos y avances científicos. En lo político, la participación activa de la sociedad crecientemente crítica, los avances científicos y tecnológicos, la mundialización de bienes y servicios, lo cual ocasiona transferencias internacionales de riesgos, asociados a cambios ambientales, migratorios, exportación de estilos de vida e ideas, comercio, etc. (Secretaría de Salud,2001a:25)

Los retos de la salud en México

a. El reto de la equidad

El gobierno tiene el reto de la equidad, por el rezago que existe en las diferentes comunidades de la República Mexicana, principalmente en comunidades rurales donde la pobreza ocasiona diversos problemas de salud, así como el estilo de vida que tiene la población en las grandes ciudades como el consumo del tabaco, el sedentarismo, el consumo de alcohol, la inseguridad pública y vial, la violencia y el deterioro en los hogares y el gran crecimiento poblacional. (Idem:27)

La dinámica de la población es importante mencionarla, ya que nuestra población creció siete veces en el Siglo XX al pasar de 13.5 millones en 1900 a 97.5 millones en el año 2000, la tasa de mortalidad descendió de 35 muertes anuales a 4.5 por 1000 habitantes y la tasa de mortalidad infantil de más de 200 descensos por 1000 nacidos vivos registrados a sólo 28 descensos. La esperanza de vida en 1940 en hombres era de 40 años y la mujer de 42, para el año 2000 en el primero pasó a 73 años y en la mujer a 77, como lo vemos en el cuadro 1.1. (Idem:27-28)

Cuadro 1.1 Indicadores de mortalidad para México 1950-2025

Indicadores de mortalidad	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Esperanza de vida al nacer (años)	49.6	57.9	61.7	67.0	71.4	75.3	78.1	81.2
Mortalidad en la infancia de 0 4 años*	167	109	98	54	36	28	19	12
Hombres adultos 15 – 59 años*	380	292	257	246	186	158	122	100
Mujeres adultas 15-59 años*	319	235	193	145	107	91	66	50
Mortalidad todas las causas*	16.0	11.5	10.0	6.7	5.0	4.5	4.2	5.0
Enfermedades transmisibles de la nutrición y de reproducción**	49.8	46.3	57.3	34.4	26.2	14.0	12.5	10.1
Enfermedades no transmisibles**	43.7	47.1	34.7	49.8	59.8	73.3	73.0	77.8
Lesiones accidentales e intencionales**	6.2	6.5	10.6	15.7	13.9	12.7	12.5	12.1

* Por 1,000 calculado con base en tablas de mortalidad

** %

Fuente: Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.

El impacto de la estructura poblacional, nos indica que se incrementará el número de adultos mayores, teniendo influencia en la demanda de servicios de salud, ya que resulta costosa la atención médica entre los 65 años y más, a pesar que se seguirá bajando la tasa de fecundidad el número de nacimientos seguirá siendo considerable por las mujeres que nacieron en la etapa de alta fecundidad. (Idem:28)

El avance que tiene el país en la tasa de descenso de la mortalidad y la esperanza de vida al nacer, se ha modificado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propone utilizar nuevos indicadores, el primero es la esperanza de vida saludable (EVISA), que mide el número de años de buena salud; y el segundo los años de vida saludable (AVISA), evalúa la merma en salud que resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad. (Idem:33)

La desigualdad que existe en los daños a la salud en nuestro territorio, es muy extremo en lugares como el Distrito Federal o Estado de México, los indicadores son comparables con los de Chile o Costa Rica; y en Oaxaca y Chiapas el riesgo es parecido al de Perú, Guatemala o Nicaragua, incluso Guerrero se compara con Bolivia. (Idem:36)

El rezago en salud que se tiene en nuestro país en ocasiones es evitable, con intervenciones de bajo costo sobre el rezago epidemiológico, destacando lo relacionado con la desnutrición, infecciones comunes y padecimientos de actividad reproductiva. También se incluyen los derivados de las emergencias y desastres naturales como los huracanes, temblores, inundaciones, sequías, erupciones volcánicas, que constituyen en los últimos cinco años un problema de salud, porque provoca la muerte de personas ya que son acontecimientos que se presentan en condiciones poco adecuados para enfrentarlos. (Idem:39)

En el año 2000 enfermedades como son las del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y cerebrovasculares concentraron el 52% de muertes clasificadas como emergentes, que sólo podrían ser desplazadas por las epidemiológicas nuevas entre ellas la del VIH-SIDA. (Idem:43)

Otro punto importante es el tabaquismo que tiene efectos nocivos para la salud y, sin embargo, en los últimos años ha aumentado la producción en nuestro país, paralelo a la exportación; según cifras del Banco Mundial se registró una tendencia decreciente en el tabaquismo en México para el año 1975 en el que se tenía un consumo de 1.4 kg por adulto para el año 1990 pasó a 1.0 kg., derivado de estudios realizados que han demostrado que el consumo de tabaco se asocia con la muerte y discapacidades secundarias, así como tumores malignos, boca, esófago, hígado, páncreas, cerviz, vejiga y pulmón, afecciones cardiovasculares, hipertensión arterial, isquémica, cerebrovascular, respiratorios, pulmonar, bajo peso al nacer, etc. (Idem:47)

En cuanto al consumo de alcohol se siguen estudiando sus consecuencias, ya que su consumo ocasiona enfermedades y lesiones por accidentes, en forma indirecta, por lo que se ha tratado de hacer campañas de conciencia, pero las cifras que se tienen es que va en ascenso. (Idem:48)

La obesidad es otro factor de riesgo para la salud, ya que las personas están propensas a padecer enfermedades crónicas, diabetes, hipertensión, cardiovasculares, etc. (Idem:50)

La urbanización cambió la vida de las personas, en la actualidad son un factor de riesgo para la población las lesiones accidentales, riesgos, violencia, etc., y son de las principales causas de muerte prematura y de discapacidades. En la década pasada murieron 60 mil mexicanos por lesiones accidentales o intencionales. (Idem:50)

b. El reto de la calidad

Este reto de la calidad es una meta que impuso la Secretaría de Salud, por los resultados obtenidos del diagnóstico que realizó la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales a las unidades de primer nivel, en las cuales existen problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, un uso deficiente de expedientes clínicos y problemas en los programas prioritarios. En cuanto al equipamiento de los hospitales frecuentemente era insuficiente y obsoleto. Y se tomó otro indicador, que es el de nacimientos por cesárea ya que para el año 1991 la cifra era de 23.5% y para el año 2001 ésta ascendió a 32%. El caso extremo es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), donde 51% de los nacimientos son cesáreas. (Idem:52-53)

Es por eso que determinan que los usuarios de los servicios de salud en México, se muestran insatisfechos con la calidad de los servicios, según datos de la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud; en mayo del 2000 esta población encuestada comentó lo siguiente: que la atención debe ser para evitar el desempleo, dar seguridad pública, aumento en salarios, mejorar la educación y los servicios de salud, y estos mismos opinan que los dos principales problemas en los que debe apoyar el gobierno son los altos costos de la atención médica y la falta de recursos e infraestructura, en las unidades de atención. (Idem:54)

c. El reto de protección financiera

El Sistema Nacional de Salud, es el que debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y que proteja a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud. El gasto que realizan las personas al momento de requerir atención médica ha ido incrementándose hasta representar más de la mitad del gasto total en salud. (Idem:56)

El sistema de salud

a. La historia

El sistema de salud actual cuenta con 63 años de existencia, inició en el año 1943, dando lugar a la fundación de diversas instituciones con el objetivo de responder a la industrialización que se daba en ese momento histórico de nuestra nación, demandando el cuidado de la población obrera llamada población derechohabiente, que es atendida por el Instituto Mexicano del Seguro Social y para la población no derechohabiente surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (Idem:58)

En los años sesenta los costos se incrementaron, debido al aumento en la demanda, dado que el sistema implantado siempre tuvo como objetivo la universalidad. Pero aun llevando a cabo este sistema la población más pobre no se ha podido beneficiar y ha tenido que recurrir a sus propios recursos para recibir atención médica que con frecuencia es de mala calidad. (idem:58)

En el año 1979 se crea el IMSS-COPLAMAR que para 1989 se transforma en el IMSS-Solidaridad, dirigido a los pobres del campo y unos años después la SSA crea un programa paralelo para las zonas de miseria urbana llamado Programa de Atención a la Salud para la Población Marginada en Grandes Urbes. Para 1983 se promulga la Ley General de Salud, que inicia la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y el proceso de modernización administrativa en la SSA. La descentralización solo se efectuó en catorce estados, debido a la crisis económica de los años ochenta y para 1995 se retoma la descentralización. Es así que el sistema de salud lleva contribuyendo medio siglo, tratando de mejorar la salud de los mexicanos. (Idem:58 y 59)

b. Las funciones

i) Servicios

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios, el primero son las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada (PRONASA calcula es que es aproximadamente el 40% de la población), que son la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad. El segundo grupo es el prestador de servicios a la población asegurada formado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que tiene a su cargo a los trabajadores de la economía formal, el ISSSTE que atiende a los empleados públicos y las fuerzas armadas que tienen sus propias instituciones de seguridad social; y los trabajadores de PEMEX que cuenta con sus propios servicios. El tercer componente es el sector de prestadores de servicios privados, al cual acude cualquier persona que tenga capacidad de pago y cuyo modo de operar es lucrativo. (Idem: 59 y 60)

Éste último sector sólo debería atender al 10% de la población, pero según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, el 21% de la población derechohabiente de la seguridad social y el 28 % de la población no asegurada, reportan que su atención ambulatoria fue prestada por un servicio privado. (Idem: 60)

Los servicios de salud en general son muy heterogéneos, ya que la ocupación hospitalaria, las consultas diarias por médico y las intervenciones diarias de quirófanos son muy diferentes entre las diferentes instituciones. (Idem: 61)

ii) Financiamiento

Para el financiamiento del sector salud se tiene una movilización de recursos financieros, su fuente son los hogares, empresas, gobierno y organismos internacionales; y se acumulan en fondos como seguro social y presupuestos públicos. (Idem: 61)

Los recursos de las instituciones públicas en México provienen de tres fuentes, en la primera las agencias para la población no asegurada son financiadas en su mayoría con recursos del presupuesto federal y en su minoría con recursos de los usuarios, a través de las cuotas de recuperación. La segunda es la seguridad social para los empleados del Estado, las fuerzas armadas y otros relacionados con el gobierno, y su financiamiento es con contribuciones de los propios empleados, empleadores y el gobierno federal. El seguro para la familia del IMSS está dirigido a los trabajadores del sector informal proviniendo sus recursos de contribuciones de los afiliados y de un subsidio del gobierno federal. (Idem: 62)

El gasto de las entidades federativas en salud es reducido y heterogéneo, según cifras de la SSA en veintisiete estados aportan menos del 20% del gasto total, como son los estados de Chiapas, Durango, Oaxaca, San Luís Potosí y Zacatecas, que no llegan a 5%; existe el caso de Aguascalientes, Distrito Federal, Morelos, Sonora y Tabasco que aportan más del 20 por ciento. (Idem:62)

La SSA ha buscado la manera de reducir la brecha, en el año de 1996 diseñó una fórmula para asignar recursos entre entidades, tomó en cuenta las necesidades de salud, pero sólo se utiliza para la distribución de los recursos excedentes, es decir, los recursos disponibles después de cubrir sueldos, salarios y gastos de operación regulares, pero es muy poco por lo que no se cumple con la equidad. (Idem:63 y 64)

Otro gasto público muy concentrado es la inversión que se tiene en hospitales de segundo y tercer nivel, que absorbe para el caso del IMSS el 75% del presupuesto de la Institución, en el caso del ISSSTE la cifra es de 69%.(Idem:69)

Por lo anterior, la Encuesta Nacional de Salud 2000 determinó que la actual organización financiera del sistema de salud es ineficiente y genera insatisfacción, por lo que los hogares se ven obligados a pagar tres veces por la atención a la salud. Ya que la mayoría de los pagos que realizan las familias por atención médica privada no está regulada. (Idem:69)

c. Generación de recursos

i) Sus profesionales

En los años setenta se crearon 27 escuelas de medicina en el país, y con ello aumentó el número de estudiantes, esto dio origen a un problema de subempleo y desempleo médico. La matrícula descendió en los años ochenta, aplicando políticas explícitas de control se estabilizó en los años noventa y tiende a crecer nuevamente, por lo que en un futuro el mercado de trabajo se verá presionado, sin embargo, el número de especialistas graduados se disminuyó.

La matrícula de escuelas de enfermería incrementó lentamente en la última década, lanzando sólo ocho mil alumnos, debido a que no son suficientes las fuentes de empleo. En el año 1999, cerca del 27% de los médicos y 43% de las enfermeras tituladas se encontraban subempleados, desempleados, inactivos o realizando otras actividades.

Sin embargo, la distribución de personal médico y enfermería en los estados de muy alta marginación es insuficiente, por ejemplo en Oaxaca por cada 1000 habitantes sólo hay 0.13 médicos, situación contraria a lugares como el Distrito Federal, que por cada 1000 habitantes cuenta con 3.2 médicos. (Idem:64)

ii) Recursos materiales

En México, en el año 1999 las instituciones públicas eran 987 hospitales, 17,348 unidades de consulta externa, 49,913 consultorios, 6,607 salas de expulsión, 77,314 camas y 2,723 quirófanos, ver cuadro 1.2; el cual resulta suficiente para la atención de la población. (Idem:65)

Cuadro 1.2 Recursos físicos y humanos del sistema de salud mexicano 1999

RECURSOS	INSTITUCIONES			
	PÚBLICAS PARA NO ASEGURADOS	SEGURIDAD SOCIAL	PRIVADA	TOTAL
Hospitales	509	478	447*	1,434°
Camas de hospital	35,616	41,698	16,094	93,408
Clínicas y centros de salud	13,912	3,436	2,355	19,703
Médicos contratados	59,200	75,959	27,501	162,660
Enfermeras contratadas	80,154	104,110	29,365	213,629

*sólo se incluyen unidades con más de 15 camas

Fuente: Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.

En cuanto a la industria farmacéutica, ésta ocupa el lugar número 15 en volumen de producción mundial, en el año 1998 el 80% se vendió al mercado privado y el 20% fueron ventas al gobierno. El 72% de la producción es de empresas extranjeras y 28 % de empresas mexicanas. Sólo el 15% % de estos productos fueron medicamentos genéricos. (Idem: 66)

iii) Conocimiento

El Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología (CONACYT), informa que el gasto público de investigación en salud representa en nuestro país el 2.3 % del gasto total en ciencia y tecnología, 0.01% del PIB y 0.45 % del gasto total en salud. Los recursos destinados a este campo de la ciencia entre 1994 y 1999 fueron de 25 %. Los países industrializados dedican más del 0.1 % del PIB y más del 1.5 % de su gasto público en salud a investigación. México no se acerca a los estándares mínimos propuestos por los organismos internacionales.

Con estas cifras que nos proporciona CONACYT podemos ver que para el año 1999 el 13% de los trabajadores activos empleados en el campo de investigación científica fue en el ámbito de la salud, pero los doctorados disminuyeron en 1990 de 15.4% bajó a 11% en 1999. (Idem:66)

Y pese a los escasos recursos, los investigadores de la llamada ciencia de la vida y disciplinas clínicas generan más del 50% de la producción científica nacional, de las cuales destacan la inmunología y neurociencias. Los centros de investigación de las instituciones públicas más importantes son CINVESTAV, IMSS, SSA y UNAM, ubicados en la zona metropolitana de la ciudad de México. (Idem:67)

iv) Información

En el año 1983 se creó el Grupo Interinstitucional de Información, con la participación de la SSA, IMSS, ISSSTE y el entonces Sistema Nacional de Desarrollo Integral. En 1984 se creó el Programa Nacional de Información, coordinado por la SSA encargado de las estadísticas sociodemográficas así como servicios y recursos, contando con cuatro subsistemas 1) población y cobertura, 2) recursos, 3) servicios otorgados y 4) daños a la salud. (Idem:67)

d. Dirección

i) Regulación

En los años ochenta se tenía poco control en cuanto a la regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios de la economía, que tiene un impacto sobre la salud

desempeñadas por la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, no eran reguladas por profesionales especializados sino con una burocracia extrema, poca certidumbre jurídica y se prestaba a la corrupción, es por eso que se adaptó un modelo de regulación de control sanitario de productos y servicios y cerca de cincuenta normas oficiales mexicanas en ésta materia, para propiciar certeza jurídica. (Idem:68)

Se ha buscado acreditar a las escuelas de medicina, de las 78 existentes en el país 54 de ellas forman parte de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), de éstas se han acreditado 23; también existen 300 escuelas y facultades de enfermería y sólo cinco están acreditadas. (Idem:68)

Desde el año 1943, las licenciaturas profesionales de la salud son responsabilidad de las instituciones de educación superior y de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. En el año de 1994, se creó el Centro Nacional de Calidad Profesional para diversas profesiones, y existe el mecanismo para la certificación de médicos generales, que coordina el Centro Nacional de Medicina General. (Idem:68)

La certificación de especialistas, la tiene a su cargo las Academias Nacionales de Medicina y Mexicana de Cirugía. Siendo utilizada por instituciones públicas y privadas y compañías de seguros, en calidad de requisito para la contratación de médicos especialistas. (Idem:68 y 69)

El Colegio Nacional de Enfermeras y la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería en 1996 crearon el Sistema Nacional de Acreditación y Certificación de Enfermería, pero aún no está en función. (Idem:69)

Se tiene pendiente la regulación a las parteras, acupuntura, reflexología, homeopatía, quiropráctica, osteopatía, naturismo, iridología y otras; con excepción de los homeópatas que por lo general no pasan por procedimientos formales de capacitación ni certificación. México cuenta con la regulación y vigilancia de la seguridad y eficiencia de los medicamentos, siendo necesario actualizarlas continuamente. Además se requiere actualizar la información a consumidores y proscriptores, promover el uso racional de medicamentos al igual que la evaluación de estos, y la tecnología utilizada por la medicina alternativa. (Idem:69)

ii) Evaluación

A finales de los años noventa desaparecen la Subsecretaría de Planeación de la SSA y la Dirección General de Evaluación y Seguimiento, siendo ésta última la que realizaba las evaluaciones. Actualmente se cuenta con 46 indicadores y las evaluaciones del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), del PAC y del PROGRESA. (Idem:70)

iii) Protección de pacientes

Antes los pacientes no contaban con un lugar para presentar sus quejas sobre los servicios de salud, pero en 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), apoyando a usuarios y proveedores públicos y privados de servicios de salud, con procedimientos simples para una demanda legal, además de dar asesoramiento a ambos. (Idem:70)

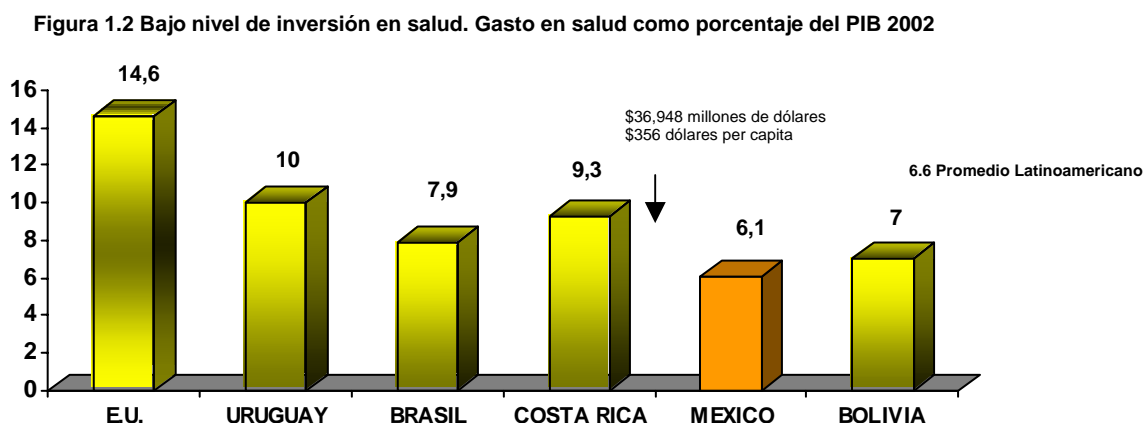
1.5 DIAGNÓSTICO DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN MÉXICO

En el año 2001, la Secretaría de Salud define cinco desequilibrios con serias implicaciones desde una perspectiva de equidad en el financiamiento de la salud: 1) bajo nivel de inversión en la salud; 2) alto predominio del gasto de bolsillo; 3) inequidad en la asignación de los recursos públicos entre instituciones y zonas geográficas; 4) falta de corresponsabilidad en el financiamiento de los recursos para la salud, entre órdenes de gobierno, y 5) el creciente destino del gasto público hacia la nómina, mismos que a continuación se describen: (Secretaría de Salud, 2002a:5)

a. Bajo nivel de inversión en salud

A la Secretaría de Salud se le asignan recursos del presupuesto gubernamental, para llevar a cabo la cobertura de las necesidades básicas de los miembros del Estado y dar cumplimiento a la provisión de bienes y servicios públicos en salud, y con ello buscar el desarrollo de servicios de buena calidad y mejorar la infraestructura de los prestadores de estos servicios públicos. (Idem:5)

En México, se invirtieron en salud recursos equivalentes al 6.1% del PIB. Esta cifra es menor al promedio latinoamericano (6.6%) y es relativamente baja si se compara con el nivel de inversión observado en otros países con un nivel de ingresos semejante, tales como: Costa Rica (9.3%), Brasil (7.9%) y Uruguay (10%). (Ver figura 1.2.) (Idem:6)

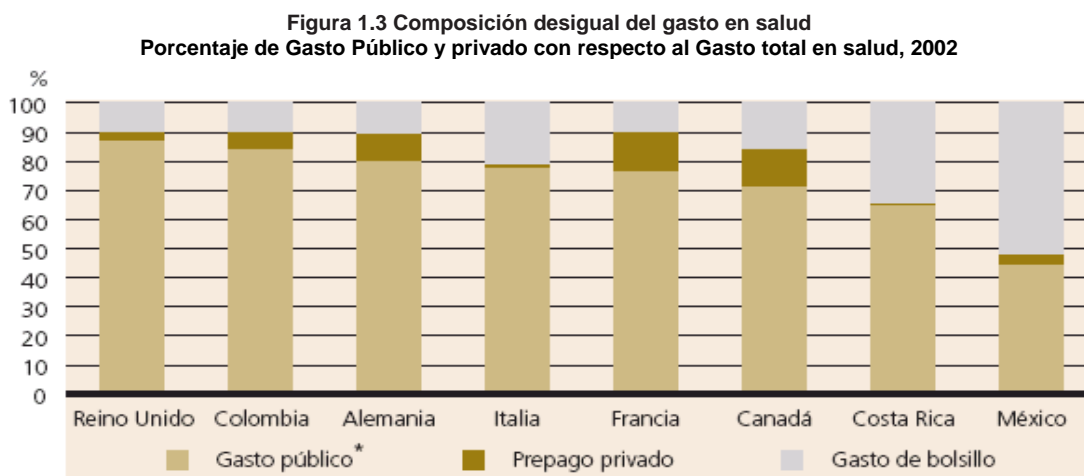


Fuente: La Salud en la Reforma del Estado: Hacia un Sistema Universal de Salud. Síntesis Ejecutiva. Secretaria de Salud. 2002.

Los retos que enfrenta el sistema de salud en México no son algo sencillo, porque requiere de un incremento importante en la cantidad de recursos que se destinan al financiamiento de la salud.

b. Alto predominio del gasto de bolsillo

El financiamiento del sistema de la salud tiene tres fuentes: a) recursos públicos, que comprenden presupuestos gubernamentales, ya sea en el ámbito federal o estatal; b) las contribuciones a la seguridad social y c) el gasto privado, ver figura 1.3 se observa el comportamiento del gasto comparado con otros países. (Idem: 7)



* Incluye contribuciones a la seguridad social.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

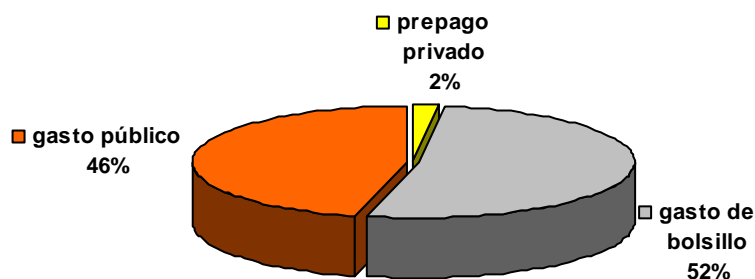
Se entiende que los recursos públicos o presupuestales gubernamentales son aquellos que ingresan por el cobro de impuestos generales, como lo son el Impuesto al Valor Agregado (IVA), el Impuesto Sobre la Renta (ISR), los ingresos derivados del petróleo y otros. (Ayala, J,2001:310)

Respecto de las contribuciones a la seguridad social, éstas ingresan como fuente de financiamiento a través de cuotas aportaciones, en el que participan tanto empleados como trabajadores. (CEPAL, 2000:28)

El gasto privado en salud se divide en prepago privado y gasto de bolsillo. Con el prepago privado se financian esquemas privados de colectividad de riesgos, que ofrecen las compañías aseguradoras y los fondos mutualistas o algún otro tipo de asociación especializada en la diversificación comunitaria de riesgos. Con estos esquemas se cubren anticipadamente las erogaciones por atención médica, en caso de enfermedad para un grupo de personas aseguradas; y el gasto de bolsillo que es el que realizan las personas al momento de recibir atención médica de servicios privados.

La figura 1.4 muestra que en México para 2001 la participación de los recursos públicos representó el 46.0% del gasto total en salud, mientras que el prepago privado y el gasto de bolsillo representaron el 2.0% y 52.0%, respectivamente. (“La reforma de la Salud en México” (2001). *Gaceta Médica Mexicana*:422)

Figura 1.4 Origen de los recursos para la salud en México



Fuente: La Salud en la Reforma del Estado: Hacia un Sistema Universal de Salud. Síntesis Ejecutiva. Secretaría de Salud. 2002.

La Secretaría de Salud, busca dar equidad y eficiencia en el financiamiento de la atención en salud, por lo que el gasto de bolsillo rompe con la solidaridad financiera que permite que las personas enfermas y las de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de las de mayores recursos, como lo marca la justicia financiera en salud, porque los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir, en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo no permite la agregación y diversificación de riesgos y es regresivo. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares del 2000, aquéllos ubicados en el decil más bajo de ingreso dedican, en pagos directos, alrededor de 4.1% de su ingreso a la atención de su salud, mientras que los hogares del quintil de mayores ingresos dedican el 2.7% del mismo. (Secretaría de Salud, 2002a:7)

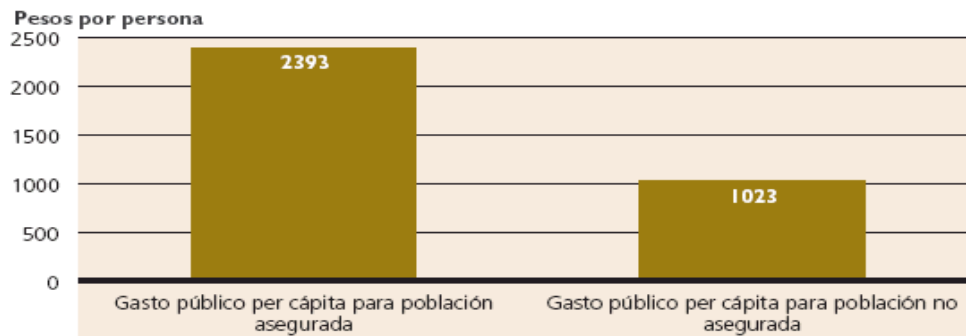
El gasto de bolsillo provoca incertidumbre a las familias por pagos excesivos, que son imposibles de anticipar en caso de ocurrir una enfermedad o accidente. Se calcula que, anualmente, de dos a cuatro millones de hogares mexicanos, incurren en gastos catastróficos por motivos de salud, al tener que gastar en salud 30% o más de su ingreso disponible (ingreso total menos gastos en alimentación). En el último trimestre del 2002 se calculó que 3.9% de los hogares del país incurrieron en este tipo de gastos. Cuando se estudia a los hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, alrededor del 5% de los hogares no asegurados enfrentan este tipo de gastos, mientras que el porcentaje de hogares asegurados que se enfrentan a la misma situación es de 2.6%. De lo anterior, se observa que es más común que las familias que no cuentan con seguridad social tengan este tipo de gastos. (Secretaría de Salud, 2004c:26)

El gasto de bolsillo no ayuda a la efectividad de la atención preventiva, porque los pacientes solemos posponer la atención médica hasta que la enfermedad se agrava. Las enfermedades nos debilitan la posición como consumidor de servicios de salud, y una emergencia no es el momento para hacer juicios sobre calidad y costo. (Secretaría de Salud, 2002a:7)

c. Inequidad en la asignación de los recursos públicos entre instituciones, entre zonas geográficas y entre órdenes de gobierno

En el año 2002, el gasto público para la población en la seguridad social fue de 2.4 veces mayor que el gasto público para los no asegurados, como lo muestra la figura 1.5. (Secretaría de Salud, 2002a:9)

Figura 1.5 Asignación desigual de recursos públicos según condición de aseguramiento
Gasto público para asegurados y no asegurados, 2002



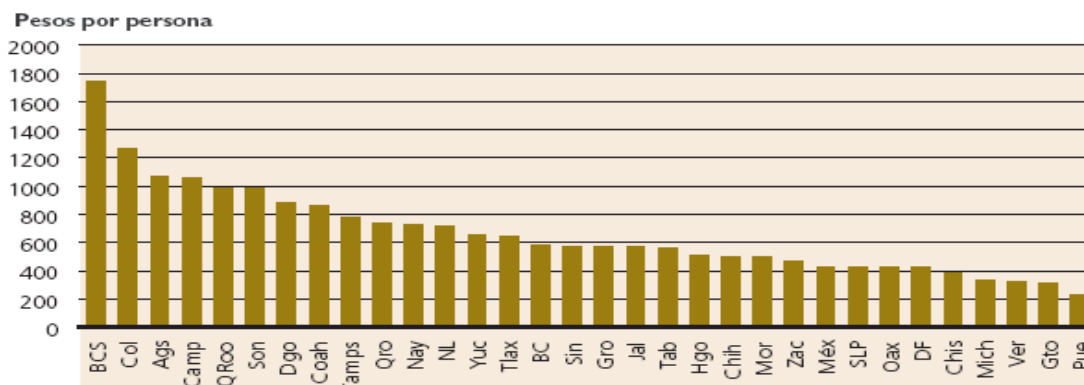
Fuente: Manual del Sistema de cuentas nacionales y estatales en México 2004 (SICUENTAS)

La desigualdad en la asignación geográfica de recursos, en cuanto a su distribución histórica de recursos federales a las entidades, se determina por la oferta de servicios; existe una diferencia de 6 a 1 entre la entidad con mayores recursos per cápita con respecto a la entidad con menores recursos. (Secretaría de Salud, 2004c:25)

d. Desequilibrio en el destino de los recursos

La participación estatal en el financiamiento de la salud y el grado de corresponsabilidad que muestran las entidades federativas es desigual. Por ejemplo, durante 2002 en cinco entidades la participación del gasto estatal representó más del 30%, con respecto al total de recursos (federales y estatales) destinados a salud. En contraste, en 14 entidades ésta participación ascendió a menos del 10%, de las cuales en 8 casos no rebasó siquiera 5%, como se observa en la figura 1.6. (Idem:25)

Figura 1.6 Desigualdad geográfica en la asignación de recursos públicos recursos federales (FASSA*) destinados al gasto en salud de la población no asegurada, 2002

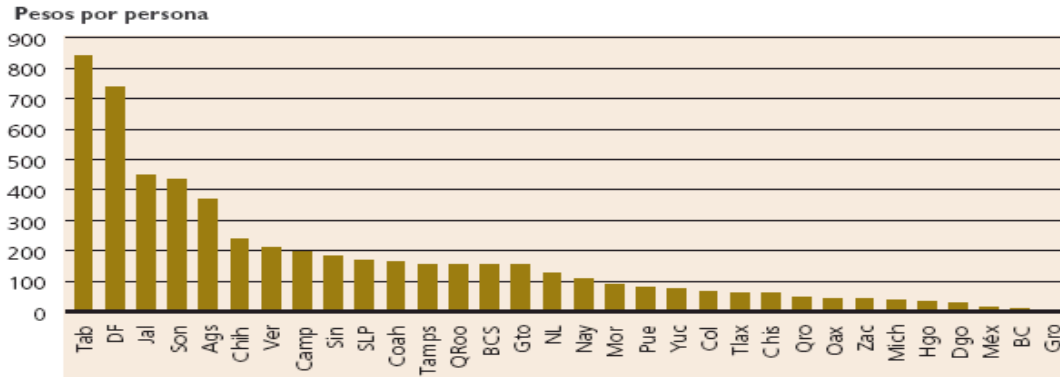


*FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

Aunado a lo anterior, podemos ver en la figura 1.7 que las contribuciones estatales en 2002 tienen una diferencia de 115 a 1 entre la entidad que aporta más recursos por persona de su propio presupuesto, con respecto a la entidad que aporta menores recursos. (Idem:26-28)

**Figura 1.7. Desigualdad en términos geográficos.
Recursos Estatales destinados al gasto en salud, 2002**



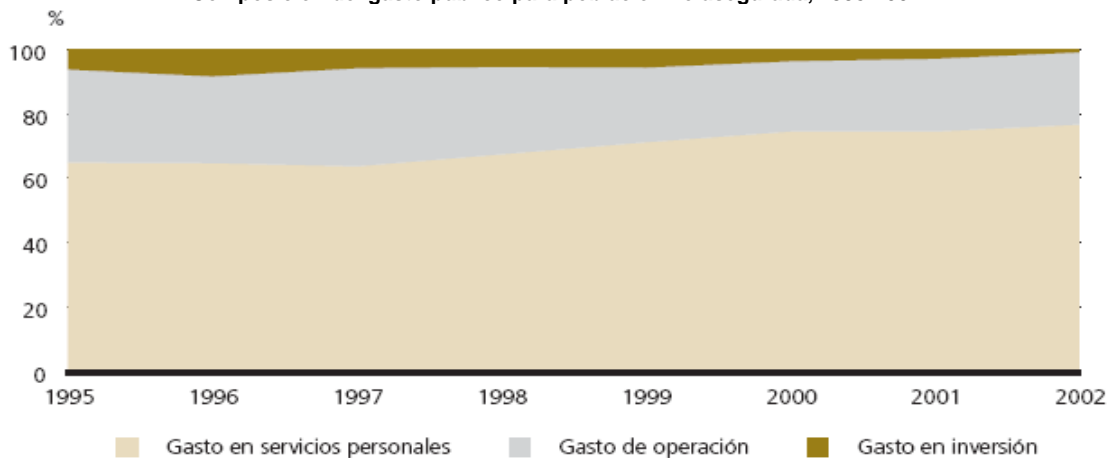
Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

e. Creciente destino del gasto público hacia la nómina

Los recursos públicos para población no asegurada, el porcentaje destinado al fortalecimiento de la infraestructura es menor al gasto de operación (principalmente medicamentos, materiales de curación, otros insumos y servicios básicos figura 1.8).

El bajo nivel de inversión y el predominio del gasto de bolsillo, como forma de financiamiento de la salud, limitan la inversión pública en salud, así como el uso eficiente de los recursos y el ahorro interno. (Secretaría de Salud, 2005a:21)

**Figura 1.8 Desequilibrio en el destino del gasto
Composición del gasto público para población no asegurada, 1995-2002**



Fuente: La Salud en la Reforma del Estado: Hacia un Sistema Universal de Salud. Síntesis Ejecutiva. Secretaria de Salud. 2002. Nota: Incluye recursos de ramo 12 y del FASSA de ramo 33.

En síntesis en este capítulo se hace una descripción histórica del Sistema de Salud en México, que inició en los años cuarenta y que se adicionó en 2001 con la reforma a la Ley General de Salud, al amparo del mandato constitucional de otorgar servicios de seguridad social a toda la población mexicana, independientemente de su condición económica, social, laboral o de salud, cuyo objetivo es implantar el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), para afiliar a la población no derechohabiente, utilizando la infraestructura de las unidades de atención médica ya existentes. Las que deben estar “acreditadas” para pertenecer a la red de prestadores de servicios del SPSS, cuyos requisitos son proporcionar atención médica y contar con infraestructura suficiente (equipo, medicamentos, insumos, espacios para consultas, hospitalización, laboratorios, etc).

Los sistemas de salud en el mundo, pueden clasificarse en tres grupos de acuerdo a la importancia que se le dé a la salud de la población, bajo los términos de acceso, financiamiento y calidad. En México se plantea en el PRONASA buscar otorgar de una forma equitativa y justa, financieramente el servicio.

En este capítulo se explicó, cómo fue el diseño del sector salud en nuestra nación, y por que la distribución es inequitativa en la asignación presupuestal, tanto a nivel federal como a nivel estatal, entendiendo la historia presupuestal, con la que se han asignado los recursos a los estados en base a gastos de operación, gasto en servicios personales y gastos en infraestructura.

Como casos particularmente expresivos, de dicha inequidad, están la insuficiente infraestructura para la atención médica en los estados más necesitados como son Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Colima, Puebla, etc., en los cuales la población no cuenta ni con los servicios de consulta externa y si llegara a necesitar un servicio de hospitalización, resulta que las áreas de atención están a horas de distancia o en las capitales de los estados; las personas no cuentan con los recursos suficientes para llegar a ellas, y los hospitales de alta especialidad no son suficientes para poder atender a toda la población.

En el Plan Nacional de Salud 2001-2006, se plantea que la reforma a la Ley General de Salud, es una alternativa de protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, y mencionan que el fin es reducir el gasto de bolsillo y atender oportunamente la salud de la población, creando una cultura de prepago y prevención, al establecer un pago anticipado por afiliarse al Sistema y así responsabilizar a las familias, para evitar empobrecimientos por gastos inesperados y que resulten costosos.

Las conclusiones anteriores devienen de los antecedentes descritos, por lo que ahora ya existen bases suficientes para que en el siguiente capítulo se describa con detalle al sistema.

Bibliografía

Ayala Espino, José.(2001). *Economía del sector público mexicano*. México. Facultad de Economía.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2003) México. Colección Secretaría de Gobernación.

(CEPAL). Comisión Económica para América Latina. (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México*. Santiago de Chile.

(LGS). *Ley General de Salud* (2004). México, Colección Porrúa

Morales Hernández, Manuel.(2004).*Un modelo de asignación de recursos para entidades públicas basado en la teoría general de los sistemas*. México. Facultad de Economía.

(OCDE). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2005). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*. México.

Real Academia Española. (1992).*Diccionario de la Lengua Española*, Ed.Mateu-Cromo.Artes Gráficas.Edición Vigésima primera. España. Espasa Calpe,S.A

Secretaría de Salud (SSA) (2005a). *Marco Conceptual y Operativo del Sistema de Protección Social en Salud*. Versión 5. (Documento de Trabajo). México.

— (2005b). *Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad*. México. Dirección de Calidad y Educación en Salud.

— (2004a). *Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México (SICUENTAS)*. México. Dirección General de Información en Salud.

— (2004c). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La reforma estructural del Sistema de Salud en México*. México.

— (2002a). *La Salud en la Reforma del Estado: Hacia un Sistema Universal de Salud*. (Síntesis Ejecutiva). México.

— (2001a). *Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA)*. México.

Senado de la República. LIX Legislatura. (2003). *Proyecto de decreto que adiciona el artículo 3º con una fracción II bis, el artículo 13, apartado A) con fracción VII bis y el Título Tercero Bis a la Ley General de Salud con los artículos 77 Bis 1 al 77 Bis 41*.México.

Soberón, Guillermo. (Volumen 137 No. 5, 2001). “La reforma de la Salud en México”; *Gaceta Médica Mexicana*. 419-428.

CAPÍTULO

2

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

En este capítulo se analiza la reforma a la Ley General de Salud, que inició en 2001 concluyendo en 2003, con la implantación del Sistema de Protección Social en Salud. Se describe como inició con un programa piloto llamado “Salud para Todos (Seguro Popular)”, que es el antecedente del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el que va encaminado a mejorar la calidad y atención de prestaciones médicas que ofrecía el primero, con su paquete de intervenciones y medicamentos, a los cuales tendrán derecho las personas que decidan afiliarse. Se trata de interpretar el mecanismo de financiamiento y operación. Así como la transferencia de riesgos que hace el gobierno federal a los gobiernos estatales y a las unidades de atención.

2.1 SEGURO POPULAR DE SALUD COMO ANTECEDENTE

La Secretaría de Salud, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA), en la 5ª estrategia, busca proteger financieramente a la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social que realizan gasto por concepto de servicios médicos y es:

“Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población”, entendiendo que es la que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud. (Secretaría de Salud, 2001a:115)

Inició en 2001 un programa de protección financiera en salud para la población sin seguridad social, denominado oficialmente “Programa para Todos” y fue conocido como “Seguro Popular en Salud”. (OCDE,2005:136-138)

Este programa piloto posteriormente se constituye como Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el SPS inició con 3 grandes objetivos, los cuales se enlistan a continuación:

- a Dar protección financiera a la población que carece de seguridad social, a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
- b Crear una cultura de pre-pago en los beneficiarios del SPS.
- c Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

Este programa se caracterizó por ser un seguro público y voluntario, dirigido a las familias sin seguridad social en materia de salud, teniendo como objetivo evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud.

Fue dirigido a la población no derechohabiente de la seguridad social, pero sobre todo de bajos ingresos, ubicados dentro de los primeros seis deciles de distribución de ingreso como se muestra en el cuadro 2.1. La distribución de los hogares cubiertos por el IMSS varía por decil de gasto, según cifras de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares; para el año 2000, se puede observar que sólo 1% de los hogares de los derechohabientes del IMSS, se ubican en el decil más pobre (es decir, están englobados en ese 10% de la población más desamparada del país) y 12% en el decil más rico. En el caso del ISSSTE, únicamente 18% de sus derechohabientes se encuentran entre (50% de la población con menores recursos) los cinco deciles más pobres. (*Inequidad en el gasto del gobierno en salud* (11-nov-06). Fundación Mexicana para Salud. www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio)

Cuadro 2.1 Distribución de hogares por cobertura según decil de gasto

Decil de gasto	IMSS	ISSSTE	ABIERTA	OTROS
I	1%	0%	17%	2%
II	4%	1%	15%	5%
III	8%	3%	12%	6%
IV	10%	6%	10%	9%
V	11%	8%	9%	10%
VI	13%	10%	8%	10%
VII	14%	14%	8%	10%
VIII	13%	17%	7%	12%
IX	14%	19%	7%	14%
X	12%	22%	7%	22%
SUMA	100%	100%	100%	100%

FUENTE: Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 2000

NOTA: Se considera que una persona se encuentra cubierta por una institución de seguridad social si por lo menos un miembro del hogar se encuentra cubierto.

El Seguro Popular ofrece un esquema de seguridad médica, enlistada en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABAME), integrado por 78 intervenciones, con la opción de que en algunas entidades se añadan otras intervenciones, de acuerdo a sus necesidades de salud y perfiles epidemiológicos. (Secretaría de Salud, 2005c:25 y 26)

Su objetivo es afiliar a las familias integradas por el titular, cónyuge y sus dependientes económicos; y para las personas mayores de 18 años que decidan afiliarse en forma individual se denominó “unipersonal”, en ambos casos deberán acudir al centro de afiliación a solicitar el beneficio que aparentemente ofrece este sistema.

El programa piloto inició de manera gradual en 2001 en cinco estados: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. (Figura 2.1)

Figura 2.1. Presencia del Seguro Popular de Salud en las entidades federativas durante la fase inicial: 2001-2003.



Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

Semestre de 2005 de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

No tomaron en cuenta el nivel de ingreso de las familias para la afiliación, el asegurado elige su periodicidad de pago, que es semestral o anual. La edad o estado de salud no fue impedimento para la reafiliación al SPS.

Las familias acuden a los centros que estableció el SPSS para su afiliación, donde se les realiza un estudio socioeconómico y firman una hoja en la que se comprometen a pagar la cuota de afiliación que les corresponde, según su ingreso; y declarar de buena fe que no tienen otro aseguramiento a través de alguna otra institución.

El SPS es otorgado por los Servicios Estatales de Salud (SESA), con una red médica de hospitales generales y centros de salud, con capacidad para la prestación del servicio conforme al CABAME; para tener acceso a los hospitales deben ser referidos de algún centro de salud, excepto en el caso de urgencias, ya que en este caso podrán acudir a los hospitales pertenecientes a la red. (Secretaría de Salud, 2005c:27)

El modelo de gestión va encaminado a mejorar la calidad y oportunidad de los servicios médicos ofrecidos por el SPS, que incluye lo siguiente:

- Programación de exámenes preventivos
- Programa de citas para consultas
- Integración de expedientes clínicos
- Mecanismos de referencias y contrarreferencias
- Expedición y surtido de recetas
- Servicios de atención: informar al beneficiario, asesorar y atender reclamaciones.

El esquema de financiamiento se implantó en forma bipartita, en el que intervenía de manera mayoritaria el gobierno federal, con un subsidio transferido a través de la Secretaría de Salud, y el pago de cuota familiar por afiliación. Y posteriormente determinaron que el sistema sería tripartito haciendo partícipes a las entidades federativas.

Cuando inició el SPS se destinó un subsidio federal a las entidades federativas, bajo el criterio de la selectividad, equidad, objetividad, transparencia, temporalidad y publicidad; por otro lado la Secretaría de Salud, destinó mensualmente un subsidio federal por familia a los SESA.

La cuota de afiliación del SPSS será progresiva, según el nivel de ingreso de cada familia, y complementaria al subsidio federal. De la cuota familiar, se dice que tiene el objetivo de crear una cultura de prevención mediante el aseguramiento, ya que desde el establecimiento del sistema se cree conveniente que las familias paguen anticipadamente en vez de hacer pagos directos de bolsillo, y se contempla disminuir el riesgo de incurrir en gastos que lleguen a empobrecer a las familias. (Idem:27)

A los SESA se les asignó la administración de los recursos recaudados por concepto de cuotas familiares al afiliarse al Seguro Popular; y la recaudación durante la fase inicial se destinó a la compra de medicamentos. (Idem:27)

Este mecanismo de seguro, a través del SPS, es un instrumento operativo para la atención médica que se otorga a través del SPSS, el cual incluye de manera independiente a los servicios de salud a la comunidad, al entender el planteamiento de esta cobertura se vislumbra claramente que ya existía; y se viene otorgando con el Programa Oportunidades el cual lleva funcionando 26 años, y en los servicios de salud a la comunidad es lo que se ha dado como prevención epidemiológica, investigación, apoyo en caso de desastres naturales o contingentes y campañas nacionales de vacunación. (Idem:28)

La Secretaría de Salud realizó una evaluación para este programa piloto, y determinó metas e indicadores, así que en el año 2002 fueron los siguientes:

- porcentaje de familias afiliadas,
- familias dadas de baja,
- familias afiliadas que se fueron integrando al sistema de seguridad social,
- monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada,
- capacidad utilizada de consulta externa,
- utilización de hospitalización, población afiliada que requirió atención hospitalaria,
- días-estancia por egreso hospitalario,
- afiliación con expediente clínico, hospitales certificados,
- pacientes referidos al segundo nivel de atención.

Y en año 2003 los indicadores fueron cambiados a:

- familias afiliadas,
- tasa de reafiliación,
- monto de cuotas captadas por familias afiliadas,
- promedio de consultas por familia afiliada,
- días estancia por egreso hospitalario, y
- familias encabezadas por mujer.

Con estos datos se afinaron los procesos de afiliación y financiamiento, y con los costos que incluía el CABAME se determinó el grado de autenticidad de los costos del nuevo Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), determinaron la carga financiera de acuerdo a las enfermedades por región, el marco de referencia para aumentar la cobertura geográfica, identificando las unidades de salud establecidas para proporcionar los servicios del CASES, atención al abasto de medicamentos, responder a las demandas de los usuarios y definir los niveles y montos de las cuotas familiares. (Idem:27)

2.2 EL PROCESO DE CREACIÓN DEL SISTEMA

En la primera reunión extraordinaria del Consejo Nacional de Salud (CNS), el 8 de enero del 2001, presentaron la visión estratégica que orienta la política en salud que llevó a cabo este sexenio para el periodo 2001-2006, con un marco conceptual, instrumental y metodológico de la protección financiera en salud; las comisiones y grupos de trabajo donde los participantes fueron los titulares de los servicios de salud de las 32 entidades federativas, los cuales determinaron las estrategias y líneas de acción en materia de:

- i) equidad presupuestal e indicadores de resultados y desempeños,
- ii) sistemas de compensación cruzada,
- iii) Seguro Popular de Salud, así como la comisión jurídica y administrativa, y
- iv) la Comisión de Salud Pública. (Idem:29)

Con ello, el Poder Ejecutivo envió su iniciativa de reforma a la Ley General de Salud al Senado de la Republica el 12 de noviembre del 2002, para incorporar como tema a tratar la protección social en salud, adicionando el Título Tercero Bis para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Se inició el proceso legislativo con una discusión, mediante la cual se incorporaron aportaciones de diversas fracciones parlamentarias. Pero el 24 de abril del 2003 el Senado aprobó el proyecto de decreto modificatorio con 92% del voto a favor y, en consecuencia, se turnó a la Cámara de Diputados para la revisión correspondiente. El 29 de abril la Cámara de Diputados aprobó la iniciativa modificatoria en lo general y adicionó un artículo transitorio con 73% del voto a favor. Finalmente, el 30 de abril del mismo año la Cámara de Senadores aprobó la adición del artículo transitorio propuesto por la Cámara de Diputados con 94% del voto a favor. (Idem:29)

El 13 de mayo del 2003, el Presidente de la República firmó y se expidió la reforma, publicándose el 15 de mayo del 2003 en el Diario Oficial de la Federación.

La Secretaría de Salud decidió poner en marcha el SPSS en forma gradual, tomando como periodo de meta de implantación del 2004 al 2010. (Idem:30)

Dada la aprobación de esta iniciativa y, con el trabajo desarrollado de las reuniones del CNS, en la décima reunión, que se realizó en mayo de 2003, se definieron las actividades que tendrían los titulares de los servicios estatales de salud, organizando las tareas y formando cinco grupos de trabajo para la construcción de la plataforma organizativa y operativa del SPSS, con los siguientes temas:

- 1) aspectos jurídicos,
- 2) prioridades de servicio,
- 3) movilización y asignación de recursos financieros,
- 4) organización interna, instrumentos gerenciales y planificación de infraestructura, y
- 5) servicios de salud a la comunidad. (Idem:30)

El SPSS tiene sus propuestas concretas para el mecanismo, la comunicación y toma de decisiones entre diferentes órdenes del gobierno. Definiendo la responsabilidad y facultades del gobierno federal, así como para las entidades federativas al igual que el papel del Consejo de Salubridad General, como el órgano colegiado interinstitucional, que establece la forma para dar continuidad al proceso de implantación de este sistema, ya que tras la

aprobación de la reforma se llevaron a cabo los acuerdos de coordinación del SPSS, con las entidades federativas contando de tres etapas fundamentales:

1. Presentación de las ventajas y compromisos que adquirieron las entidades federativas, al adherirse al SPSS, informando la negociación con los nuevos titulares de salud en las entidades federativas, quienes tuvieron que familiarizarse con el SPSS ;
2. Definición de metas de afiliación para el año que ampara el acuerdo. Esto significó la negociación de las metas de afiliación en el ámbito nacional y estatal, con la factibilidad de cumplir con las prioridades de afiliación definidas en la LGS; la disponibilidad de recursos para los años fiscales, la oferta de servicios existente y la gradualidad requerida por la Ley.
3. Ratificación de compromisos teniendo por objetivo generar la continuidad en el proceso de implantación del SPSS, el cual es particularmente relevante durante los periodos de transición gubernamental (a nivel estatal y federal), así como el periodo de expansión de cobertura, que culminará en el 2010.

Han establecido sus acuerdos multianuales, así como su ratificación anual de compromisos en materia de afiliación y estimación del flujo anual de recursos financieros, y el compromiso de las entidades federativas de permanecer en el SPSS una vez que firman un acuerdo de coordinación. (Idem:31)

2.3 PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DEL SISTEMA

El marco ético, principios y objetivos que fundamentan al Sistema de Protección Social en Salud se sustentan en la Ley General de Salud, (LGS,2004:Art.77 Bis 1-41) como lo va describiendo la Ley, que determinarán como principios a los siguientes:

- Universalidad
- Portabilidad nacional
- Priorización explícita
- Gratuidad en el momento de uso de los servicios
- Solidaridad financiera
- Subsidiaridad
- Presupuestación democrática y rendición de cuentas (Secretaría de Salud, 2004c:33)

La universalidad, en el acceso a los servicios de salud a la población en general y la portabilidad de beneficios entre instituciones y entre zonas geográficas, buscan evitar la exclusión social y promover la igualdad de oportunidades, independientemente del nivel de ingreso, así como la condición laboral o el lugar de residencia. La portabilidad de beneficios entre zonas geográficas vinculada con la libertad para movilizarse en el territorio nacional, sin que ello merme su derecho a la protección de la salud. La reforma busca que cuando un trabajador cambie de sector productivo o del sector formal al informal, o tenga diferentes tipos de remuneración o relación contractual no implique que la gente merme la protección a la salud. Y que la aportación que realiza el gobierno federal siga al beneficiario, independientemente de la institución pública en la que esté incorporado. (LGS, 2004: Art. 77 Bis 1-41)

Cuando establecen el Sistema de Protección Social en Salud, inicia con un paquete de intervenciones médicas (Catálogo de Beneficios Médicos), las cuales son bajo el criterio de las necesidades más apremiantes para beneficiar a la ciudadanía, en cuanto a costos y al mismo tiempo sepa sus derechos. (Secretaría de Salud, 2002b)

Se estableció el prepago, la solidaridad financiera y la subsidiaridad entre órdenes de gobierno, así como el proceso de presupuestación sustentado en la población beneficiaria, determinando que el SPSS tendrá un financiamiento justo y eficaz en salud. (Secretaría de Salud, 2004c:9)

Mencionan que la reforma buscará una sola vía de financiamiento para la atención médica a la población no derechohabiente de la seguridad social, dependiendo del tipo de bien o servicio que produce el sistema de salud, distinguiendo a los bienes públicos que son los que benefician a toda la comunidad (deben ser provistos a la población en general) y de los servicios dirigidos a la persona (atención médica de beneficios explícitos). (Secretaría de Salud, 2002a: 12 y 13)

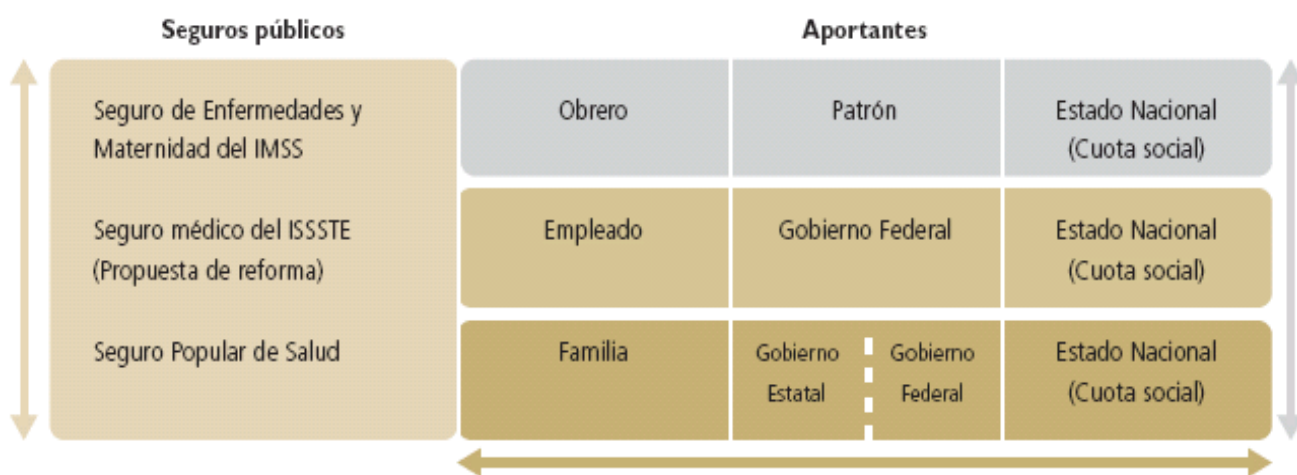
Corregir los desequilibrios financieros

El SPSS se plantea como el modo de terminar con los desequilibrios financieros, teniendo como objetivo incrementar el porcentaje del PIB nacional que es de 6.1%, que se encuentra por debajo del promedio latinoamericano del 6.6%. (Secretaría de Salud, 2002a:6)

El gasto de bolsillo es el pago que realizan las familias, al momento de requerir atención médica por no contar con un sistema de protección social en salud, o cuando alguna persona que aunque cuente con servicio médico público prefieren acudir al servicio privado, por lo que algunas familias incurren en gastos que llegan a representar más del 30% de su ingreso. La Ley General de Salud establece que los recursos públicos, que se asignen serán de acuerdo al número de familias afiliadas, por lo que la asignación presupuestal, se determinará por la demanda de los servicios. Así las entidades recibirán recursos por el número de familias afiliadas, buscando la equidad en la distribución entre zonas geográficas, instituciones y grupos de población. ((*Inequidad en el gasto del gobierno en salud (11-nov-06)*). Fundación Mexicana para Salud. www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio)

La reforma busca homologar las bases de financiamiento para la población no derechohabiente con las definidas en el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS; en la actualidad éste opera incorporando cuotas obreras y patronales fijadas de acuerdo al ingreso de los trabajadores y una cuota que aporta el gobierno federal, en su calidad de Estado para cada cotizante, ver figura 2.2.

Figura. 2.2 Hacia una nueva arquitectura financiera para la salud



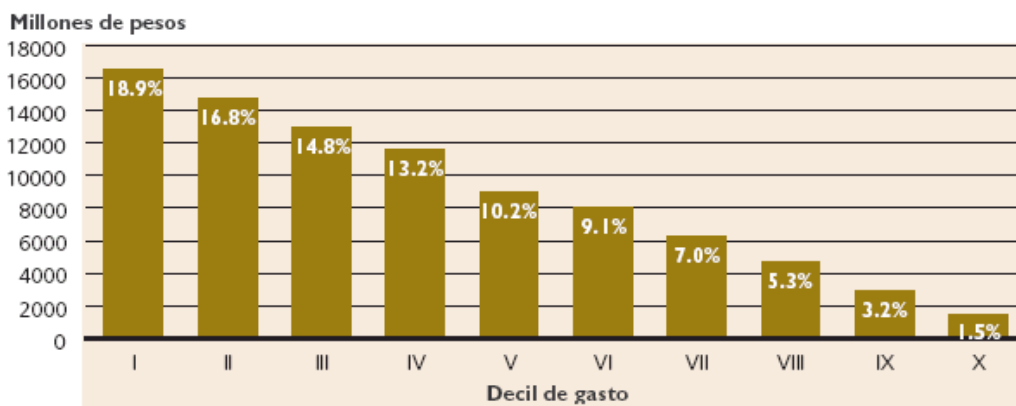
Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.

El Seguro Popular de Salud del SPSS, opera con un esquema tripartito, en donde se establece una cuota financiada por el gobierno federal por cada familia afiliada, equivalente a la definida por cotizante en el SEM del IMSS.

El ISSSTE opera bipartita, empleado-gobierno federal, la propuesta de reforma a futuro contempla una homologación del financiamiento tripartito con el financiamiento del SEM del IMSS, como se observa en la figura 2.2.

Históricamente el presupuesto para la población no derechohabiente se asignaba bajo el criterio de la oferta de los servicios, tomando en cuenta el número de plazas de personal e infraestructura existente; la propuesta que estableció el SPSS para determinar las aportaciones del gobierno federal y las de entidades federativas, se funda en el número de familias afiliadas, ya que el beneficio de esta reforma va dirigido principalmente para la población de los tres primeros deciles de ingreso residentes en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas; como vemos en la figura 2.3 la distribución es de manera progresiva para los dos primeros deciles ya que recibirán mayores recursos. (Secretaría de Salud, 2004c:39 y 40)

Figura 2.3 Beneficios de la reforma: inversión más equitativa en salud
Distribución de recursos totales (88,304 millones de pesos *) del Sistema de Protección Social en Salud por decil de gasto



* El total de recursos del SPSS comprende la Cuota Social (actualizada al 1º de enero de 2004), la ASF y la ASE bajo un esquema de cobertura universal de la población no asegurada.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

Si bien es cierto que toda la población debe contar con un seguro de salud, para que llegado el momento de utilizarlo se cuente con toda la cobertura, en México la realidad no es esa, la mayor parte del gasto en salud proviene del gasto de bolsillo, por lo que a éste fenómeno se le denomina un problema de aseguramiento, se plantea la reforma como el modo de dar cobertura a toda la población, como un financiamiento público en salud, que incluya a los trabajadores independientes, no asalariados e informales.

El IMSS y el ISSSTE, son los dos sistemas de protección para los trabajadores de la economía formal, así que el SPSS se plantea como el tercer sistema de protección en salud, para cubrir a toda esa población mexicana no asegurada. (Idem:40)

2.4. ESQUEMA GENERAL

El SPSS comprende elementos financieros y operativos, que permite proporcionar los servicios de salud. Dichos servicios se componen de los servicios de salud a la comunidad y los servicios de salud a la persona (atención médica). Los dos son diferentes, tanto operativa como financieramente. (Secretaría de Salud, 2002a:12 y 13)

Los servicios de salud a la comunidad son proporcionados por la Secretaría de Salud y la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad (CPSSC), perteneciente al Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), y sus fuentes de financiamiento son:

- Para Los bienes públicos locales, sus recursos que provienen del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC), conformado por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del ramo 33 (FASSA), que se canalizan para este tipo de servicios.
- Para los bienes públicos nacionales o regionales su financiamiento proviene de recursos federales complementarios para financiar la prestación de Servicios de Salud a la Comunidad del ramo 12 (FASSC_c), que provienen del gasto federal (presupuesto de la Secretaría de Salud comprendido en el ramo 12, que se denomina presupuesto gubernamental, recurso destinado para el funcionamiento de la Secretaría de Salud).

Los servicios estatales, a través de las jurisdicciones sanitarias, son los encargados de otorgar la prestación de los servicios de salud a la comunidad, mediante unidades de atención y brigadas.

Los servicios de salud a la persona son competencia de la Secretaría de Salud y la CNPSS. El financiamiento público de estos servicios se realiza de acuerdo con aquéllas intervenciones incluidas en el Catálogo de Servicios Esenciales (CASES) y el conjunto de enfermedades denominadas como gastos catastróficos, y sus recursos provienen de (OCDE, 2005:146)

Cuota Social: (CS), se financia con recursos adicionales, los cuales se contemplan actualmente en el presupuesto de la Secretaría de Salud (ramo 12). (Idem:182)

Aportación Solidaria Federal (ASF), esta aportación es asignada a las entidades mediante el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona (FASP), de acuerdo con la Ley se toman en cuenta los recursos existentes en el FASSA, del ramo 33, que son canalizados para la prestación de servicios de salud a la persona. Cuando los recursos de FASSA no son suficientes para sufragar ASF se asignan recursos complementarios (AFS_c), provenientes del presupuesto federal (ramo 12). (Idem:181)

Aportación Solidaria Estatal (ASE), los gobiernos de las entidades federativas realizan ésta aportación de sus propios presupuesto estatales. (Idem:181)

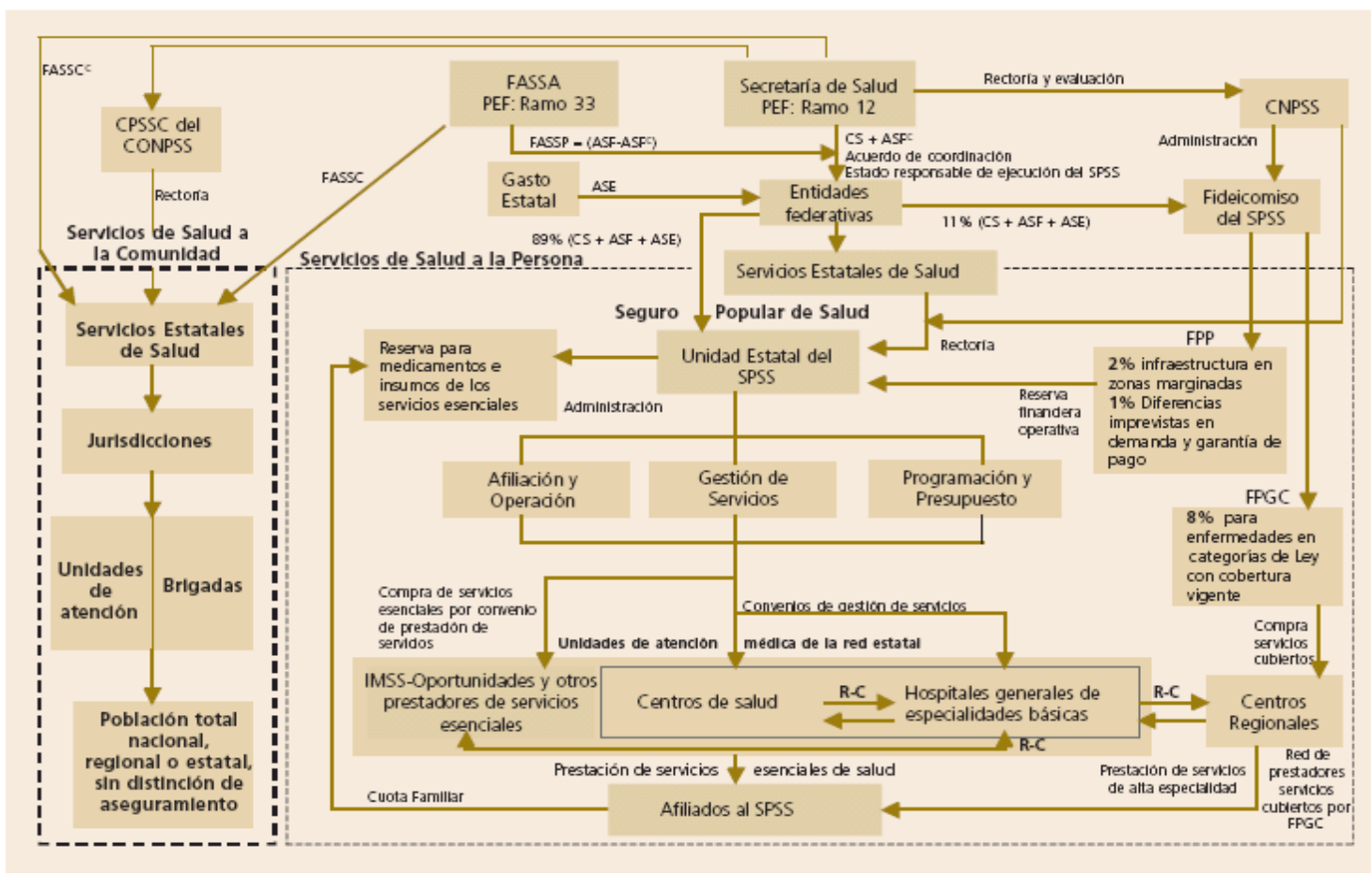
Al implantar el SPSS en las entidades federativas surge la figura de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). Teniendo la tarea de administrar los recursos financieros, afiliación, gestión de servicios, programación y presupuestación que realizan las unidades estatales del SPSS, que dependen de la autoridad sanitaria estatal.

La prestación de los servicios de salud a la persona se otorga con el Seguro Popular de Salud, a través de las unidades de atención médica de la red de servicios en el estado. Como lo establece la Ley la red se compone por prestadores como IMSS-Oportunidades, centros de salud y hospitales generales, quienes garantizan la prestación de los servicios esenciales de salud del SPSS. (LGS, 2004:Art. 77 Bis 2 y 5)

Cuando se requiera atención de tercer nivel los REPSS cuentan con centros regionales de alta especialidad y una red de prestadores de servicios médicos de tercer nivel. Y cuando sean intervenciones de casos que correspondan a las denominadas gastos catastróficos, serán cubiertas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), y su fuente de financiamiento corresponde a 8% del monto que representa la suma de la cuota social, la ASF y la ASE. (Idem:Art. 77 Bis 17)

Adicionalmente, se destina de este mismo monto (CS + ASF + ASE) 2% para la infraestructura en salud de zonas marginadas y 1% para cubrir diferencias imprevistas en la demanda y la garantía de pago. Recursos que son administrados a través de un fideicomiso (Fideicomiso del SPSS). Ver figura 2.4. (Secretaría de Salud,2004b:Art. 107-110)

FIGURA 2.4. Modelo Financiero-Operativo del Sistema de Protección Social en Salud

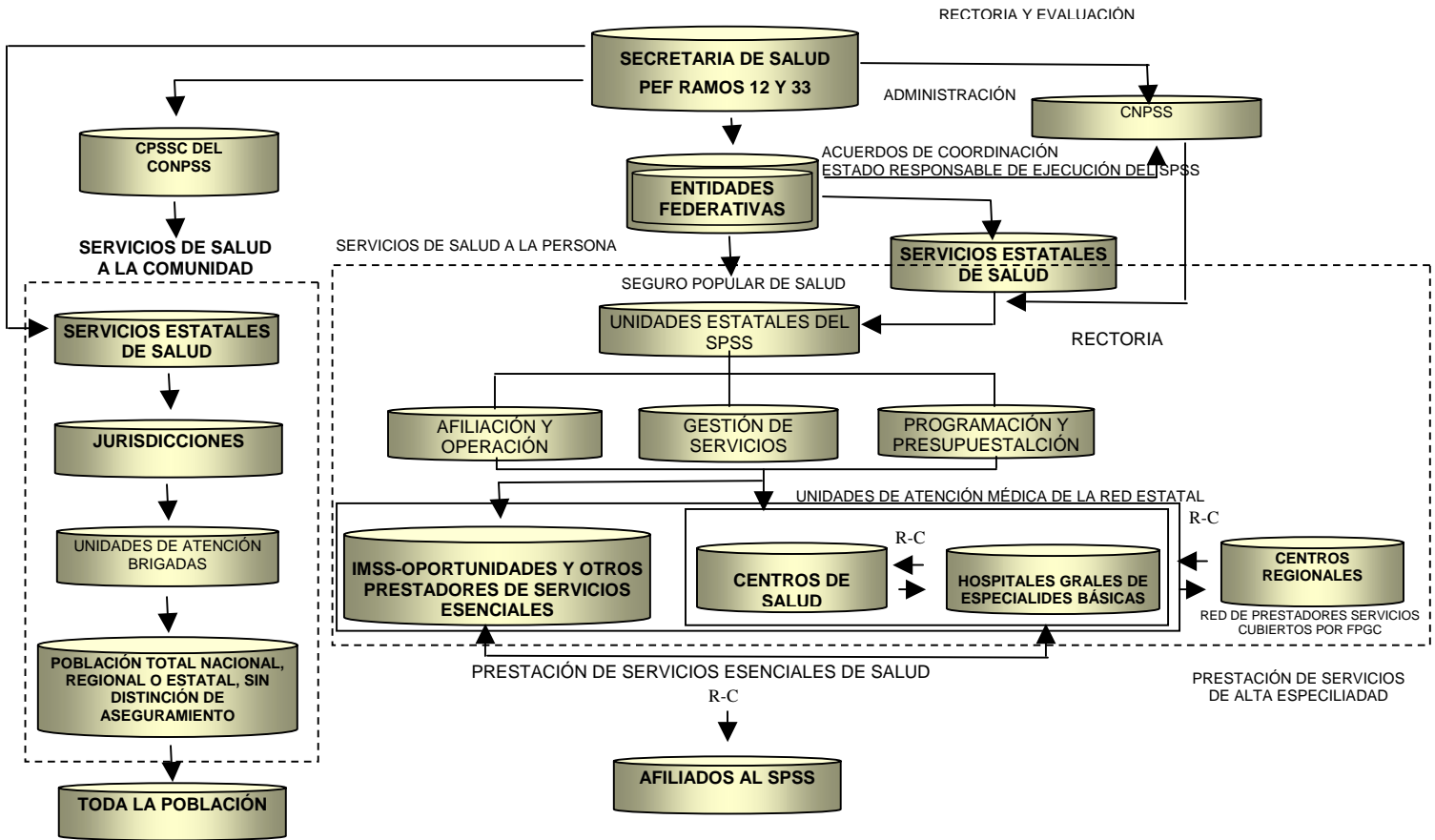


Fuente: Sistema de Protección Social en Salud Elementos Conceptuales, Financieros y Operativos. Secretaría de Salud. Primera Edición 2005.

Nota: consultar el significado de las siglas en el apartado de acrónimos.

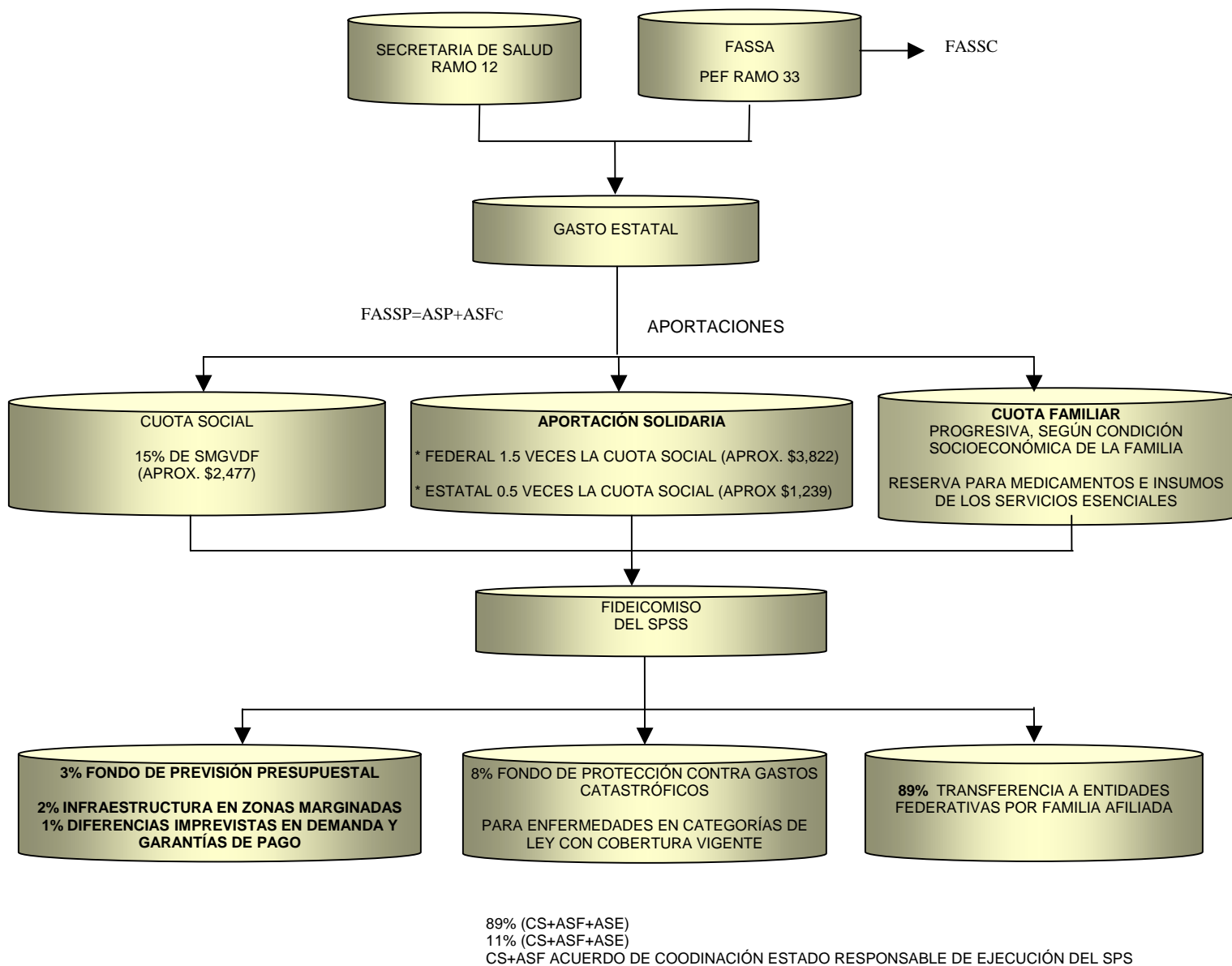
El esquema que se ha presentado ahora permite separar en dos esquemas la operación y el financiamiento. En primer término en la figura 2.5 se presenta el esquema operativo del SPSS y en la figura 2.6 el esquema financiero del SPSS.

FIGURA 2.5 Modelo Operativo del Sistema de Protección Social en Salud



FUENTE: Elaboración propia

FIGURA 2.6 Modelo Financiero del Sistema de Protección Social en Salud



FUENTE: Elaboración propia

El Sistema de Protección Social en Salud, surge después de la reforma a la Ley General en Salud que inició en 2001 y concluyó en 2003 iniciando su operación en 2004 con el lanzamiento del Sistema de Protección Social en Salud, ya antes había empezado a operar con el Programa Piloto llamado Seguro para Todos (Seguro Popular de Salud).

Para la creación de este sistema, se adiciona a la Ley General de Salud el artículo 77 Bis del 1 al 41, donde se describe cómo debe ser la protección social en salud y particularmente la protección financiera, de lo que se desprenden toda una serie de compromisos para entidades federativas y a darle continuidad, durante su periodo de expansión que se cumple en el año 2010, así como relacionarse con los programas sociales existentes relacionados con la salud.

El SPSS se planteó como objetivos: estar dirigido a la población no derechohabiente de la seguridad social (integrada por desempleados, indígenas, autoempleados, ancianos, minusválidos, personas vulnerables, etc., de los seis primeros deciles del gasto), dar protección financiera a la población, crear una cultura de pre-pago y disminuir el número de familias que se empobrecen por enfrentar gasto de salud.

Y crea todo un esquema operativo y financiero, para poderse implantar con la infraestructura ya existente, y su fuente de financiamiento son recursos federales, estatales y de las familias, así como aportaciones por donativos.

Bibliografía

Inequidad en el gasto del gobierno en salud. (11 noviembre 2006). Fundación Mexicana para la salud. www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio-

(LGS). *Ley General de Salud* (2004). México, Colección Porrúa

(OCDE). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2005). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud.* México.

— (2004b). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.* (RLGSMPSS). México.

— (2004c). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La reforma estructural del Sistema de Salud en México.* México.

— (2002a). *La Salud en la Reforma del Estado: Hacia un Sistema Universal de Salud.* (Síntesis Ejecutiva). México.

— (2002b). *Catálogo de Beneficios Médicos (CABAME),* México, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.

— (2001a). *Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA).* México.

CAPÍTULO

3

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Después de haber descrito con detalle la estructura y componentes del Sistema de Protección Social en Salud, en el capítulo precedente, resulta fundamental analizar la manera, forma y características del financiamiento del sistema.

En este capítulo, en un primer apartado, se describe la naturaleza y clasificación de los fines de la salud, pues el financiamiento del sistema está focalizado hacia esos fines. En un segundo apartado se hace referencia a un paquete mínimo de servicios esenciales de salud, a sus componentes y a su costo. En su tercer apartado, se describe el esquema de financiamiento de los servicios de salud a la población. A continuación en el cuarto los fondos y el fideicomiso con los que opera el SPSS y por último, en el quinto, se especifican las características de la cuota reguladora.

3.1 NATURALEZA DE LOS BIENES DE LA SALUD

La reforma establece su nuevo modelo de financiamiento para los bienes y servicios del sistema de salud, haciendo una clasificación de dos grupos primeros serían los **bienes públicos**, cuya cantidad no se agota cuando los consume un individuo o grupo de individuos, y estos deben estar vinculados con la regulación sanitaria, generación de información y evaluación; vinculándose con la investigación y vigilancia epidemiológica, salud ambiental, atención en caso de desastres naturales y control de vectores, así como los que se dirigen específicamente a la persona, como las campañas masivas de inmunización (las Semanas Nacionales de Vacunación). Y su recurso presupuestal son los impuestos, ya que benefician a la población, independientemente de su afiliación a alguna institución pública. Este financiamiento de la producción de bienes públicos a las entidades federativas se canaliza al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC), de acuerdo a la Ley. (LGS, 2004:Art. 77 Bis 20). Y los segundo que son **Servicios de salud a la persona (atención médica)**

Los servicios de salud a la persona que se brindan, cuando se presenta en la unidad de atención el beneficiario a solicitar la prestación del servicio, como lo marca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y serán:

- Prevención
- Diagnósticos confirmatorios aplicados a la persona en las unidades de salud
- Tratamiento
- Paliativos, y
- De rehabilitación y limitación del daño. (Secretaría de Salud,2004b:Art. 9)

El PRONASA, propone un financiamiento de los servicios de salud de atención médica, en forma de seguro público con recursos de forma tripartito: La población no asegurada, se afilia al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), contribuyendo con el pago de una cuota familiar de acuerdo a su capacidad de pago, y a cambio recibe un conjunto de beneficios establecidos en el catálogo de intervenciones; el gobierno federal aporta a su vez otra contribución por cada familia afiliada al sistema y el gobierno estatal realizará su aportación por familia afiliada en su entidad. (ver figura 3.1) (Secretaría de Salud, 2001a:116)

FIGURA 3.1. Clasificación de los bienes de la salud



Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

Servicios de salud a la comunidad

Los servicios de salud a la comunidad se otorgan independientemente de lo que es el Seguro Popular, el SPPS incluye otorgar los servicios a la comunidad; y se otorgan a la población, independientemente de su condición de aseguramiento formando parte de las obligaciones de los servicios estatales de salud, siendo su fuente de financiamiento son las siguientes:

Para el caso de los bienes a la salud se dividen en; 1) de competencia *nacional o regional* y 2) de competencia *local o estatal*. (Secretaría de Salud, 2004b:Art.5 y 88)

En el caso de los bienes públicos *locales*, los recursos provienen del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC), éste a su vez, contablemente, son los recursos del FASSA, de los recursos destinados a los servicios de salud a la comunidad.

Para la asignación presupuestal se considera el monto que ya se viene otorgando para estos servicios y actividades, ahora tomarán en cuenta el crecimiento observado del gasto público en salud y crecimiento esperado en la población total, si llegaran a faltar recursos los otorga del fondo.

Como parte del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS), se establece la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad (CPSSC), la cual se implanta como el órgano de consulta y opinión, para establecer los lineamientos de integración y operación del FASC. (Idem:Art. 89)

En el caso de los recursos destinados para los bienes públicos de competencia *nacional o regional* son administrados por la Secretaría de Salud, ya que provienen del presupuesto gubernamental del ramo 12, y son complementarios a los recursos del FASC. Los bienes financiados con estos recursos son: campañas nacionales de vacunación, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, atención en caso de desastres naturales o emergencias y protección contra riesgos sanitarios.

Y la prestación de los Servicios de Salud a la Comunidad es realizada por los servicios estatales de salud y operativamente por las jurisdicciones sanitarias que otorgan dichos servicios, mediante unidades de atención y brigadas.

3.2 COSTEO DEL PAQUETE DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD

El SPSS a través del Seguro Popular pone a disposición de las personas afiliadas un conjunto de beneficios e intervenciones médicas, las cuales estarán establecidas en forma de catálogo. Su modo de financiamiento del SPSS es tripartito y se destinan los recursos para otorgar la prestación de un conjunto de intervenciones que fueron seleccionadas de acuerdo a su importancia. Tomando los criterios de costo-efectividad, continuidad en la atención, cumplimiento ético-médico, aceptabilidad social y disponibilidad de infraestructura. Las intervenciones y medicamentos se establecen en un Catálogo de servicios esenciales (CASES) (durante el programa piloto se le denominó Catálogo de Beneficios Médicos (CABAME)), del cual se les entrega una publicación a cada familia afiliada.

El catálogo estará siendo actualizado, de acuerdo a la determinación de las secuencias y alcances de cada intervención, que forma parte del paquete de servicios esenciales, del establecimiento donde se otorga la atención médica. Las intervenciones que contemplan en el Reglamento también deben irse incrementando y actualizando.

Se plantea en el Reglamento en su artículo 9, las intervenciones que se deben basar siempre en un criterio de prevención y promoción de la salud durante la vida de las personas, y que deben tomar en cuenta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dichas intervenciones deben vincularse con las necesidades de salud de acuerdo al perfil de nuestra región y nación.

Para promover el CASES, se debe tomar en cuenta la sustentabilidad financiera del sistema, así como cual es la necesidad de salud recurrente solicitada en los servicios públicos que forman parte del sistema. Prever la secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad de las instalaciones médicas y necesidades de atención individuales.

A la fecha se han diseñado dos paquetes de beneficios individuales, uno de 78 intervenciones, que de acuerdo a las reglas de operación constituye un paquete familiar y otro de 105 intervenciones correspondientes al paquete integral (en el futuro prevén incluir 15 intervenciones de gasto médicos mayores integrando un paquete de gastos médicos mayores con 120 intervenciones).

También se han considerado el tipo de medicamentos asociados a los tratamientos, basándose en el cuadro básico y el Catálogo de Medicamentos del Sector Salud y los protocolos o guías clínicos- terapéuticas que se apliquen en cada intervención.

La Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, perteneciente a la Consejo Nacional de Protección Social en Salud, será la encargada del cálculo de los costos de las intervenciones que conforman este catálogo y la metodología utilizada son las guías clínico-terapéuticas de cada intervención que establecen el procedimiento que describe a detalle las actividades seguidas en términos de diagnóstico y terapéuticas necesarias en cada padecimiento.

El costeo considera los medicamentos asociados y estudios de apoyo que incluye estudios de laboratorio y gabinete. Una vez teniendo este costeo se construyen algoritmos de diagnóstico y tratamiento para cada servicio esencial y son utilizados para diseño de las funciones de producción por servicio esencial. (Secretaría de Salud, 2002b:39)

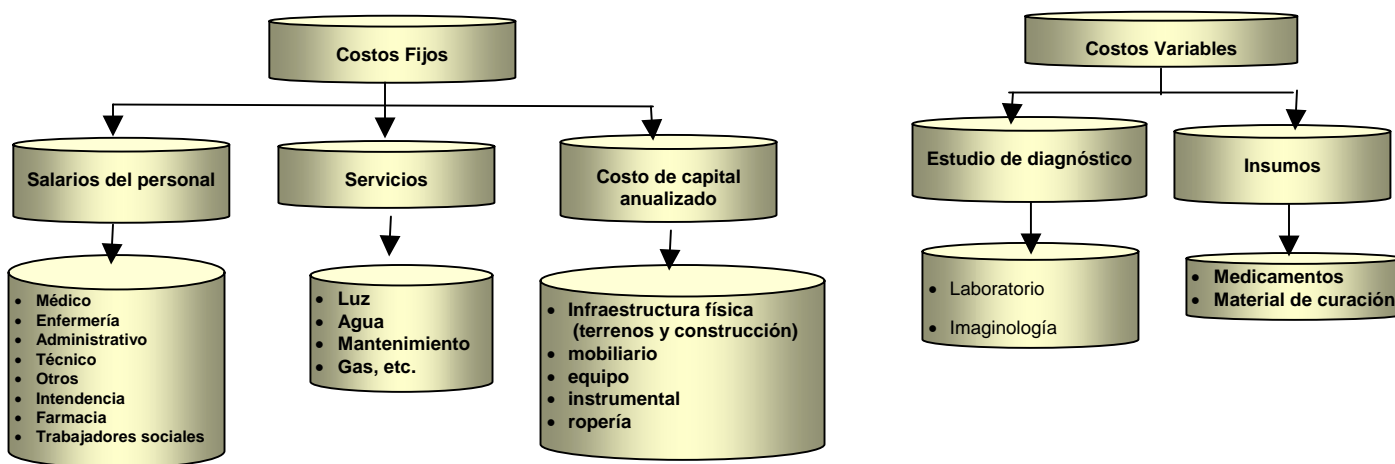
Se tomaron en cuenta tres determinantes financieros para la estimación de costos asociados a las intervenciones que integran el catálogo que son:

La estimación de **costos variables** que considera medicamentos que se encuentran en el cuadro básico de la Secretaría de Salud y las vacunas del esquema Nacional de Vacunación. Los estudios de laboratorio y gabinete se actualizan con base en información que solicitan a hospitales generales y unidades de primer nivel. El material de curación depende del tipo de intervención, y el costo de insumos, medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete se calculan de manera individual para cada intervención.

El **costo fijo**, integrado por el costo que representa la capacidad instalada y los recursos humanos. En la actualidad el método de costeo para la capacidad instalada y recursos humanos se consideran fijos para la unidad médica (aunque estos explican que cuando el sistema tenga la plataforma tecnológica integral podrán considerarlos variables). (Secretaría de Salud, 2004b:Art.9 y 10)

Las funciones básicas son: consulta externa, día estancia hospitalaria, día estancia en terapia intensiva, horas quirófano, consulta médica, insumo material, medicamentos y estudios de laboratorio y gabinete. Para asignar el valor económico a los recursos utilizados en las intervenciones los costos se clasificaron en fijos y variables. Ver cuadro 3.1.

Cuadro 3.1. Variables consideradas en cada categoría de costos



FUENTE: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

Los costos por intervención presentan una variación que va desde 52 pesos para detección de hipertensión arterial, hasta 299,673 pesos para diagnóstico y tratamientos de leucemia linfoblástica aguda de niños. El costo de cada una de las intervenciones combinando la demanda por estos servicios estima el costo anual per cápita, el cual se incrementa de acuerdo al número de intervenciones ofertadas, se estima \$1,230 para las 78 intervenciones del paquete familiar y en 1,545 para las 105 intervenciones del paquete integral. El paquete familiar tiene asociado un formulario de 239 medicamentos con un costo de 266 pesos per cápita. Cubre las prescripciones para 78 intervenciones clínicas y estima 2.6 millones de pesos, permitiendo un abasto anual de medicamentos para una población de diez mil derechohabientes.

Estos paquetes se vinculan con la Cruzada por la Calidad de los Servicios, por que ofrecen las intervenciones de efectividad documentadas, y un abasto de medicamentos, que garantizan su calidad técnica, el desarrollo de protocolos de manejo clínico y promueve la autonomía de gestión de las unidades prestadoras de atención.

A continuación se presenta en el cuadro 3.2 las tablas que contienen el paquete de las 105 intervenciones.

Cuadro 3.2. Costo de servicios médicos

Servicios de medicina preventiva					
1	vacuna oral tipo sabin contra poliomielitis	181,91	924,90	168.248,56	16,82
2	vacuna triple viral SRP contra sarampión	73,42	219,55	16.119,36	1,61
3	vacuna doble viral contra sarampión y rubéola	67,81	219,55	14.887,69	1,49
4	vacuna pentavalente DPT, HB, Hib	291,56	647,43	188.764,69	18,88
5	vacuna BCG contra tuberculosis	58,89	236,42	13.922,77	1,39
6	vacuna DPR contra difteria, tosferina y tétanos	177,05	277,47	49.126,06	4,91
7	vacuna Td, contra difteria y tétanos	117,16	262,85	30.795,51	3,08
8	inmunización con toxoide tetánico	173,97	175,23	30.484,76	3,05
9	vacuna contra influenza en el adulto	71,97	414,08	29.801,34	2,98
10	inmunización contra neumococo en el adulto	136,21	414,08	56.401,84	5,64
11	inmunización contra hepatitis B en el adulto	131,37	414,08	54.397,69	5,44
total		1.481,32	4.205,64	652.950,27	65,30
Detección y prevención					
12	detección de tuberculosis	144,36	8,16	1.177,98	0,12
13	detección de diabetes mellitus	83,86	1291,06	108.268,29	10,83
14	detección de la hipertensión arterial	51,55	2038,84	105.102,20	10,51
15	detección de trastornos de la agudeza visual en niños	279,15	830,39	231.803,37	23,18
16	detección de cáncer cérvico-uterino	420,88	532	223.908,16	22,39
17	detección de cáncer de mama	963,91	826,42	796.594,50	79,66
18	detección de cáncer de colon	321,66	51,77	16.652,34	1,67
19	detección de hipertrofia benigna de próstata	944,91	303,71	286.978,62	28,70
total		3.210,28	5.882,35	1.770.485,46	177,05
Servicios de consejería médica, psicología, dieta y ejercicio					
20	vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano	948,30	683,58	648.238,91	64,82
21	exámenes físico anual para adultos mayores de 40 años	1.279,37	608,89	778.995,60	77,90
22	consejería nutricional y de ejercicio	922,90	163,41	150.811,09	15,08
23	grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables	668,83	196,72	131.572,24	13,16
24	detección, consejería y referencia de adicciones	179,93	197,75	35.581,16	3,56
25	consejería y referencia en casos de violencia intrafamiliar	2.396,57	14,62	35.037,85	3,50
26	consejería sobre salud reproductiva	250,95	297,56	74.672,68	7,47
27	detección y consejería para la prevención de ITS	1.822,80	140,76	256.577,33	25,66
total		8.469,65	2.303,29	2.111.486,86	211,15
Servicios de Consulta Externa					
Medicina familiar					
28	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo II	3.995,42	122,64	489.998,31	49,00
29	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial	3.275,87	219,67	719.610,36	71,96
30	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica	3.645,52	47,23	172.177,91	17,22
31	Diagnóstico y tratamiento de gota	796,81	5,39	4.294,81	0,43

32	Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo	7.278,00	2,19	15.938,82	1,59
33	Diagnóstico y tratamiento de hipercolesterolemia	3.731,79	17,38	64.858,51	6,49
34	Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis	4.182,22	128,29	536.537,00	53,65
35	Provisión de lentes correctivos para escolares	569,97	118,44	67.507,25	6,75
36	Diagnóstico y tratamiento anemia ferropriva	516,35	59,95	30.955,18	3,10
37	Diagnóstico y tratamiento de enfermedad articular degenerativa	3.319,16	179,85	596.950,93	59,70
38	Diagnóstico y tratamiento de dermatosis simple	401,87	185,69	74.623,24	7,46
39	Diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda	654,68	6,06	3.967,36	0,40
40	Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal	205,56	232,89	47.872,87	4,79
41	Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda	629,51	463,01	291.469,43	29,15
42	Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis	4.150,64	1,87	7.761,70	0,78
43	Diagnóstico y tratamiento del paludismo	356,90	1,02	364,04	0,04
44	Diagnóstico y tratamiento de brucelosis	1.787,10	0,18	321,68	0,03
45	Diagnóstico y tratamiento de la lepra	3.161,37	0,25	790,34	0,08
46	Diagnóstico y tratamiento de leshamianiasis	2.776,83	0,14	388,76	0,04
47	Diagnóstico y tratamiento de la oncocercosis	1.215,59	0,04	48,62	0,00
48	Diagnóstico y tratamiento de infecciones vías urinarias	706,50	49,51	34.978,82	3,50
49	Diagnóstico y tratamiento de del ITS	596,79	46,92	28.001,39	2,80
50	Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de VIH/SIDA	89.568,64	1,25	111.960,80	11,20
total		137.523,09	1.889,86	3.301.378,11	330,14
Servicios de salud mental comunitaria					
51	Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes	514,34	114,64	58.963,94	5,90
52	Diagnóstico y consejería de alcoholismo	1.330,22	116,44	154.890,82	15,49
53	Diagnóstico y tratamiento farmacológico ambulatorio de la depresión	5.323,81	74,94	398.966,32	39,90
54	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia	6.938,87	59,95	415.985,26	41,60
total		14.107,24	365,97	1.028.806,33	102,88
Servicios de salud reproductiva					
55	Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos	1.031,62	174,11	179.615,36	17,96
56	Planificación familiar con métodos temporales, preservativos	714,38	63,63	45.456,00	4,55
57	Planificación familiar con métodos temporales, DIU	366,79	97,21	35.655,66	3,57
58	Planificación familiar con métodos definitivos vasectomía	1.841,28	1,04	1.914,93	0,19
59	Clínica de displasias y conización	3.659,31	9,11	33.336,31	3,33
60	Atención del climaterio y la menopausia	5.038,28	10,40	52.398,11	5,24
total		12.651,66	355,50	348.376,37	34,84
61	rehabilitación de fracturas	1.627,52	9,65	15.705,57	1,57
62	rehabilitación de parálisis facial	1.449,57	12,26	17.771,73	1,78
63	estimulación temprana del prematuro	2.214,41	9,49	21.014,75	2,10
total		5.291,50	31,40	54.492,05	5,45
Servicios de odontología					
64	Prevención de caries	258,68	498,73	129.011,48	12,90
65	Sellado de fosetas y fisuras	180,20	134,41	24.220,68	2,42
66	Diagnóstico y tratamiento de caries de 1er y 2do grado	194,71	559,36	108.912,99	10,89
67	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal	505,37	134,41	67.926,78	6,79
68	Extracción de piezas dentales	189,05	176,04	33.280,36	3,33
total		1.328,01	1.502,95	363.352,29	36,34
Atención del embarazo, parto y recién nacido					
69	atención prenatal, detección y referencia del embarazo de alto riesgo	1.853,03	247,24	458.143,14	45,81
70	atención de parto normal y puerperio	4.910,26	165,31	811.715,08	81,17

71	atención de parto por cesárea y puerperio	7.924,74	31,79	251.927,48	25,19
72	atención del embarazo y parto de alto riesgo	50.165,90	19,99	1.002.816,34	100,28
73	Diagnóstico y tratamiento de complicaciones del aborto	12.319,96	47,26	582.241,31	58,22
74	atención perinatal del recién nacido	765,49	197,09	150.870,42	15,09
75	tamiz metabólico del recién nacido	804,88	105,38	84.818,25	8,48
76	Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito	2.615,25	9,85	25.760,21	2,58
	total	81.359,51	823,91	3.368.292,24	336,83
Servicio de urgencias médicas					
77	Diagnóstico y tratamiento del asma	9.611,39	36,38	349.662,37	34,97
78	Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda	353,53	481,22	170.125,71	17,01
79	Diagnóstico y tratamiento de cólera	3.421,35	0,00	0,00	0,00
80	Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico	1.671,26	0,34	568,23	0,06
81	manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos	1.172,21	18,59	21.791,38	2,18
				10.227,65	1,02
82	Diagnóstico y tratamiento de fracturas cerradas de huesos largos	2.121,92	4,82		
83	Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos	3.449,78	3,36	11.591,26	1,16
84	prevención de rabia y manejo de mordeduras	3.572,43	4,43	15.825,86	1,58
85	Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras	2.903,10	26,93	78.180,48	7,82
				105.009,77	10,50
86	estabilización de pacientes (hipertensión, diabetes "angor pectoris"	5.579,69	18,82		
87	Diagnóstico y tratamiento de mordeduras de serpiente	7.043,15	0,52	3.662,44	0,37
88	Diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio	152.700,30	2,22	338.994,67	33,90
	total	193.600,11	597,63	1.105.639,82	110,56
Atención de hospitalización					
89	Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis	6.486,73	4,33	28.087,54	2,81
90	Diagnóstico y tratamiento de la bronquitis en niños	5.764,64	2,00	11.529,28	1,15
91	Diagnóstico y tratamiento de la neumonía	12.183,01	6,15	74.925,51	7,49
92	Diagnostico y tratamiento de meningitis en niño	25.674,53	0,11	2.824,20	0,28
93	Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático	24.040,13	0,59	14.183,68	1,42
94	Diagnóstico y tratamiento de leucemia linfoblástica aguda en niño	299.673,65	1,50	449.510,48	44,95
	total	373.822,69	14,68	581.060,68	58,11
95	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria	9.585,06	1,69	16.198,75	1,62
96	Diagnóstico y tratamiento de abdomen agudo quirúrgico	33.424,56	8,03	268.399,22	26,84
97	Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneocefálico	35.517,32	4,47	158.762,42	15,88
	total	78.526,94	14,19	443.360,39	44,34
Servicios quirúrgicos					
98	Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos de hernia inguinal	9.436,73	3,50	33.028,56	3,30
99	Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia	3.815,33	37,05	141.357,98	14,14
100	Cirugía correctiva de estrabismo	4.872,31	0,73	3.556,79	0,36
101	Extracción de cataratas y colocación de lentes intraocular	6.273,57	1,09	6.838,19	0,68
102	Cirugía reconstructiva (labio y paladar fisurados)	8.564,80	0,23	1.969,90	0,20
103	colecistectomía abierta	11.781,41	5,75	67.743,11	6,77
104	Cirugía de útero	10.952,51	1,51	16.538,29	1,65
105	Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos de la hipertrofia prostática benigna	12.745,42	0,94	11.980,69	1,20
	total	68.442,08	50,80	283.013,51	28,30

Fuente: Catalogo de Beneficios Médicos

3.3 ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA

La rectoría y evaluación es competencia de la Secretaría de Salud y la CNPSS, el financiamiento del sistema es tripartito, consta de una cuota social, aportación solidaria (federal y estatal) y las cuotas familiares. (Idem:Art.76-87)

a. Cuota social

Son recursos adicionales presupuestados por la Secretaría de Salud en el ramo 12.

Esta cuota social (CS) es cubierta anualmente por el gobierno federal, en su calidad de Estado, y se otorga por cada familia afiliada al SPSS, equivale al 15% del salario mínimo general diario para el Distrito Federal y se actualizará el porcentaje año tras año, de acuerdo al incremento de éste. La aportación es semejante a la que actualmente tienen vigente los afiliados al SEM del IMSS, cuyo monto es aproximadamente de 2,477 pesos por familia al año.

Se realizan transferencias al inicio del trimestre, para que las Unidades Estatales de Protección Social en Salud (UEPSS) tengan los recursos necesarios para operar.

b. Aportaciones solidarias

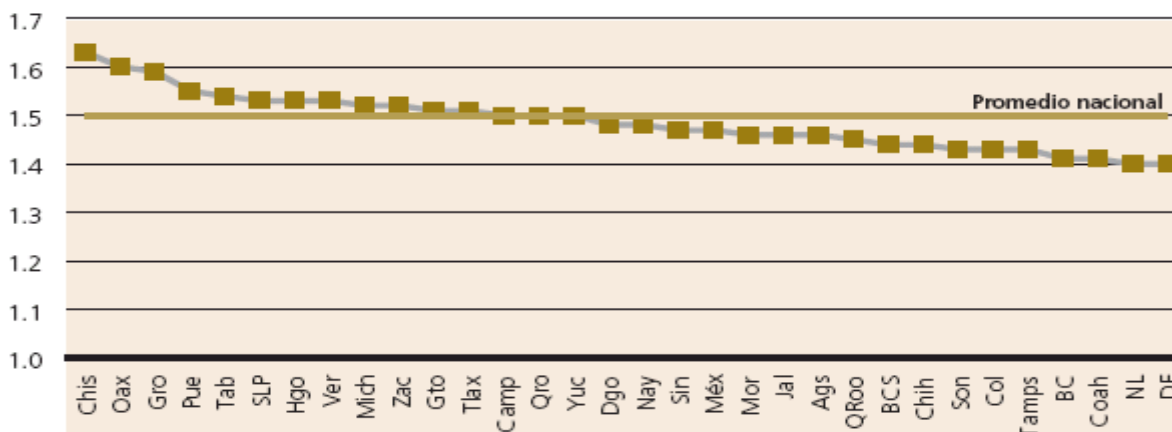
Las aportaciones solidarias del gobierno por familia afiliada al SPSS, resultan de la concurrencia de recursos federales y estatales, bajo los principios de corresponsabilidad y equidad. De esta manera existen dos tipos de aportaciones solidarias:

- 1) Una aportación solidaria estatal, que los gobiernos de las entidades federativas realizan con sus propios recursos presupuestales y que otorgan por familia afiliada, la cual equivale a la mitad de la cuota social, y
- 2) En el caso de la aportación solidaria federal, ésta asignada mediante el fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona (FASP) y toma en cuenta los recursos existentes en FASSA del ramo 33, que se canalizan para la prestación de servicios de salud a la persona, si estos recursos no son suficientes para sufragar la ASF se asignan recursos complementarios (ASFc) que provienen del presupuesto federal (ramo 12). Esta ASF debe equivaler en promedio, a una y media veces el monto de la cuota social. Y toma en cuenta los siguientes componentes:
 - i. Número de familias beneficiarias,
 - ii. Necesidades de salud,
 - iii. Aportaciones adicionales que realicen las entidades, es decir aportación solidaria estatal; este concepto se conoce como "Esfuerzo Estatal", y
 - iv. El desempeño de los servicios de salud.

A pesar de que la ASF cumple con ser 1.5 veces la cuota social, esta misma relación no necesariamente se observa para cada entidad federativa, ya que el objetivo de la fórmula es beneficiar a las familias con mayores necesidades de salud, lo cual está directamente asociado con los niveles de bajo desarrollo económico y pobreza, por lo que debe beneficiar

a las familias con mayores necesidades de salud, es por eso que deberán registrar un valor ligeramente superior al 1.5 veces, como se observa en figura 3.2.

FIGURA 3.2 Asignación de la Aportación solidaria federal mediante fórmula de distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona en el año 2004



Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

Al igual que en el caso de la ASE, una vez que se determina la ASF, por familia beneficiaria de acuerdo a la Ley General de Salud, contabilizan los recursos que se otorgan por estos conceptos y los recursos que se destinan para financiar servicios de salud a la persona. Ello implica un reordenamiento de recursos por familia o alineación presupuestal, como es el caso de la parte correspondiente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA de ramo 33), así como de otros programas especiales de combate a la pobreza como es el caso del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (provenientes del ramo 12). Esta modalidad lo que hace es juntar todos los recursos federales para llevar a cabo las acciones de atención a la salud y canaliza al sistema el presupuesto, argumentando que tendrán un control y supervisión de uso de los recursos en un marco de transparencia y rendición de cuentas.

c. Cuota familiar

La cuota familiar, cuyo objetivo es la corresponsabilidad del financiamiento del SPSS. El objetivo del pago anticipado de esta cuota sustituirá el pago de cuotas de recuperación, reduciendo el gasto de bolsillo y el número de hogares que se empobrecen debido a gastos catastróficos en salud. Es una aportación única y se paga anualmente, por cada familia afiliada; la Ley establece que será de acuerdo a la condición económica de las familias, y por ningún motivo la incapacidad económica será impedimento para la incorporación al Seguro Popular de Salud. Se busca fomentar una cultura de medicina preventiva entre las familias afiliadas al SPSS. Al afiliarse las familias son clasificadas en uno de dos regímenes: el régimen contributivo o el régimen no contributivo. El régimen contributivo lo constituyen las familias afiliadas que aportan una cuota familiar que será anual, anticipada y progresiva. El régimen no contributivo lo constituyen las familias que por situación socioeconómica no pueden aportar una cuota familiar. (LGS, 2004:Art.77 Bis 21)

De acuerdo con la LGS, las familias afiliadas al SPSS tendrán las categorías de **Familia Nuclear**, conformada por padre o madre, hijos menores de 18 años, además de los padres mayores de 64 años, dependientes económicos que formen parte de la familia, también pueden considerarse a los hijos solteros de hasta 25 años, que prueben ser estudiantes, o discapacitados dependientes, y la **Familia Unipersonal**, conformada por individuos solteros mayores de dieciocho años. (Idem, Art.4)

El prepago lo plantean como una inversión a corto plazo, para que reciban el servicio de atención en salud, y como la mejor forma de reducir el gasto de bolsillo. Ya que con un solo pago, al inicio de la cobertura, la familia hará uso de los servicios que se otorgan con el SPSS, cuando lo necesite, durante el año de vigencia que cubre la cuota, y ya no necesitará realizar una nueva aportación, excepto en el caso de existir alguna cuota reguladora.

d. El régimen contributivo

Para el régimen contributivo, corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la CNPSS, establecer un esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los afiliados al SPSS. A su vez, las entidades federativas administran, reciben y ejercen las cuotas familiares del SPSS.

El esquema de cuotas familiares, se basará en el nivel de ingreso familiar promedio para cada decil de la distribución de ingreso. Tanto el nivel de ingresos familiares como los deciles de la distribución de ingreso. La verificación del decil de ingreso de las familias afiliadas, y en su caso la actualización del decil, se realizará cada tres años.

La Cuota Familiar tendrá un incremento máximo anualizado, de acuerdo a la variación del índice de precios al consumidor, esto con el propósito de que esta fuente de financiamiento del SPSS no sufra el efecto de la inflación general del país. Cabe señalar que la aportación de una Cuota Familiar no cubre en ningún caso la totalidad del costo por los servicios de salud brindados por el SPSS, ya que la Cuota Familiar recibe un subsidio importante por parte de los gobiernos federal y estatal, mediante la cuota social y las aportaciones solidarias. (Idem:Art.77 Bis 21-28)

e. El régimen no contributivo

El nivel de ingreso o carencia de éste, no podrá ser limitante para incorporarse y ser sujeto a los beneficios que se deriven del SPSS. Por lo anterior se establece un régimen no contributivo que se aplicará a las familias cuyo ingreso no les permita acceder a los satisfactores de capacidades básicas (alimentación, educación y salud). (Idem:Art. 77 Bis 26)

Podrán considerarse sujetos de incorporación al régimen no contributivo, aquellas familias que cumplan cualquiera de los siguientes supuestos que establece el artículo 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud que dice:

- I. "Ser beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema del Gobierno Federal y residentes en localidades rurales;
- II. Ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes; y
- III. Otros supuestos que fije la Comisión".

Para estas familias, la Secretaría, las entidades federativas u otros terceros solidarios aportaran para cubrir la Cuota Familiar sujetas al régimen no contributivo, para cubrir la cuota por un tercero solidario, porque pretenden conservar el concepto de financiamiento tripartito del SPSS.

3.4 LOS FONDOS Y EL FIDEICOMISO DEL SPSS

a. Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), se constituye como un fondo de recursos sin límite de anualidad presupuestal, para la inversión de infraestructura de los servicios de alta especialidad y mejoras de los servicios de primer, segundo y tercer nivel; construcción de centros regionales de alta especialidad y redes de prestadores de servicios. (Idem:Art.77 Bis 29 y 30)

El objetivo del fondo es el financiamiento a la población asegurada y no asegurada como lo muestra la figura 3.2, para el tratamiento de padecimientos que representa un riesgo financiero o gasto catastrófico, y debe tener las características siguientes: a) el riesgo tiene una baja probabilidad de ocurrencia, b) el riesgo representa una pérdida financiera considerable y c) el riesgo, en caso de efectuarse, es involuntario.

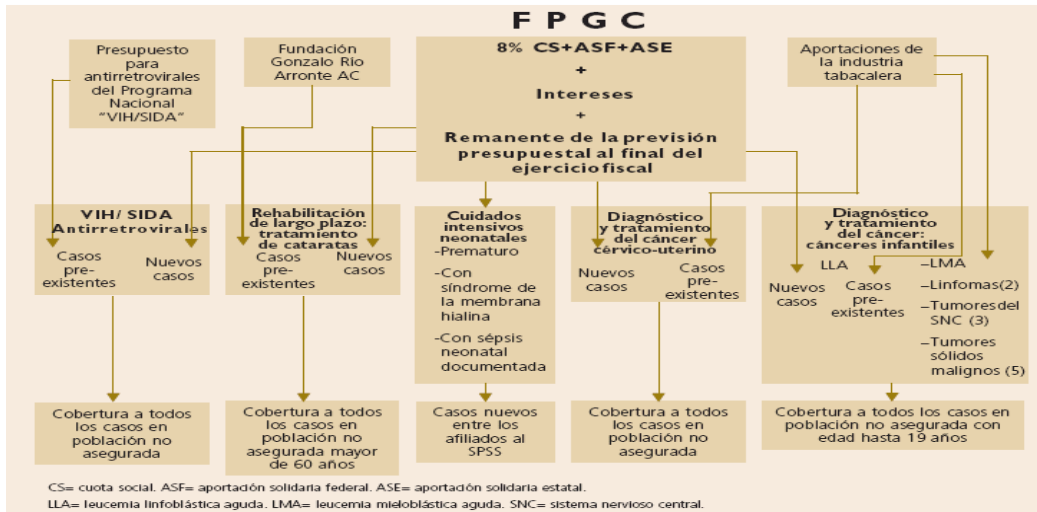
El fondo contempla recibir aportaciones de terceros, como el caso de la industria tabacalera la cual realizo un convenio, donde se comprometió a realizar una aportación por cigarro enajenado, durante el periodo comprendido entre julio de 2004 y diciembre de 2006, el monto aproximado es de \$3,600 millones de pesos hasta el final de 2006. Otro caso fue la donación realizada por la Fundación Gonzalo Río Arronte, A.C., destinado a cirugías de cataratas para adultos mayor de 60 años no asegurados. (Secretaría de Salud, 2005c:52)

b. El fondo y su ampliación de las coberturas vertical y horizontal

La cobertura vertical está limitada por los recursos adicionales a los presupuestales, y en algunos casos por la infraestructura disponible para la prestación de los servicios; la cobertura vertical permite el acceso a la población no asegurada que requiera los tratamientos cubiertos de manera exclusiva mediante esta estrategia.

Cuando plantean la cobertura horizontal busca alinear los recursos presupuestales, como en el caso de los recursos del ramo 12 enfocados a la compra de antirretrovirales, para las personas infectadas de VIH/SIDA, así como cáncer cérvico uterino y tratamientos de cánceres infantiles, operaciones de cataratas a adultos mayores de 60 años, mujeres en gestación. En todo momento el programa busca la afiliación de la población de zonas marginadas cuyo nivel socioeconómico las ubique en los dos primeros deciles de ingreso, ésta cobertura está limitada a la afiliación anual del 14.3% de la población no asegurada. Para ver el concepto de cobertura horizontal y vertical ver figura 3.3. (idem:52 y 53)

FIGURA 3.2 Enfermedades cubiertas por el FPGC y su fuente de financiamiento

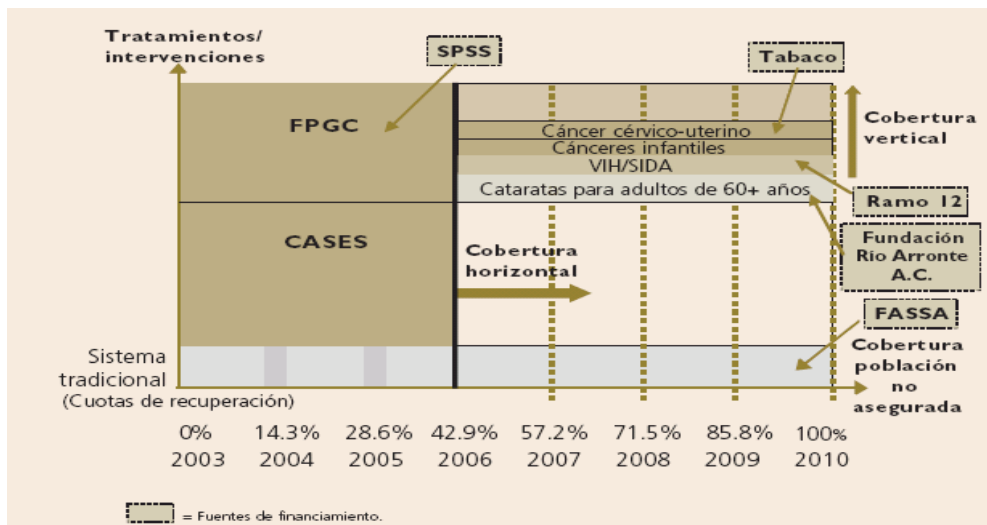


Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.

Existen cuatro consejos nacionales cuyo objetivo es proponer políticas, estrategias y acciones de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento; fungir como órgano de consulta nacional, proponer medidas que se consideren necesarias para garantizar la cobertura, eficiencia y calidad de las acciones; en cuanto a las enfermedades, estos consejos son coordinados por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en trabajo conjunto con el CNPSS, y los consejos son:

- Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
- Consejo Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
- Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento de Enfermedades Visuales

FIGURA 3.3 Cobertura vertical y horizontal



Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.

c. Fondo de la Previsión Presupuestal Anual

El Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), lo definen como un fondo con límite anual, cuyo objetivo es financiar tres conceptos: el primer concepto es el desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social; el segundo, es la cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales; el tercero es el establecimiento de una garantía de pago ante el eventual incumplimiento de pago, por la prestación de servicios esenciales entre entidades federativas, suscritas al convenio de colaboración interestatal.

La fuente de ingresos para el FPP, está definida en la LGS y tiene una participación del 3% de la suma de la Cuota Social, la Aportación Solidaria Federal y la Aportación Solidaria Estatal. De estos recursos, dos terceras partes se destinarán para el financiamiento de la infraestructura antes descrita. La tercera parte restante se destina al financiamiento de las diferencias imprevistas en la demanda y para el establecimiento de la garantía de pago.

Para acceder a los recursos del FPP, por cualquiera de los tres conceptos, la entidad federativa deberá presentar una solicitud a la CNPSS, y sólo se podrá hacer uso de éste una vez al año. Dicha solicitud deberá cumplir con los lineamientos y reglas de operación del fideicomiso. (LGS, 2004, Art.77 Bis18)

d. Infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social

Como lo marca el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, en los artículos 111 y 112, las necesidades de infraestructura en zonas de mayor marginación social son aquéllas autorizadas en el plan maestro de infraestructura. Las obras de infraestructura serán priorizadas y su financiamiento es a través del FPP, el cual otorgará un complemento al financiamiento estatal para las obras físicas y equipamiento.

Los proyectos de obras de infraestructura en zonas de mayor marginación social deben contar con un certificado de necesidades. Estos proyectos de obra, se incluirán en el plan maestro de infraestructura, de acuerdo a la normatividad de la Secretaría, y es la Subsecretaría de Innovación y Calidad quien le da seguimiento. (Secretaría de Salud, 2004b:Art. 111 y 112)

e. Diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales de salud

Al ofrecer los servicios esenciales previeron que se podría dar el caso que surgiera una demanda inesperada (D.I), por lo que con los recursos de los FPP y FASC se destinó un fondo modesto de reserva financiera, para respaldar la operación de los servicios esenciales, las entidades federativas podrán solicitar apoyo al FPP por concepto de DI, el CNPSS evaluará la propuesta y la eficiencia en el manejo de recursos, con lo cual buscan demostrar que esta solicitud es para apoyar en los gastos derivados de exceso en la demanda de servicios esenciales, de acuerdo al artículo 113 del Reglamento. (Idem:Art.113-117)

f. Garantía de pago por incumplimiento en la compensación económica por la prestación interestatal de servicios esenciales de salud

En el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, en sus artículos 118 al 121, se establece una garantía de pago (GAPA), por la prestación interestatal de servicios, es un mecanismo que garantiza el pago establecido en los convenios de colaboración interestatal. La GAPA es un “factoraje financiero” que permite dar certeza de pago a la entidad federativa que presta los servicios convenidos.

Esta garantía de pago, será el último recurso tras agotar las instancias legales establecidas en el convenio de colaboración interestatal del SPSS. La entidad federativa acreedora recibirá recursos del FPP por el monto total del adeudo, si existen los recursos. Los recursos erogados para GAPA, incluyendo costos administrativos, serán recuperados mediante la retención de la cuota social a la entidad federativa deudora, en el trimestre inmediato posterior al trimestre en que se verificó la erogación. (Idem:Art.118-121)

3.5 CARACTERÍSTICAS DE LAS CUOTAS REGULADORAS

En los artículos 96 y 108 del Reglamento especifican que la CNPSS realizará la administración financiera, tanto del FPGC como del FPP, mediante un fideicomiso que el Ejecutivo Federal establecerá para este objetivo.

Constituye un fideicomiso público que forma parte del gasto público para el SPSS, este no tendrá estructura orgánica, de acuerdo al Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal, crean un Comité Técnico, conformado por siete representantes de la Secretaría de Salud como cabeza de sector, dos representantes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, al cual se le asignó como fideicomitente, así como por un representante del CSG, un representante de la Secretaría de la Función Pública y un representante de la institución de crédito (Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S.N.C.) que fungirá como fiduciaria. Estos representantes tendrán voz y voto. Las funciones del Comité Técnico son la aprobación de las reglas de operación del fideicomiso, autorización del plan de inversión del patrimonio del fideicomiso que la fiduciaria llevará a cabo en cada periodo y la autorización las transferencias de recursos con cargo al patrimonio del fideicomiso a los fideicomisarios. (Secretaría de Salud, 2005c:56)

Se entiende como patrimonio del fideicomiso los recursos del FPP y FPGC, el fideicomitente (SHCP) será quien tenga la capacidad de entregar los recursos a la fiduciaria para cumplir con el objetivo.

La fiduciaria es la institución de crédito, autorizada (BANOBRAS) por ley, quien recibe derechos del fideicomitente. La fiduciaria se encarga de administrar los bienes, de cumplir los objetivos del fideicomiso y de seguir las instrucciones del Comité Técnico.

Los fideicomitentes cuentan con personalidad jurídica para recibir el beneficio del fideicomiso; cuando se trate del FPGC los fideicomitentes serán los prestadores de servicios de gastos catastróficos de la red del SPSS, y en el caso del FPP los fideicomisarios serán las entidades federativas, a través de los Regímenes Estatales de salud.

En cuanto a la operación del fideicomiso del SPSS, éste opera con una plataforma tecnológica administrada por la CNPSS y responde a las necesidades administrativas, contables.

Cuota reguladora

El seguro público del SPSS, apoyar a los afiliados que lleguen a incurrir en comportamiento como el llamado “riesgo moral”, que se refiere al consumo o utilización excesiva y sin justificación médica de un bien o servicios médicos y medicamentos, la Ley General de Salud en su artículo 77 BIS 28, incorpora una medida encaminada a regularlo de la siguiente manera:

“Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia de su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados.” (LGS, 2004:Art.77 Bis 28)

Entendiendo que la cuota reguladora a que se refiere la Ley, tiene como objetivo el modular la demanda, lo que también coopera a corresponsabilizar a los ciudadanos. (Idem:Art.77 Bis 28)

La aportación que corresponde a financiar al usuario por concepto de cuota reguladora podría realizarse bajo uno de los siguientes esquemas:

- Una cantidad fija por servicio o prescripción de medicamentos
- un porcentaje del gasto generado a ser pagado por el usuario (lo que se conoce como coaseguro).
- un deducible, es decir un monto fijo a ser pagado por el usuario.
- alguna combinación de las anteriores. En dicha combinación se especifican el monto a pagar por el medicamento y se fija el grado de co-financiamiento, es decir de coaseguro o deducible, por parte del usuario según las características del servicio.

Solamente el Consejo de Salubridad General (CSG), establece las cuotas reguladoras en todas las entidades federativas y el artículo 133 del Reglamento señala que los recursos recaudados por concepto de cuotas reguladoras deberán destinarse para el financiamiento del abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud necesarios para la operación del SPSS. (Secretaría de Salud, 2004b:Art.133)

Las cuotas reguladoras, la vigilancia y rendición de cuentas sobre los recursos que se obtengan mediante dicha medida, se realiza un informe trimestralmente a la CNPSS y los informes anuales que establece el Consejo General de Salubridad.

El monto de las cuotas reguladoras puede ser de poca relevancia económica o disuasorio, en relación estrecha con la condición socioeconómica de las familias beneficiarias, estas cuotas reguladoras no operaron en 2004, ni 2005. (Secretaría de Salud, 2005c:58)

En síntesis puede afirmarse que el esquema “planeado” de financiamiento del SPSS establece como rasgos sobresalientes los que a continuación se revisan. Los recursos económicos requeridos, se obtienen de la cuota social, que es la aportación del gobierno federal por cada familia afiliada y que equivale al 15% del salario mínimo general diario para el D.F., así también por la aportación solidaria estatal que equivale a la mitad de la cuota social, y por la aportación solidaria federal que equivale a una y media veces el monto de la cuota social.

La cuota familiar, que es el monto que aportaran las familias que pueden pagar por afiliarse al sistema, y que constituyen, el régimen contributivo existiendo otras familias que no pueden aportar monto alguno que conforman el régimen no contributivo. Los recursos captados por concepto de cuotas familiares, son exclusivamente para medicamentos e insumos de los servicios esenciales de salud.

Todas las cuotas excepto las familiares, operan en el seno de un fideicomiso público que no cuenta con una estructura orgánica, sino con un Comité Técnico que en todo momento va a ser supervisado por la SHCP a través de la SSA.

Así mismo, se plantea que ahora la asignación presupuestal, tendrá equidad entre entidades, tomando los datos que expresa la SSA, el presupuesto se asigne de acuerdo a los lugares donde se han afiliado un mayor número de personas, por lo que ahora estados como Chiapas, Oaxaca, Guerrero Puebla, etc., recibieron mayores recursos a través de la cuota social

Este sistema puede recibir recursos de empresas privadas, para gastos catalogados como catastróficos o enfermedades como cáncer, VIH, e incluso venir destinados los recursos a cierto tipo de servicio como por ejemplo para operación de cataratas, etc. Por último el esquema prevé una cuota reguladora, si el tratamiento excede el costo presupuestado.

Bibliografía

(LGS). *Ley General de Salud* (2004). México, Colección Porrúa

— (2005c). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos Conceptuales, Financieros y Operativos*. México. Unidad de Análisis Económico.

— (2004b). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*. (RLGSMPSS). México.

— (2002a). *La Salud en la Reforma del Estado: Hacia un Sistema Universal de Salud*. (Síntesis Ejecutiva). México.

— (2002b). *Catálogo de Beneficios Médicos (CABAME)*, México, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.

CAPÍTULO

4

OPERACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

En este informe de resultados de la investigación sobre el SPSS, se presentaron en el primer capítulo los principales antecedentes que dieron origen al sistema, a continuación en el segundo capítulo se describió la estructura y principales componentes del mismo y por último, en el tercero, se analizó la forma en que se planeó el financiamiento de las acciones de dicho sistema.

Finalmente resulta esencial para dar integralidad a la descripción y análisis del SPSS, presentar los rasgos más importantes del financiamiento y operación del sistema, lo que constituye el objetivo de este capítulo.

En el primer apartado se muestra la distribución de responsabilidad derivada de la participación federal y estatal. En el segundo la manera en que opera la afiliación de los asegurados, y el padrón que se realiza de los mismos.

En el tercer apartado, se explica la forma en que se determinan los gastos catastróficos, así como las fuentes para aportar su solvencia. En el cuarto se explica la operación de la infraestructura, esencialmente la tecnológica de los servicios. En el quinto apartado, se muestra la forma en que administran y dirigen los servicios.

En el sexto apartado, se muestra la operación de los servicios de salud a la comunidad y por último, en el apartado séptimo, se explica cómo se da la vinculación del SPSS con otros programas y con el Sistema Nacional de Salud.

Este capítulo constituye el complemento necesario final para tomar una concepción clara de la estructura, financiamiento y operación del SPSS.

4.1 LA PARTICIPACIÓN FEDERAL Y ESTATAL

La reforma sustentó dos procesos, el ámbito organizacional y el de servicios; el primero se encargará de la rectoría, administración, seguimiento, rendición de cuentas a nivel federal y estatal, de la vinculación con otros programas, de la protección social en salud y el Sistema Nacional de Salud. En el segundo proceso se encarga de la prestación de servicios que cubre el SPSS, incluyendo vigencia de derechos, plataforma integral, plan maestro de infraestructura, acreditación y certificación de las unidades de atención médica, fideicomiso del SPSS, estructura operativa para la prestación de los servicios de salud a la comunidad.

(Secretaría de Salud, 2004b: Arts.41-43, 49, 53-58, 63-65, 74, 77, 127, 129, 130, 132-135, 137-139,Segundo y Sexto transitorios)

a. Organización para la operación a nivel federal

La organización para la operación a nivel federal se deja a cargo del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que es un órgano desconcentrado, el cual instrumenta la política social en salud y el desarrollo del sistema, participa en los acuerdos con los gobiernos de las entidades federativas, evalúa el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), dirige las acciones del financiamiento, la política en materia de medicamentos, administra el fideicomiso del FPGC y realiza la rendición de cuentas a la ciudadanía.

b. Organización para la operación en los estados

En las entidades federativas se da la separación administrativa y de gestión, entre una instancia responsable directamente de la prestación de los servicios y otra que ejerza las funciones de financiamiento y presupuestación, por resultados de incorporación de familias, ya que de acuerdo al número de familias afiliadas se otorga el presupuesto.

En la Ley se define al SPSS **como el conjunto de acciones**, que los REPSS realizan en materia de protección social en salud, dentro de las entidades federativas. El SPSS **como instrumento de financiamiento** para el aseguramiento de las familias, se expresa mediante el ejercicio de las funciones de financiamiento y gestión financiera de los servicios de salud que corresponden a los REPSS.

Los REPSS comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social de salud, llevadas a cabo por unidades administrativas específicas. Dichas acciones se dividen en dos categorías: la **gestión y administración de los recursos financieros** y la **coordinación de la prestación de los servicios de atención médica**.

Al ámbito federal le corresponde la coordinación, supervisión, evaluación y delimitación de las funciones y facultades sobre las cuales operarán los REPSS.

Los gobiernos estatales tienen a su cargo la ejecución del SPSS en su entidad federativa, y deben adecuar su marco legal y administrativo, para que se tome en una instancia dependiente de la autoridad sanitaria estatal, encargada de afiliación, financiamiento, supervisión y evaluación de los servicios de salud.

Las entidades federativas cuentan con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, y a través de los REPSS llevan a cabo las acciones y funciones siguientes:

La **Prestación de servicios** que como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, en los artículos 10, 13,14,16, y del 18 al 22 comprende de manera general lo siguiente:

- Garantizar, de manera directa la prestación de los servicios de salud a la persona (conforme al Catálogo de servicios esenciales y de intervenciones de alta especialidad), a través de sus establecimientos. En forma indirecta, la prestación de los servicios se

garantiza mediante convenios de colaboración con otras entidades federativas o en su caso, con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, utilizando el sistema de referencia y contrarreferencia del SPSS y considerando a estos establecimientos médicos como redes de servicios;

- Establecer criterios homogéneos para la atención médica en las entidades federativas, mediante la suscripción de convenios de gestión con los establecimientos, con ese instrumento se asignarán los recursos a los prestadores de servicios en función del cumplimiento de parámetros de calidad, cobertura, evaluación y seguimiento;
- Promover el abasto oportuno de medicamentos mediante convenios de gestión; y determinar y financiar conjuntos complementarios de servicios, los cuales serán sustentados en los acuerdos de coordinación correspondientes y que responderán a las necesidades específicas que en materia de salud tenga cada entidad federativa.

La **Gestión y administración** de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud establece de manera general lo siguiente:

- Promover, afiliar e incorporar beneficiarios al SPSS, así como elaborar, conforme a los lineamientos que establezca la CNPSS, el padrón de afiliados;
- Gestionar y administrar los recursos federales y estatales;
- Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares y las cuotas reguladoras;
- Gestionar la transferencia de recursos a los prestadores de los servicios médicos;
- Generar información y promover la evaluación, a través de actividades de supervisión y seguimiento, de la operación del SPSS en su área de competencia.

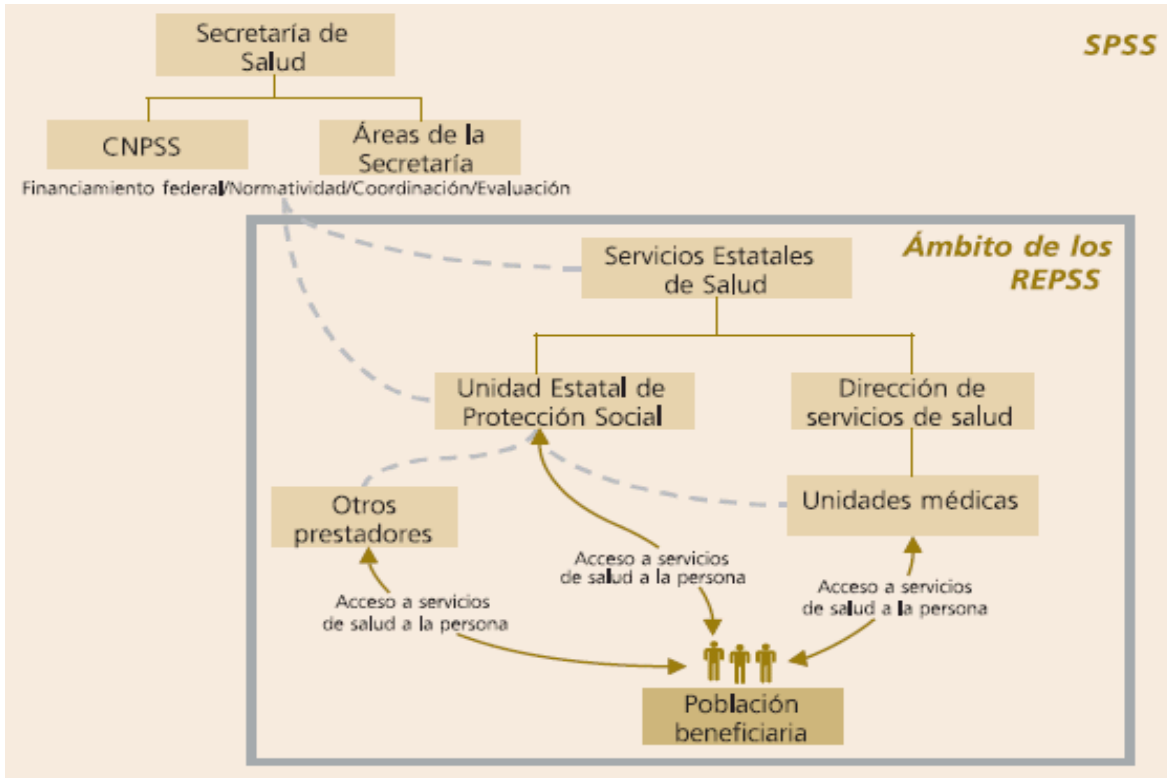
Los REPSS conceptualmente son los que comprenden las acciones que realiza la autoridad sanitaria estatal en materia de protección social en salud, para llevar a cabo acciones de gestión y administración de los recursos financieros y la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica. Y su funcionamiento en el ámbito federal es coordinar, supervisar, evaluar y delimitar las funciones sobre las cuales operan los REPSS, es decir el gobierno determina la regulación de su espacio de acción y no están facultados para prestar servicios de salud a la comunidad, toda vez que quienes realizan dicha actividad son los servicios estatales de salud.

Los servicios estatales de salud, son responsables de la rectoría y la prestación de servicios de salud y de ejecutar todas las acciones asociadas con el Sistema de Protección Social en Salud. En cada entidad federativa se establecen con una unidad de gestión o Unidad Estatal de Protección Social en Salud (UEPSS), que tiene a su cargo la gestión para la transferencia de recursos estatales y federales al REPSS; también trabaja en coordinación con los SESA, en el seguimiento del ejercicio de los recursos financieros, integración de la red de prestadores de servicios. Se coordina también con la Secretaría de Salud y la CNPSS para establecer, entre las distintas entidades federativas, un nivel de orden y homogeneidad en los procesos operativos de promoción, afiliación, verificación de la vigencia de derechos, tutela de derechos de los beneficiarios, gestión de los recursos financieros destinados a la persona, verificar a los prestadores de servicios para que se manejen conforme a la Ley, la gestión de transferencias de recursos a dichos prestadores y la rendición de cuentas. Su forma jurídica es determinada por cada entidad federativa.

La prestación de los servicios está a cargo de los establecimientos de atención médica que forman parte de la red de prestadores de servicios estatales de salud.

La red puede ser complementada, mediante los convenios respectivos con otros establecimientos del Sistema Nacional de Salud, mismos que pueden estar localizados en otras entidades federativas ver figura 4.1.

FIGURA 4.1 Instancias del Sistema de Protección Social en Salud



Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.

4.2 AFILIACIÓN Y PADRÓN DE ASEGURADOS

La afiliación tiene como objetivo la identificación y registro de las familias sujetas a incorporación al SPSS. La vigencia brinda certeza a las familias afiliadas respecto a su derecho de cobertura de los servicios brindados por el SPSS. Ambos procesos alimentan y usan los datos captados en el padrón de afiliados, el cual constituye la fuente de datos del SPSS.

a. Proceso de afiliación

Tiene dos características básicas: inicia con la petición de las familias de afiliarse al SPSS, la cual debe ser voluntaria; por otro lado realizan una campaña de publicidad para que las familias o personas que no cuenten con un sistema de protección social en salud se afilien al SPSS, ya que tiene una meta anual nacional de incorporar a 14.3% de la población no derechohabiente, y cumplir con la implantación de este sistema para el año 2010.

El proceso de afiliación se divide a nivel operativo en dos etapas: la promoción de los beneficios que brinda el SPSS entre la población sujeta a incorporación; la segunda etapa es la validación y registro de los datos de las familias que cumplan con los requisitos para su incorporación.

El personal del SPSS proporciona una solicitud de inscripción al afiliado que incluye la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), clasifica a la familia solicitante en un decil de ingreso y determina si la familia pertenecerá al régimen no contributivo o, en su defecto, al monto de la cuota familiar.

Se llena una solicitud por el titular de la familia, a la que se anexa la CECASOEH, y de ambas se extrae el conjunto básico de datos debidamente validados que contiene el padrón de afiliados, relacionados con las familias. Los datos clave de la solicitud son: Residencia en la zona geográfica donde se realiza la solicitud, mediante comprobante de domicilio; la no derechohabiente a instituciones de seguridad social a través de la declaración de buena fe de los solicitantes y la (CURP) Clave Única de Registro de Población. (LGS,2004:Art.77 Bis7)

Se realiza el pago de la cuota familiar, y en consecuencia los miembros de la familia son considerados afiliados al SPSS, proporcionándoles la Tarjeta Inteligente "Tu Salud" (**TUS**), a continuación se les asigna un centro de salud, a donde las familia acuden para recibir atención de primer contacto; se les proporciona la Cartilla Nacional de Salud, y se les entrega un ejemplar tanto del Catálogo de servicios esenciales como del Catálogo de intervenciones cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

b. Vigencia de derechos

La vigencia de derechos inicia el primer día del mes calendario siguiente a la fecha de afiliación de la familia al SPSS y termina 12 meses calendario después, de acuerdo con el artículo 44 del Reglamento. La vigencia se podrá extender hasta por 60 días naturales después del doceavo mes calendario, para permitir que la familia renueve su afiliación. (Secretaría de Salud, 2004b, Art.44-48)

c. Padrón de afiliados

El padrón de afiliados es la base de datos con la que se planea y se da seguimiento a los procesos operativos. La información la proporcionan los REPSS con el apoyo de la plataforma tecnológica integral del SPSS. Las fuentes de información básica la constituyen las solicitudes y las cédulas, ya que cuentan con datos como la CURP del titular de la familia; el número de folio de identificación de la solicitud; datos sobre programas sociales federales a los que pueda pertenecer algún miembro de la familia; domicilio, evaluación del ingreso familiar, que se expresa mediante el decil de ingreso y la cuota familiar, calculados de acuerdo con los lineamientos establecidos por la CNPSS. (Idem:Art.49-53)

La Información socioeconómica incluye los siguientes datos:

1. Características de los integrantes del hogar: nombre y apellidos, edad, sexo, fecha de nacimiento, parentesco, estado civil, CURP, grado de discapacidad, condición laboral y para cada miembro mayor de 13 años el nivel de escolaridad e indigenismo.
2. Condición laboral (activo, desempleado, jubilado) y la condición de seguridad social (incluyendo la institución a la que pertenece).
3. Condiciones y características de la vivienda que permite calcular el decil de ingreso de la familia.

El padrón está sujeto a las normas de confidencialidad, de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y la Ley de Información, Estadística y Geografía. Como parte de la administración y validación del padrón, la CNPSS solicitará anualmente al CSG un cotejo de los padrones de las instituciones de seguridad social y esquemas públicos y sociales de atención médica contra el padrón de afiliados al SPSS.

4.3 DETERMINACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE LOS GASTOS CATASTRÓFICOS

Las enfermedades, intervenciones y medicamentos que cubre el FPGC, fueron determinadas en nueve categorías (ver cuadro 4.1) por el Consejo de Salubridad General, identificando a las enfermedades cuyo tratamiento implique un alto costo para el SPSS en virtud de su grado de complejidad o la frecuencia con la que ocurren.

Cuadro 4.1. Categorías de enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos

Categoría
Diagnósticos y tratamiento del Cáncer
Problemas Cardiovasculares
Enfermedades cerebro – vasculares
VIH / SIDA
Lesiones Graves
Rehabilitación a largo plazo
Cuidados intensivos neonatales
Transplantes
Diálisis

FUENTE: Ley General en Salud. 2004. Artículo 77 Décimo cuarto transitorio.

El CSG estará actualizando los tratamientos y medicamentos que se requieren para este tipo de enfermedades y se actualizarán costos de cada intervención cubierta por el FPGC.

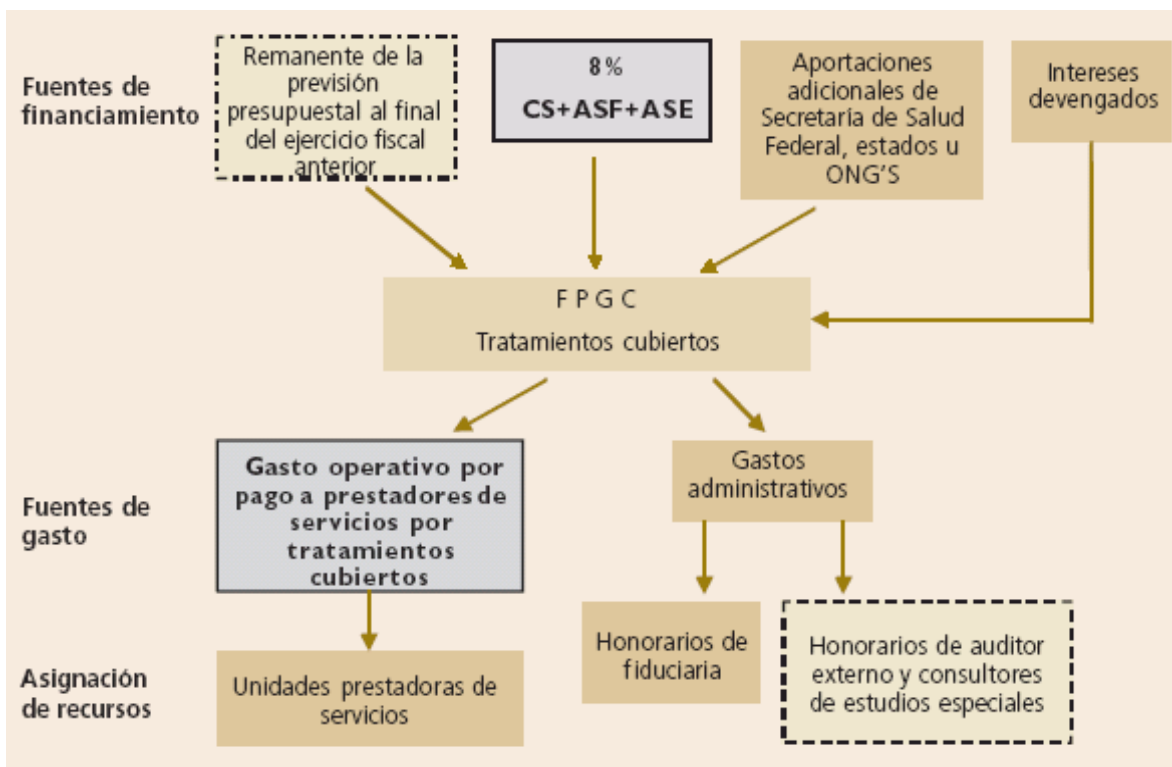
Fuentes de ingreso y gasto para el fondo de protección contra gastos catastróficos

La Ley en sus artículos 77 BIS 17 y 18 define las dos fuentes principales de ingreso para el FPGC. La primera está integrada por el 8% de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal; la segunda fuente es el remanente que exista al final del ejercicio fiscal anterior en el fondo de la previsión presupuestal. Y otras dos fuentes de ingresos que son los intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, y la última fuente son las donaciones o aprovechamientos fiscales que tengan relación con alguna de las enfermedades cubiertas por el FPGC. Ver figura 4.2.

El principal destino del gasto para el FPGC es el financiamiento a través del pago o presupuestación por resultados de los tratamientos cubiertos, a los prestadores de servicios, y otra parte va a gastos de administración involucrados en el manejo financiero.

La administración del FPGC está a cargo de la CNPSS. El instrumento financiero de los recursos es un fideicomiso público.

FIGURA 4.2. Fuente de ingreso y gasto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.



CS: Cuota Social. **ASE:** Aportación solidaria estatal. **ASF:** Aportación solidaria federal.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

4.4 LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS

Cuenta con una plataforma tecnológica (PTI) y cuyo propósito es el siguiente:

- contar con información en tiempo real
- la creación de un padrón a nivel nacional
- conectividad nacional
- plataforma fácil de operar
- manejo de altos volúmenes de datos
- registro y control de transacciones por afiliado
- control y monitoreo de la gestión del SPSS
- separar información de la actividad médica y la información del financiamiento
- interrelación con otros sistemas a futuro de la Secretaría de Salud (interfaces)
- brindar las mejores prácticas y tendencias en materia tecnológica, inversión, seguridad, confiabilidad, confidencialidad, disponibilidad y alto desempeño.

Plantean que esta red que ofrece al beneficiario una atención en donde quiera que se encuentre dentro del territorio nacional, y la atención sea óptima e inmediata. La PTI proporciona información operativa, administrativa, médica, financiera y transaccional para cumplir el control y evaluación, es utilizada para la información de transparencia en la operación del SPSS. (LGS, 2004:Art.77 Bis 5 y 31) (Secretaría de Salud, 2004b:Arts. 71-75 y 138-140)

Cuentan con una tarjeta inteligente "TUS", que inició sus pruebas en agosto de 2004, es una credencial inteligente (tarjeta inteligente "TUS"), que contiene una memoria de lectura y grabación (chip), fue contactada a radiofrecuencia, es un acceso electrónico de control gerencial y clínico médico. Esta tarjeta está planeada para que se vincule al control de citas por día, reducción en el tiempo que destina el médico al llenado del formato de controles de atención a este tipo de derechohabientes, control en el surtimiento de medicamentos, vincularse con la base de datos para estadísticas, control para determinar la migración de los beneficiarios dentro del país, vincularse a la vigencia de derechos. (Secretaría de Salud, 2005c:70)

La TUS, tiene como meta que el médico tratante cuente con una tarjeta para identificarse, y a su vez, sea el acceso al sistema de gestión médica y un medio de autorización para recetar medicamentos controlados; para este proyecto el médico debe contar con una computadora conectada a un lector de tarjeta y escáner de huellas para validación y autenticidad del médico y paciente afiliado. Con esta computadora se tiene contemplado que cuente, con un programa de generación de consultas, expedición de recetas, incluir expediente médico del paciente y todos los catálogos que utilice el sistema de gestión médica. Ver figura 4.3 y 4.4.

FIGURA 4.3 Tarjeta inteligente Tu Salud y sus elementos de seguridad y datos contenidos en la tarjeta inteligente Tu Salud

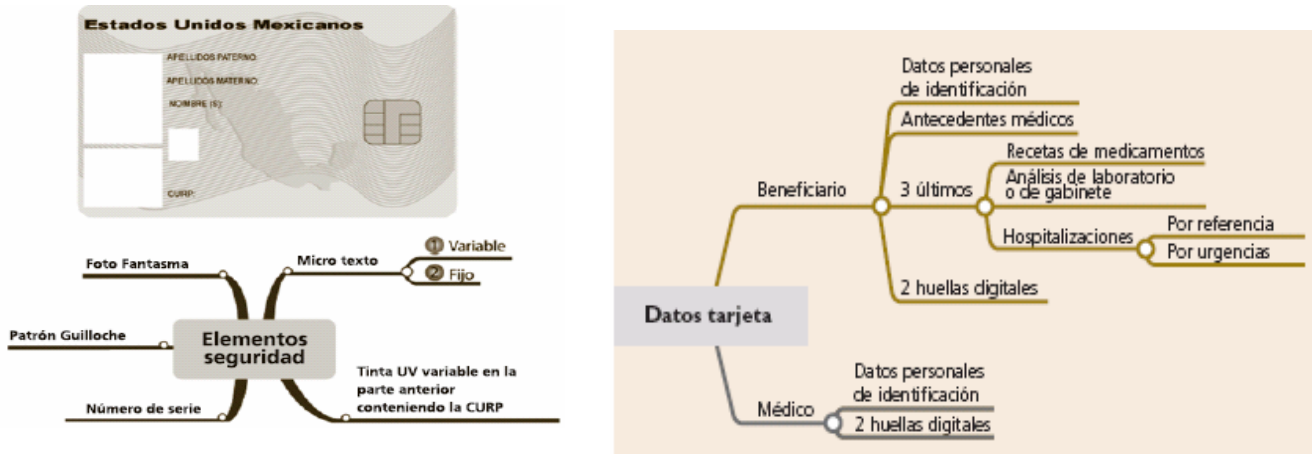


FIGURA 4.3 Especificaciones para el expediente clínico electrónico



Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

a. Fortalecimiento para la oferta

El SPSS tiene metas de incorporación, por lo cual tiene previsto que aumente la demanda, para lo cual prevén reforzar la oferta de servicios mediante tres mecanismos, el primero Plan Maestro de Infraestructura (PMI), la acreditación y certificación de unidades médicas y por último establecer redes de prestadores de servicios del SPSS.

El fortalecimiento de la infraestructura de salud, es mediante un proyecto llamado Plan Maestro de Infraestructura (PMI), que es inversión financiera para infraestructura y equipamiento, siendo el proyecto a diez años; racionalizar y optimizar la infraestructura en salud, dando prioridad a las obras. (LGS, 2004:Art. 77 Bis10)

Las obras de fortalecimiento contemplan que se inicien donde exista un nivel importante de necesidades de salud no satisfechas, y las obras son incluidas en el PMI, previo certificado de necesidad expedido por la Secretaría, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad.

Las redes de prestación se iniciaron con la identificación de los hospitales que pudiesen prestar el servicio de alta especialidad, tomando en cuenta que se ubiquen en ciudades de más de 500,000 habitantes, adecuada infraestructura y sean propios como lugar de trabajo para el personal de salud. Durante la etapa de inicio se identificaron 18 ciudades e igual número de hospitales, de éstas ciudades sólo tres cuentan con hospitales de alta especialidad, en otras tres ciudades están en proceso de construcción y en el resto se debe iniciar con el proyecto de construcción. (Secretaría de Salud, 2005c:72)

b. Certificación y acreditación de unidades de atención médica

Los centros hospitalarios y centros de salud que otorguen el servicio del SPSS, tienen que estar certificados y acreditados, por lo que entran en una etapa de evaluación y quizás de observaciones que tienen que solventar para poder pertenecer a la red de prestadores de servicios, lo cual los hace acreedores a entrar en una etapa de fortalecimiento de infraestructura y equipamiento.

Para recibir el apoyo de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la acreditación debe cumplir con algunas características básicas, como lo es que cuente con personal mínimo, o sea un médico, un odontólogo y dos enfermeras en el caso de un Centro de Salud; que pueda dar cobertura a 500 familias por unidad, en un tiempo de 30 minutos y realice consultas de medicina preventiva y familiar. El hospital debe contar con 60 camas censables, equipo médico, técnico de especialidades básicas, atención de 350 a 500 familias por unidad, 120 minutos para atención y consulta externas de cuatro ramas básicas, atención médica de urgencias y servicios de hospitalización y quirófano. Para hospitales de especialidad éste deberá contar con 150 camas censables como mínimo, equipo médico, subespecialistas, personal técnico asociado, una cama censable de hospitalización, atención de 800 a 1,200 familias, el tiempo es variable, consulta externa de especialidad, servicio de hospitalización y quirófano que no se puedan brindar en hospital ancla. (Secretaría de Salud, 2005b)

Si estos centros son candidatos a pertenecer a la red, una vez certificados y acreditados, se les incluye en la red de prestadores, y deben irse certificando cada tres años para poder seguir perteneciendo a los prestadores del SPSS.

4.5 GESTIÓN DE LOS SERVICIOS

La Ley busca hacer una separación de funciones de financiamiento y presupuesto de servicios en la prestación de éstos en las entidades federativas, así como optimizar la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios.

La gestión de servicios a las necesidades, estructura y condiciones locales se regulan por un modelo para los REPSS con los siguientes elementos: la afiliación, servicios esenciales de salud, redes de prestadores de servicios, enlace entre afiliado y prestador de servicios, esquema de contratación y pago de servicios, así como el pago por resultados de servicios, que incluyen: incentivos por resultados al interior de los Servicios Estatales de Salud; en un futuro ellos contemplan incluir al SPSS a más prestadores, así como al sector privado y subrogación entre ordenes de gobierno, entre entidades federativas o instituciones públicas, tomado del MIDAS (Modelo Integral de Atención a la Salud). (Secretaría de Salud,2001a:137)

El pago que se realizará a las unidades que presten el servicio, se determinó que sea por servicio médico ambulatorio (consulta externa), pago por hospitalización, pago per cápita (capitación), pago por desempeño, considerando que se ajuste al cumplimiento de metas de calidad pactadas.

En todo momento se privilegia la calidad en el otorgamiento de los servicios y prestaciones que ofrece el SPSS, por lo que se realizan dos diagnósticos, uno de salud a la población no asegurada y otro de la oferta-demanda de servicios y expectativas del personal directivo y operativo. La planeación es de acuerdo a la infraestructura con la que se cuente para otorgar el servicio de atención médica a la población afiliada al SPSS y cumpliendo las intervenciones que incluye el CASES. Para llevar a cabo la ejecución del programa se implanta determinando que sea mediante resultados para apoyar económicamente la prestación de los servicios. La evaluación de los servicios toma en cuenta el impacto que cause el sistema en la salud de la población, cumpliendo con su objetivo de dar protección financiera a las familias y en todo momento otorgando calidad en la atención.

4.6 OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD

La prestación del servicio de salud a la comunidad se presta de acuerdo a su ámbito de influencia; el financiamiento y prestación recae en el orden de gobierno que compete a éste, en términos generales de las siguientes formas:

- campañas de autocuidado y estilos de vida saludables,
- prevención de riesgo para la población, a nivel nacional
- vigilancia epidemiológica,
- atención en caso de desastres o urgencia epidemiológicas
- protección contra riesgos sanitarios, y
- control analítico y contratación de cumplimiento de normatividad a nivel nacional.

Así los servicios de salud a la comunidad se distribuyen en los órdenes de gobierno, como lo indica el cuadro 4.1.

CUADRO 4.1 Lista de intervenciones correspondientes a los servicios de salud a la comunidad durante 2005

Intervenciones de Servicios de Salud a la Comunidad	Ámbito de influencia	
	Nacional o regional	local
1. Impulso y fortalecimiento de la participación municipal		X
2. Organización comunitaria		X
3. Capacitación a la población sobre modelos preventivos y participación comunitaria		X
4. Prevención y atención de urgencias epidemiológicas	X	X
5. Prevención y control de enfermedades transmitidas por vector	X	
6. Promoción e información sobre el auto cuidado de la salud y estilos de vida saludables	X	
7. Información, educación y comunicación sobre prevención y promoción de la salud durante la línea de vida	X	
8. Promoción y difusión de las Cartillas Nacionales de Salud	X	
9. Información, educación y comunicación a la población sobre temas básicos de salud entre la población escolar	X	
10. Promoción y difusión de una vida sin violencia familiar, sexual y contra las mujeres	X	
11. Información, educación y comunicación a la población migrante en el origen, tránsito y destino	X	
12. Establecimiento de redes sociales en apoyo a la atención de la mujer embarazada y los menores de dos años de edad		X
13. Capacitación a madres en la identificación de signos de alarma de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y de nutrición		X
14. Capacitación y educación a la población civil y a profesionales en la atención inmediata de urgencias médicas		X
15. Distribución de suplemento vitamínico entre niñas y niños de cuatro a 23 meses	X	
16. Desparasitación a niños y niñas de 2 a 14 años de edad		X
17. Ministración de Vitamina A a niños de 6 meses a 4 años de edad		X
18. Prevención de enfermedades bucales		X
19. Detección gruesa de problemas de salud entre la población escolar		X
20. Detección de tuberculosis en población de 15 años y más, en áreas y grupos de riesgo	X	
21. Vacunación antirrábica de animales domésticos		X
22. Estabilización de la población canina		X
23. Atención de focos rábicos		X
24. Vigilancia epidemiológica de las adicciones	X	
25. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles	X	
26. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles	X	
27. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad	X	
28. Vigilancia epidemiológica de riesgos a la salud	X	
29. Atención integral a la salud durante la línea de vida		X
30. Aplicación del esquema básico y complementario de vacunación en menores de cinco años		X
31. Aplicación de vacuna antiinfluenza en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad		X
32. Aplicación del esquema complementario de vacunación en niños de 6 años de edad (SRP)		X
33. Aplicación del esquema de vacunación para adolescentes (Td, antihepatitis B, SR)		X
34. Aplicación del esquema de vacunación para adultos mayores (Influenza, neumococo, Td)		X
35. Detección oportuna de defectos al nacimiento en recién nacidos		X
36. Detección y diagnóstico de deficiencias visuales, deficiencias auditivas y/o defectos posturales entre la población escolar		X
37. Detección oportuna del cáncer cérvico uterino (papanicolaou y detección de Virus de Papiloma Humano)		X
38. Tamizaje para la detección oportuna del cáncer mamario (exploración clínica)		X
39. Tamizaje para la detección y referencia de personas que viven en situación de violencia familiar o sexual		X
40. Tamizaje para la detección oportuna de osteoporosis		X
41. Tamizaje y consejería en adicciones (tabaquismo, alcoholismo y otras drogas)		X
42. Consejería médica en planificación familiar		X
43. Consejería para la prevención y control de casos de hipertensión arterial y diabetes mellitus		X
44. Consejería y diagnóstico en climaterio y menopausia		X
45. Evaluación de riesgo y consejería para la atención de la violencia familiar		X
46. Identificación de signos de alarma en el neurodesarrollo de niñas y niños menores de cinco años y aplicación de pautas de estimulación temprana		X
47. Vigilancia del estado nutricional de menores de cinco años		X
48. Ministración de micronutrientes en mujeres embarazadas		X
49. Ministración de micronutrientes en adolescentes		X
50. Prevención de caries: profilaxis, odontoxesis y esquema básico de prevención.		X
51. Detección oportuna de tuberculosis en población de 15 años y más en áreas y grupos de riesgo (hombres y mujeres que presentan tos con flema)		X
52. Prevención de daños asociados al consumo de drogas inyectadas		X
53. Prevención y detección oportuna del VIH		X
54. Detección y diagnóstico temprano de hipertensión arterial y diabetes en población de 20 años y más		X
55. Prevención primaria del cáncer cérvico uterino		X
56. Detección de hiperplasia y cáncer prostático en población masculina de 45 años y más		X
57. Quimioprofilaxis a los contactos de enfermos de tuberculosis		X
58. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores a grupos de riesgo (Paludismo, Leishmaniasis, Enfer de Chagas, VON y Dengue)		X

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. Primera edición 2005.

Los servicios de salud a la comunidad que se prestan a la población en general, son considerados un complemento del CASES, no son parte del SPS, la prestación de dos servicios que son fundamentales para proteger a la población ante riesgos de carácter externo: 1) la vigilancia epidemiológica y 2) la notificación en caso de desastre o urgencia epidemiológica. (Secretaría de Salud, 2005a:108 y 109)

Se entiende como desastre, un acontecimiento que rebasa repentinamente la capacidad de respuesta normal de un sistema social, que puede ser provocado por la presencia de fenómenos geológicos, hídricos, meteorológicos, sociales, físico-químicos, ecológicos y sanitarios. Siendo el epidemiológico la probabilidad de sufrir un daño a la salud como consecuencia de exposiciones a uno o varios factores de riesgo. En caso de que suceda dicho acontecimiento la operación para atención se ejecuta mediante el Sistema de Notificación General en Caso de Desastres o Urgencia Epidemiológica

4.7 VINCULACIÓN CON OTROS PROGRAMAS Y CON EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Título Tercero Bis de la Ley en Materia de Protección Social en Salud, prevé la coordinación institucional entre el SPSS y los programas sociales del gobierno federal. Se coordinarán con el programas IMSS-Oportunidades y de Desarrollo Humano Oportunidades porque el objetivo es la población, proponen evitar la duplicidad de recursos públicos destinados al financiamiento de la prestación de servicios de salud a la persona (atención médica). (LGS, 2004:Décimo sexto transitorio)

El programa IMSS-Oportunidades brinda atención de primero y segundo nivel a la población ubicada en localidades marginadas rurales, en condiciones de pobreza o pobreza extrema, que no cuenta con acceso a los servicios de seguridad social.

Anteriormente el financiamiento para IMSS-Oportunidades se canalizaba mediante un rubro de gasto contenido en el presupuesto de la Secretaría de Salud (ramo 12). Sin embargo, es el IMSS quien opera, administra y contabiliza de manera independiente y por separado los recursos.

La coordinación entre **el SPSS e IMSS-Oportunidades** es para constituir redes de prestadores de servicios públicos de salud para la población no asegurada, que permitan evitar duplicidades y optimizar los recursos públicos físicos, materiales y humanos.

El programa IMSS-Oportunidades sigue con su programa de apoyo a la población no asegurada, con recursos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, se propone que las familias que se atienden en IMSS-Oportunidades puedan incorporarse al SPSS, en este caso se cubre al programa a través del IMSS, por cada familia que se incorpore, con la cuota social y aportación solidaria a cargo del gobierno federal, la aportación solidaria a cargo de los estados y la cuota familiar. Y en cualquier caso el IMSS-Oportunidades sigue siendo administrado por el mismo IMSS. Los recursos de cada familia que se afilie al SPSS se trasladan al IMSS-Oportunidades, éste recibe el presupuesto público por familia.

Planean que el IMSS-Oportunidades se constituya como un prestador más de servicios para los afiliados al SPSS, en el caso de que algunas familias decidan afiliarse al SPSS, hay que tomar en cuenta que en algunas entidades federativas se carece de establecimientos para atención médica, sobre todo en zonas geográficas de alta marginación, en este caso el pago o financiamiento se tiene que pactar con el programa IMSS-Oportunidades, ya que ellos ya tienen capacidad instalada.

El SPSS y el programa de Desarrollo Humano Oportunidades. El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) es gestionado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) e incluye un componente destinado a la prestación de servicios de salud, coordinado por la Secretaría de Salud y financiado mediante su presupuesto (ramo 12). Al buscar ambos el beneficio a las familias de los dos primeros deciles de ingreso (contemplando un régimen no contributivo), en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas o que no cuenta con servicio médico, incorporarán gradualmente al SPSS al padrón de Oportunidades e implica brindar una protección a la salud más amplia

que Oportunidades, tanto de intervenciones médicas como de alta especialidad cubiertas por el FPGC.

Los recursos son enviados a las secretaría estatales de salud, a través de un traspaso de recursos a NAFINSA etiquetados y se distribuyen de la siguiente forma: 60% para suplemento alimenticio, 20% recursos humanos y 20% gasto de operación. Y se utiliza en compra de suplemento alimenticio, servicios de salud, equipamiento de consultorios, viáticos y pasajes, combustibles y lubricantes, mantenimiento de vehículos, promoción y prevención de salud.

a. Vinculación con el sistema nacional de salud

El SPSS se vincula con la oferta y demanda de servicios del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito interestatal y interinstitucional. Responde a tres factores, a saber: el factor geográfico que implica la utilización de los servicios médicos más cercanos al lugar de residencia del demandante; la infraestructura, vinculada con la carencia en el lugar o institución de origen o bien, la infraestructura de las unidades en otras entidades o instituciones; y el factor relacionado con la calidez o calidad de los servicios médicos prestados.

En el ámbito interestatal el SPSS se vincula a la demanda y oferta de servicios mediante un convenio de colaboración interestatal de servicios, que ampara la prestación de los servicios esenciales cubiertos por el SPSS, especifican servicios prestados, monto a ser compensado por cada servicio, la periodicidad de la compensación y el número de servicios que la entidad federativa demandante de servicios está en condiciones de compensar. (Idem: Art. 77 Bis 5)

La Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE han acordado las bases para suscribir convenios específicos de prestación de servicios públicos, mecanismos de fijación de precios dependiendo de la modalidad del servicio, servicios a ser prestados, el precio por servicio de acuerdo con el mecanismo de fijación correspondiente, las formas de pago y los canales para la comunicación y solución de controversias.

b. La implantación y operación

La reforma ha implicado cambios en el financiamiento y la prestación de servicios, así como en la organización de los servicios y la interacción entre los diferentes órdenes de gobierno: federal y estatal. En ese sentido, la implantación del SPSS enfrenta retos que se agrupan de la siguiente forma: i) sustentabilidad financiera y de infraestructura en el largo plazo, ii) continuidad en la implantación y consolidación del SPSS en los estados después del 2006, iii) separación entre el financiamiento y la prestación, y iv) diseño e implantación de instrumentos. (Secretaría de Salud, 2005c:90-91)

i) Sustentabilidad financiera y de infraestructura en el largo plazo

En la LGS y su Reglamento en materia de Protección Social en Salud se especifica una base financiera para la cobertura de los servicios, es altamente probable que los costos derivados de los cambios esperados en la demanda de servicios por el envejecimiento poblacional y el cambio en el perfil de morbilidad de la población y las nuevas tecnologías así como la

reposición de infraestructura y equipo, generen grandes presiones financieras que no se verán satisfechas con las reglas de financiamiento previstas.

Plantean que se busquen formas de financiar la atención de los servicios médicos alta especialidad el SPSS, con particulares como es el caso de las empresas que podrán otorgar donativos, así como los recursos de aprovechamientos de la recaudación fiscal. Han buscado sectores industriales, como la Fundación TELMEX y la Fundación Río Arronte. En materia de acuerdos se tiene el antecedente del convenio con la industria tabacalera, y en lo referente a la coordinación con las organizaciones no gubernamentales existentes en el país, está el caso de las organizaciones que brindan apoyo económico a niños con cáncer. (Idem:91)

ii) Continuidad en la implantación y consolidación del SPSS en los estados, después del 2006

Se busca dar una continuidad a todo este planteamiento, lo cual implica permear hacia funcionarios de otras dependencias, como los secretarios de finanzas estatales y la propia SHCP, busca el modificar las reglas de presupuestación y asignación de recursos para transitar a un esquema de financiamiento sustentado en la demanda. Esto implica promover espacios de diálogo y trabajo, donde participen los funcionarios fiscales y sus contrapartes de salud, tanto en el ámbito federal como estatal. (Idem:91)

Al interior de los SESA se está promoviendo el desarrollo del servicio profesional de carrera en el sector. Por ejemplo, la negociación del acuerdo de coordinación con las entidades requiere de un proceso de renovación anual, la falta de continuidad puede generar costos para el sistema en su conjunto por lo que se tiene que conocer el sistema. (Idem:91-92)

iii) Separación entre el financiamiento y la prestación

Los hospitales que funjan como prestadores de servicios para el FPGC, firman un convenio multianual en donde cada año se negocia el número de casos a atender y la tarifa correspondiente. Una vez firmado el convenio un primer paso en la operación es que las áreas financiera y de gestión de servicios médicos realicen una auditoria al hospital para revisar expedientes de casos reportados como facturables al FPGC. De existir irregularidades, los expedientes en duda deben ser analizados con mayor detenimiento y descartados si no se justifica su pago. Entre las razones para descartar un caso se encuentran irregularidades en las fechas de tratamiento (anteriores al inicio de las operaciones del FPGC con el prestador), desviaciones con respecto a la práctica médica convenida, incumplimiento de la declaratoria de caso especificada en los lineamientos del FPGC y, negligencia médica. (Idem:92)

El segundo paso, consiste en consolidar y presentar la información recabada de la auditoria y de los reportes trimestrales de los proveedores del FPGC que se proporcionan al CNPSS. La información consolidada se presenta ante el Comité Técnico del fideicomiso para su aprobación y posterior liberación del recurso financiero. (Idem:92)

Después de la auditoria y validación de la información, de los casos presentados se garantiza que los pagos se realizan de manera oportuna. Debido a la carencia de una plataforma

informática existente aún no se permite realizar la operación en tiempo real para disminuir trámites administrativos y reducir el tiempo invertido para este trámite.

La negociación con los hospitales y centros de salud, de las redes estatales de prestadores de servicios para la firma del acuerdo de gestión de servicios, tienen como objetivo la separación entre las funciones de financiamiento y prestación de servicios, sustentada en la autonomía de gestión de las unidades médicas. Requieren de instrumentos, capital humano y reorganizar a los prestadores estatales bajo una lógica de financiamiento sustentado en la demanda (el pago por resultados). Esto implica dar autonomía a las unidades médicas como son hospitales y servicios de primer nivel, geográficamente.

Han integrado redes de prestadores de servicios del SPSS y tienen la propuesta de redes de acuerdo al Plan Maestro de Infraestructura en el mediano y largo plazo, e incluirán unidades para formar microrredes estatales, y en las redes regionales se dé la descentralización de los servicios, para optimizar recursos físicos y humanos.

iv) Diseño e implantación de instrumentos

La implantación de la plataforma tecnológica integral del SPSS es para contar con un flujo de información relacionada con la afiliación, el financiamiento, la prestación de servicios y los resultados en salud en todos los niveles de operación de éste, será el elemento fundamental para hacer efectiva la separación de las funciones de aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios. La Secretaría de Salud ya realizó su Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) desarrollando el Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS) y el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS). Actualmente esta el proyecto de desarrollar otro que capte la información sobre casos hospitalarios e introducir el expediente clínico electrónico de pacientes en el nivel de la unidad médica. (Idem:93)

c. Implantación del mecanismo de compensación económica entre las entidades federativas participantes del SPSS

El flujo de pacientes entre entidades se contempla, por lo que se tiene que alinear el pago por los servicios demandados, tienen que establecer acuerdos las entidades para regular el pago o, en su caso la garantía de pago como última instancia. (Idem:93)

d. Relación del padrón de afiliados al SPSS y el Padrón Único de Beneficiarios de Programas de Apoyo de la Administración Pública Federal (PUBPAAPF)

En el caso particular del SPSS, tendrá que hacer uso del PUBPAAPF, para que al hacer la verificación de datos de personas susceptibles de afiliación al SPSS, sea una fuente de información porque identificará grupos de población. (Idem:93)

De las descripciones y explicaciones que se han realizado a lo largo de este capítulo se desprenden los aspectos esenciales que conforman a la operación del SPSS y entre ellos destacan los siguientes:

La participación federal y estatal necesaria en la organización de servicios, administración, seguimiento y rendición de cuentas. La manera de llevar a cabo el

conjunto de acciones coordinadas para alcanzar el objetivo de proporcionar seguridad social en salud a la población no derechohabiente.

El compromiso de los gobiernos estatales de llevar a cabo la ejecución del SPSS, en sus entidades y crear una red de prestadores de servicios con la infraestructura existente para otorgar servicios a la población que se vaya integrando al sistema.

El esquema operativo que prescribe que los centros de salud o unidades de atención de primer nivel son los que atenderán de primer contacto, a los afiliados, tomando en cuenta que en los lugares de mayor marginación no existen centros de atención médica. Para los servicios de segundo nivel, se acreditarán los hospitales de la SSA y los que otorgan el apoyo IMSS-Oportunidades.

Conviene resaltar que dicha infraestructura no es suficiente para la población que pretende captar, con independencia de que las familias se afilien al sistema, ya que son de las zonas de mayor marginación del país; y la infraestructura de segundo y tercer nivel es prácticamente nula en dichas zonas, toda vez que donde se encuentra este tipo de hospitales son en las capitales de los estados.

Se espera, que el esquema financiero permitirá en el futuro que se construya la infraestructura para poder atender a los afiliados al SPPS, pero hasta el momento no se cuenta con ésta.

Bibliografía:

(LGS). *Ley General de Salud* (2004). México, Colección Porrúa

Secretaría de Salud (SSA) (2005a). *Marco Conceptual y Operativo del Sistema de Protección Social en Salud*. Versión 5. (Documento de Trabajo). México.

— (2005b). *Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad*. México. Dirección de Calidad y Educación en Salud.

— (2005c). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos Conceptuales, Financieros y Operativos*. México. Unidad de Análisis Económico.

— (2004b). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*. (RLGSMPSS). México.

— (2004c). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La reforma estructural del Sistema de Salud en México*. México.

— (2001a). *Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA)*. México.

Conclusiones:

Primera. Al inicio del Siglo XXI la población carente de seguridad social en México representa el 52% del total, dentro de ella se encuentra la que está caracterizada como pobre.

Segunda. Los servicios destinados a la atención de la población sin seguridad social, conocida como “abierta” descansan en el IMSS-Oportunidades, así como en los servicios que se federalizaron a las entidades federativas. Todos ellos con una muy baja cobertura, calidad y eficiencia.

Tercera. El sistema de salud en México, al inicio del Siglo XXI se financia con un gasto público de 45% en tanto que en los países de la OCDE es de un 72%. El gasto total equivalente al 6.1% del PIB, encontrándose financiado por los particulares sin seguridad social y en malas condiciones socioeconómicas en un 52%; con recurso públicos en un 46% y por el gasto privado de familias de altos ingresos en un 2%.

Cuarta. Existe una gran desigualdad regional entre la atención a los problemas de salud que se proporcionan en los estados del norte respecto a los del sur, pues en estos últimos se presentan enormes deficiencias en la cobertura, calidad y eficiencia de los servicios.

Quinta. En lo que va de la presente década la administración pública federal puso en marcha un programa denominado “Seguro Popular”, para dar respuesta a los problemas antes señalados. Este fue en realidad un programa piloto experimental que sirvió de base para crear un sistema.

Sexta. En el año 2003, el Ejecutivo Federal propuso una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud, por la que se adicionó al artículo 77 Bis los numerales 1 al 41, creando el Sistema de Protección Social en Salud.

Séptima. Entre las características relevantes del sistema se encuentra el haber detectado una enorme deficiencia de carácter financiero para su sostenimiento, que se intentó cubrir mediante una distribución de la responsabilidad financiera entre la federación y los estados, a pesar que la primera incrementó sus presupuestos con los remanentes de ingresos petroleros, pero que continúan siendo insuficientes para el gasto requerido.

Octava. Otra característica relevante fue dotar al sistema de una infraestructura tecnológico-informática para la afiliación de las familias, que muy pronto ampliará a la población por atender.

Novena. Con el propósito de tener una idea del crecimiento de la infraestructura en salud se investigaron los indicadores que muestran los cuadros a y b, obteniéndose las tasas de crecimiento que se especifican.

Cuadro a. Indicadores de infraestructura física

Concepto	1995	2002	2003	Tasa de crecimiento de 2004 con respecto a 2002
Unidades de consulta externa	14.634	18.506	18.432	-0,40
UNIDADES DE HOSPITALIZACION	891	1.041	1.111	6,72
General	727	868	920	5,99
Especialidad	164	173	191	10,40
TOTAL	15.525	19.547	19.543	-0,20

Fuente: Formulación propia con información del INEGI

Cuadro b. Indicadores de equipamiento médico

Concepto	1995	2001	2003	2004	tasa de crecimiento de 2004 con respecto a 2001
Camas censables	76.625	78.051	73.446	77.705	-0,44
Camas no censables	58.506	60.322	54.354	62.356	3,37
Consultorios (generales, especialidad, odontología y urgencias)	43.670	51.598	47.719	54.113	4,87
Laboratorios de análisis clínicos	1.608	1.852	1.795	1.888	1,94
Gabinete de radiología	2.424	2.132	2.024	2.085	-2,20
Quirófanos	2.590	2.805	2.723	2.626	-6,38
Salas de expulsión	5.781	7.072	7.161	5.592	-20,93

Fuente: Formulación propia con información del INEGI

Décima. Como se desprende de los cuadros anteriores, el crecimiento de la infraestructura básica del sistema de salud puede calificarse de insignificante frente a las necesidades crecientes de los sistemas de seguridad social y, con mucho mayor razón, del sistema de atención a la población abierta.

Décima primera. El análisis anterior, desde luego, si no resuelve problemas de cobertura y crecimiento de las necesidades, menos aún los enormes problemas subsistentes de calidad, eficiencia y trato humano.

Décima segunda. En síntesis, puede decirse, que se ha creado un sistema que funciona con la infraestructura existente y con recursos exiguos, que lo condenan a no resolver el problema para el que fue credo.

Apéndice de cálculo de cuotas del SPSS

Cálculo para la cuota social

Para el año 2004 se calculó de la siguiente manera:

Ejemplo: 1) Salario mínimo general diario para el D.F. al 1 de enero del 2004=45.24 pesos

2) salario mínimo anual vigente para el D.F. al 1 de enero de 2004=
 $45.24 * 365 = 16,513$ pesos

3) Cuota social anual vigente durante el primer semestre del 2004, definida como el 15% de monto en el punto anterior: $0.15 * 16,513 = 2,477$ pesos

Esta cuota social es anual, se actualiza trimestralmente, conforme a la variación de índice de precios al consumidor, del trimestre inmediato anterior, ejemplo:

- a. inflación general derivada del índice nacional de precios al consumidor del primer trimestre (enero a marzo) del 2004: 0.94%. Este dato es reportado por el Banco de México.
- b. actualización trimestral de la cuota social anual por inflación del primer trimestre de 2004; $2,477 * 1.0094 = 2,500$ pesos.

La actualización trimestral quedaría así:

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
Cuota social	2,477	2,500	2,524	2,548
Inflación	0.0094	0.0094	0.0094	

Así que los montos trimestrales representan los ingresos por cuota social que el SPSS recibirá del gobierno federal, como flujo trimestral en efectivo y se actualiza de acuerdo a la inflación. Las transferencias se hacen al inicio del trimestre, para que las Unidades Estatales de Protección Social en Salud (UEPSS) tengan los recursos necesarios para operar.

Es importante resaltar que en cada trimestre, se ajusta el monto de la cuota social por concepto de afiliación observada contra meta trimestral. La transferencia será resultado de restar a la meta trimestral la afiliación observada del trimestre anterior.

Ejercicio:

La cuota social se transfiere al inicio del primer trimestre al SPSS, por cada familia en la meta de afiliación del primer trimestre del 2004 es:

$$2,477 * 0.25 = 619 \text{ pesos}$$

La cuota social se transfiere al principio del segundo trimestre al SPSS, por cada familia en la meta de afiliación del segundo trimestre del 2004, pero ajustada por las diferencias observadas en el número de familias afiliadas es:

$$2,500 * 0.25 = 625 \text{ pesos}$$

El monto por concepto de cuota social, que se transfiere a las entidades federativas trimestralmente, si seguimos con el supuesto de la inflación registrada durante el primer trimestre del 2004, se mantiene constante durante los demás trimestres del año.

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
Cuota social	2,477	2,500	2,524	2,548
Porción de la Cuota social anual Aplicable por familia Trimestralmente	25%	25%	25%	25%
Monto de cuota social Trimestral por familia	619	625	631	637

Los montos de la cuota social como transferencias trimestrales, considerando el trimestre en el que se afilie la familia.

Primero	619	625	637	2,512
Segundo		625	637	1,893
Tercero			637	1,268
Cuarto				637

Como se observa, si una persona se incorpora al SPSS, en el primer trimestre recibe en total 2,512 pesos, que es la suma de las aportaciones por familia que le corresponden por cada trimestre del año fiscal. El monto (2,512) es equivalente al promedio de la cuota social anual, calculada para cada uno de los trimestres del año fiscal, conforme a lo siguiente:

$$\frac{(2,477+2,500+2,424+2,548)}{4}$$

Independientemente del trimestre en que se hayan incorporado las familias, reciben el mismo monto, el cual equivale al 25% de la cuota social haciendo el cálculo sería de 637 pesos.

Aportaciones solidarias (federal y estatal)

Las aportaciones solidarias del gobierno por familia afiliada al SPSS, resultan de la concurrencia de recursos federales y estatales, bajo los principios de corresponsabilidad y equidad. De esta manera existen dos tipos de aportaciones solidarias:

- Una aportación solidaria estatal mínima por familia, equivalente a la mitad de la cuota social y
- Una aportación solidaria federal equivalente, en promedio, a una y media veces el monto de la cuota social

El primer paso para calcular la ASF aplicable a cada entidad, parte de la definición del monto anual de recursos que corresponde al FASP.

Ejemplo: ASE anual = $0.5 * \text{cuota social} = 0.5 * 2,477 = 1,239$ pesos

Esta aportación varía de acuerdo al Índice Nacional de Precios al Consumidor, por tanto:

1. ASE anual vigente durante el primer trimestre del 2004: 1,239 pesos
2. ASE anual vigente durante el segundo trimestre del 2004: 1,250 pesos

ASF promedio anual por familia	1.5 =	*	cuota social anual por familia			
			Primero	segundo	tercero	cuarto
Cuota social anual (CS)			2,477	2,500	2,524	2,548
Aportación solidaria Federal						
Federal Promedio anual			3,715	3,750	3,786	3,822

Acrónimos utilizados

ASE	Aportación Solidaria Estatal
ASF	Aportación Solidaria Federal
ASFc	Recursos complementarios para la ASF
CAAPS	Centro avanzado de Atención a la Salud
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CECASOEH	Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar
CENAVE	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CONPSS	Consejo Nacional de Protección Social en Salud
CNPTCIA	Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia
CPSSC	Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad
CS	Cuota Social
CSG	Consejo de Salubridad General
CUB	Clave Única de Beneficiario
DI	Diferencias Imprevistas en la Demanda de Servicios Esenciales
Fideicomiso	Fideicomiso del SPSS
FASC	Fondo de aportaciones para los servicios de Salud a la Comunidad
FASCc	Recursos complementarios para el FASC
FASP	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
GAPA	Garantía de pago por incumplimiento en las Condiciones del Convenio de Colaboración Interestatal del SPSS
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
Ley o LGS	Ley General en Salud
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PMI	Plan Maestro de Infraestructura
PRONASA	Programa Nacional de Salud (2001 – 2006)
PTI	Plataforma Tecnológica Integral
R-C	Referencia y contrarreferencia de pacientes entre unidades de atención médica de la red de prestadores del SPSS
Reglamento	Reglamento de la Ley General en Salud
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
RHOVE	Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo social
SECMAR	Secretaría de Marina
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS

SESA	Servicios Estatales de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
Secretaría	Secretaria de Salud
UEPSS	Unidades Estatales de Protección Social en Salud.
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNEMES	Unidades Médicas Especializadas.

Referencias bibliográficas:

- Ayala Espino, José.(2001). *Economía del Sector Público Mexicano*. México. Editorial Esfinge.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. (2003) México. Colección Secretaría de Gobernación.
- (CEPAL). Comisión Económica para América Latina. (2000). *Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México*. Santiago de Chile.
- Inequidad en el Gasto del Gobierno en Salud*. (11 noviembre 2006). Fundación Mexicana para la salud.www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio.
- (LGS). *Ley General de Salud* (2004). México, Colección Porrúa
- Morales Hernández, Manuel.(2004).*Un modelo de asignación de Recursos para Entidades Públicas basado en la Teoría General de los Sistemas*. México. Mimeo.
- (OCDE). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2005). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*. México.
- Real Academia Española. (1992).*Diccionario de la Lengua Española*, Ed. Mateu-Cromo.Artes Gráficas.Edición Vigésima primera. España. Espasa Calpe,S.A
- Secretaría de Salud (SSA) (2005a). *Marco Conceptual y Operativo del Sistema de Protección Social en Salud*. Versión 5. (Documento de trabajo). México.
- (2005b). *Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad*. México. Dirección de Calidad y Educación en Salud.
- (2005c). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos Conceptuales, Financieros y Operativos*. México. Unidad de Análisis Económico.
- (2004a). *Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México (SICUENTAS)*. México. Dirección General de Información en Salud.
- (2004b). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*. (RLGSMPSS). México.
- (2004c). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*. México.
- (2002a). *La Salud en la Reforma del Estado: Hacia un Sistema Universal de Salud*. (Síntesis Ejecutiva). México.
- (2002b). *Catálogo de Beneficios Médicos (CABAME)*, México, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.

— (2001a). *Programa Nacional de Salud 2001-2006* (PRONASA). México.

Senado de la República. LIX Legislatura. (2003). *Proyecto de decreto que adiciona el artículo 3º con una fracción II bis, el artículo 13, apartado A) con fracción VII bis y el Título Tercero Bis a la Ley General de Salud con los artículos 77 Bis 1 al 77 Bis 41*. México.

Soberón, Guillermo. (Volumen 137 No. 5, 2001). “La Reforma de la Salud en México”; *Gaceta Médica Mexicana*. 419-428.