

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAS DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN

“ASPECTOS GENERALES DEL SEGURO POPULAR DE SALUD”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ACTUARIO

PRESENTA

GABRIELA ALEJANDRA REYNA HERNÁNDEZ

Asesor: Act. Consuelo del Carmen Hoyo Martínez

Junio 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres y a mi hermana,
por todo su apoyo incondicional,
y por enseñarme a luchar, gracias
a ustedes he alcanzado esta meta.

A mi familia por darme la fuerza para crecer
y por creer siempre en mí.

A Ismael, por todo su amor y comprensión,
por estar a mi lado en cada instante de mi vida,
por todos esos momentos de alegría y lucha juntos.

A mis hermanos, Adri, Isra, Diego y Cristhian,
Gracias por formar parte de mi vida.

A mis amigas por su sabio
y siempre oportuno consejo,
por su paciencia y gran amistad.

A Ricardo, gracias por estar conmigo siempre,
por tu confianza en mí y tu infinita amistad.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México
por darme la oportunidad de forjarme como profesional.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Panorama General Del Sistema De Salud En México.	
1.1 Breve historia del Sistema Mexicano de Salud	3
1.2 Organización del Sistema Mexicano de Salud	4
1.3 Programas alternativos de protección a la salud de la población abierta	6
1.3.1 Seguro de Salud para la Familia	
1.3.2 Seguro de Salud para trabajadores mexicanos en el extranjero	
1.3.3 IMSS-Oportunidades	
1.3.4 Programa de Cirugía Extramuros	
1.3.5 Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas	
1.3.6 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
1.4 Creación del Seguro Popular de Salud	10
Capítulo 2. El Seguro Popular De Salud.	
2.1 Definición del Seguro Popular de Salud	16
2.2 Objetivos del Seguro Popular de Salud	16
2.3 Lineamientos generales	17
2.3.1 Población Objetivo	
2.3.2 Cobertura	
2.3.3 Beneficiarios del Seguro Popular de Salud	
2.3.3.1 Criterios de elegibilidad	
2.3.3.2 Derechos y Obligaciones de los beneficiarios	
2.3.3.3 Suspensión y Cancelación de los beneficios del Seguro Popular de Salud	
2.3.4 Políticas de Afiliación y reafiliación	
2.3.4.1 Periodos de afiliación y reafiliación	
2.3.4.2 Requisitos de afiliación al Seguro Popular de Salud	
2.3.4.3 Proceso de Afiliación y reafiliación	
2.3.4.4 Padrón de familias afiliadas	
2.3.5 Financiamiento del Seguro Popular de Salud	
2.3.5.1 El Subsidio Federal para cada familia afiliada	
2.3.5.2 Cuotas de afiliación	
2.4 Instancias normativas y ejecutoras	29
2.4.1 Instancias normativas	
2.4.2 Instancias ejecutoras	

Capítulo 3. El Seguro Popular de Salud como instrumento de acción del Sistema de Protección Social en Salud.

3.1 Síntesis del artículo 77 BIS de la Ley General de Salud	34
3.2 Financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud	36
3.2.1 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona	
3.2.2 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad	
3.2.3 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	
3.2.4 Previsión Presupuestal Anual	
3.2.5 Cuotas Familiares	
3.2.6 Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	

Capítulo 4. Evaluación Del Seguro Popular De Salud.

4.1 Principales resultados del Seguro Popular de Salud en el año 2004	43
4.2 Indicadores de resultados del Seguro Popular de Salud al primer trimestre del año 2005	44
4.2.1 Resultados al primer trimestre del año 2005	
4.2.1.1 Indicador 1: Presupuesto transferido	
4.2.1.2 Indicador 2: Número de Familias afiliadas	
4.2.1.3 Indicador 3: Número de personas afiliadas	
4.2.1.4 Indicador 4: Cuotas captadas	
4.2.1.5 Indicador 5: Servicios otorgados	
4.2.1.6 Indicador 6: Número de unidades incorporadas al Seguro Popular de Salud	
4.3 Actividades complementarias del Seguro Popular de Salud	54
CONCLUSIONES	58
ANEXOS	60
BIBLIOGRAFÍA	65

INTRODUCCIÓN

La necesidad de protección a la salud es un rubro esencial que el hombre tiene que atender para su desarrollo personal y social, para ello se han creado mecanismos de protección que han ido evolucionando con el objetivo de ofrecer mayores y mejores servicios de salud.

El desarrollo de una sociedad es imposible sin un sistema de salud que atienda las demandas de los integrantes de la misma. Es por ello que se considera que de la buena salud de la población depende la prosperidad económica, el bienestar social y la estabilidad económica de un país.

Sin embargo, las necesidades que surgen como consecuencia de los cambios en el desarrollo de una sociedad requieren de la continua actualización en cuanto a calidad y eficiencia en los servicios de salud, que en el país se ha sufrido de un rezago en dicho rubro como consecuencia de 50 años de ineficiencia en la asignación del gasto y la baja inversión (pública y privada) en el sector salud, lo que se traduce en un sistema de salud profundamente inequitativo en términos de acceso a los servicios de salud, su financiamiento y sus resultados. Por ejemplo, existen grandes disparidades en cuanto a cobertura, gasto público y condiciones sanitarias entre los estados del norte y del sur del país, donde estos últimos tienen muy baja disponibilidad de médicos, enfermeras y camas de hospital, entre otras.

En los últimos años, el tema de la salud ha cobrado vital importancia sobretodo en la administración del C. Presidente Vicente Fox Quezada, por lo que se han propuesto diversos mecanismos para fortalecer el financiamiento y ampliación de la cobertura de los servicios de salud, entre los cuales se encuentra la creación de un programa denominado Seguro Popular de Salud, con el objeto de garantizar a todos los mexicanos el derecho a la salud.

El objetivo principal del presente escrito es dar a conocer los aspectos más relevantes del Seguro Popular de Salud, el cual ha sido creado para brindar a la población que no está afiliada a algún tipo de seguridad social, la protección financiera para que esta pueda contar con un seguro que le permita reducir los gastos en materia de salud.

La importancia del Seguro Popular de Salud como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud es que pretende coordinar diversas acciones con el fin de fortalecer al Sistema Nacional de Salud en México; para ello brinda protección financiera a las familias afiliadas; fortalece el modelo del prepago; mejora el pacto entre los niveles de gobierno federal y estatal de tal manera, que los recursos asignados al sector salud reduzcan paulatinamente las distorsiones entre entidades federativas; mejora los servicios proporcionados por el sector salud estatal y traduce el buen desempeño en recursos e infraestructura.

Este trabajo consta de cuatro capítulos. En el primer capítulo se muestra un panorama general del Sistema de Salud en México, destacando su estructura y la importancia de tener un sistema de salud que cumpla con las demandas de la población mexicana, con la finalidad de entender la necesidad del Gobierno Federal Mexicano de crear un nuevo modo de aseguramiento para la población abierta denominado Seguro Popular de Salud. Además se revisa de manera general, algunos otros programas de protección financiera a la salud que complementan al Seguro Popular de Salud.

En el capítulo dos se realiza una descripción detallada del Seguro Popular de Salud, dando a conocer diversos aspectos del mismo como son: su definición, sus objetivos, los lineamientos generales dentro de los que se incluye la cobertura, los requisitos de afiliación, costos, beneficios, etc; y las instancias reguladoras del mismo, todo esto con el objetivo de brindar a aquellas personas que lean este trabajo, una información clara acerca de las reglas de operación de este seguro.

En el tercer capítulo se dan a conocer las reformas que sufre el Seguro Popular de Salud, convirtiéndose en un instrumento ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud, cuyos cambios se ven reflejados en la adición del artículo 77 BIS de la Ley General de Salud. Como consecuencia de estas modificaciones, se establecen nuevos lineamientos en el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, que se muestran en el segundo apartado del capítulo.

Por último, en el capítulo cuatro se dan a conocer de manera general los resultados obtenidos durante el año 2004 y, con más a detalle y en forma gráfica en algunos casos, los resultados obtenidos hasta el primer trimestre del año 2005, en cuanto al presupuesto transferido, al número de personas beneficiadas, a las cuotas captadas, a los servicios otorgados y a la red hospitalaria que se ha conformado para la atención de los afiliados al Seguro Popular de Salud. Aunado a lo anterior, se presentan algunas de las actividades que se están realizando hasta el momento para reforzar la buena operación del Seguro Popular de Salud, así como mostrar algunas de las perspectivas que se tienen con respecto a este seguro.

CAPITULO 1. PANORAMA GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

1.1 Breve Historia del Sistema Mexicano de Salud

De acuerdo al artículo 4º. De la Constitución Política Mexicana “Toda persona tiene el derecho de protección a la salud”. Para cumplir con este mandato constitucional, el Estado es el encargado de realizar acciones encaminadas a proteger a la población de los riesgos y daños que pudieran afectar su salud.

Para este efecto, el Estado ha tenido la responsabilidad de crear un sistema de salud que permita detectar, organizar, vigilar y controlar todas aquellas condiciones relacionadas con la salud de la población; además de crear las disposiciones pertinentes que permitan cumplir con este objetivo, materializándose en leyes, decretos, reglamentos y acuerdos.

El Sistema de Salud con el que actualmente cuenta nuestro país surge en 1943, mediante la creación de tres instituciones de salud: la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)¹, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México.

Junto con el desarrollo de estas primeras instituciones surgen también las primeras reformas en materia de salud cuyo objetivo era responder a las demandas exigidas con el desarrollo industrial en esa época y que buscaban proteger a la población obrera, atendida por el IMSS y posteriormente a los empleados del Gobierno por medio del ISSSTE a partir de 1960.

Por su parte la SSA tenía la responsabilidad de proteger a los grupos de campesinos que fueron protagonistas de la Revolución Mexicana. Podemos observar que desde esta época, se marcaba una división en el sistema, por un lado la población que contaba con seguridad social y por el otro, la que quedaba asegurada por medio del Estado mediante el modelo asistencial.

A finales de los años 60, este primer sistema de salud comenzaba a sufrir de ciertas inequidades e insuficiencias, debido a que cada vez más se exigía un mayor nivel de atención a la población en cuanto al alcance y calidad en los servicios.

En los últimos años de la década de los 70 llega una segunda serie de reformas que buscaban extender los servicios de salud a toda la población. Para ello, en 1979 se crea el Programa IMSS-COPLAMAR, el cual estaba dirigido a la gente del campo. Posteriormente se da origen a otro programa dirigido a las zonas de miseria urbana en las grandes ciudades denominado Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, esto en 1981.

Los dos programas mencionados en el párrafo anterior brindaban atención primaria² a los sectores más desprotegidos de nuestro país.

¹ Actualmente Secretaría de Salud.

² Se refiere a servicios de medicina general, pediatría, saneamiento, atención a embarazadas y lactantes.

Si bien dichos programas, en primera instancia, ofrecieron una serie de innovaciones no lograron reducir la fragmentación del sistema dual.

Hacia 1983 se crearon nuevas iniciativas, entre las que destacan el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud.

Fue hasta 1995 cuando comienza una serie de reformas a la Ley del Seguro Social y se crea el Seguro de Salud para la Familia (SSF), tratando así de cubrir a otros sectores de la población que quedaban desprotegidos con la dualidad del sistema de salud.

En cuanto al sistema privado de salud, cabe mencionar que opera en México desde que el sector financiero y algunas otras empresas obtuvieron autorización del IMSS para ofrecer atenciones médicas a empleados a través de otros prestadores de servicios.

En los años 80 numerosas empresas del sector privado ofrecían atención médica prepagada, cuyos planes, a diferencia del Seguro de Gastos Médicos Mayores, daban atención preventiva, consultas, e incluso medicamentos, dando una alternativa a las personas que buscaban un plan integral. Sin embargo, ante la falta de un marco jurídico que supervisara dichas empresas en cuanto a su financiamiento y calidad en los servicios ofrecidos, se presentaron las siguientes deficiencias:

- a) Insuficientes reservas y deficiente cálculo de primas derivando en la quiebra de los planes.
- b) Servicios de salud ineficientes, negación de servicios a afiliados, omisiones de pagos a hospitales, clínicas y personal médico.

Ante esta situación, entre 1998 y el año 2000, el Gobierno Federal junto con entidades como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) como instancia reguladora, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) para supervisar cuestiones financieras y técnicas, y la SSA encargada de la supervisión médica, crearon una serie de mecanismos que buscaban garantizar un tipo de acceso a servicios de salud dando lugar al marco jurídico que regula a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

Es así como en la actualidad se cuenta con un Sistema de Salud, que desde su fundación en 1943, ha contribuido a mejorar la salud y calidad de vida de los mexicanos, aunque todavía se presume alcanzar la universalidad que este sistema requiere para cumplir con el derecho a la salud de toda la población.

1.2 Organización del Sistema Mexicano de Salud

Para cumplir con los objetivos de un sistema de salud, debe desempeñar cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud.³ A continuación se verá la estructura del sistema de salud.

³ Programa Nacional de Salud 2001-2006.

El Sistema Nacional de Salud tiene diferentes modalidades de prestación de servicios y financiamiento en materia de salud., ofreciendo protección financiera de manera total o parcial dependiendo de la condición laboral y la condición socio-económica de la población.

Dicho sistema está conformado por tres grupos de prestadores de servicios:

1. La Asistencia Pública
2. La Seguridad Social
3. El Sector Privado

El primero es la asistencia pública encargada de prestar servicios a aquella población que no está asegurada y que en su mayoría son gente del campo, y lo hace mediante la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridades, así como otras de menor cobertura como el Instituto Nacional Indigenista (INI) y el DIF. Sus recursos financieros provienen del presupuesto federal y en menor medida de cuotas de recuperación provenientes de los usuarios.

El segundo se trata de la Seguridad Social, que atiende a más del 50% de la población mediante las siguientes instituciones:

- a) IMSS. Tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía.
- b) ISSSTE. Encargado de atender a los empleados del Gobierno.
- c) SEDENA y PEMEX. Que cuentan con su propio esquema de seguridad social.

Este tipo de instituciones obtienen sus recursos de manera tripartita (Gobierno, empleados y patrones). Por ejemplo, en el siguiente cuadro se muestran los porcentajes totales que cada una de las partes aportan al IMSS a partir de las reformas de 1997 por cada trabajador afiliado a dicha institución:

Aportaciones	Salario < 3 SMGMDF ⁴	Salario > 3 SMGMDF
Empleado	20.069%	5.709%
Empresa	77.752%	59.736%
Estado	2.179%	34.555%

Podemos observar que un empleado que gana menos de 3 Salarios Mínimos Mensuales, le corresponde aportar en función del Salario Base de Cotización el 20.069%, a la empresa el 77.552% y el estado aporta el 2.179%. En cambio, un empleado que gana más de 3 Salarios Mínimos Mensuales realiza una aportación del 5.709%, la empresa aporta el 59.736% y el estado incrementa su porcentaje de aportación al 34.555%.

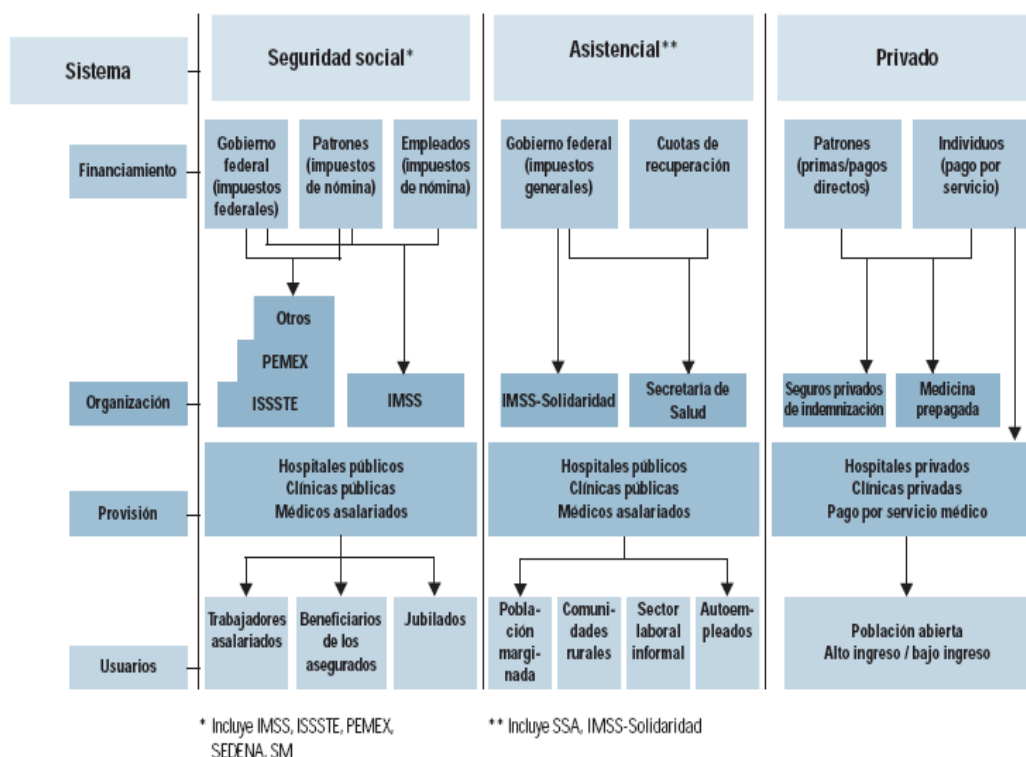
Por su parte, al ISSSTE aportan las entidades bajo esta ley el 17.75% del sueldo base de cotización, el trabajador aporta el 8% del mismo sueldo y el Gobierno Federal queda obligado a realizar una transferencia del 0.334% del Producto Interno Bruto.⁵

⁴ Salario Mínimo General Mensual del Distrito Federal.

⁵ Ley del ISSSTE.

El tercero se trata del sector privado, al cual acude cualquier persona con suficiente capacidad de pago para acceder a los servicios de salud.

A continuación se muestra de forma gráfica la organización del Sistema de Salud en México:



Fuente: Programa Nacional de Salud 2001-2006.

1.3 Programas alternativos de protección a la salud de la población abierta

Se define como población abierta aquella que por sus condiciones laborales no cuenta con ningún tipo de seguridad social como prestación laboral, o que se encuentra en comunidades de alta marginación y pobreza extrema. También se le denomina población no derechohabiente.

Tratando de cumplir con el derecho a la salud, el Estado ha creado una serie de programas que permiten atender a la denominada población abierta. A continuación se realizará una breve descripción de dichos programas.

1.3.1 Seguro de Salud para la Familia

El IMSS cuenta con dos regímenes de afiliación:

- a) El régimen obligatorio: para los trabajadores asalariados con actividad económica formal, miembros de sociedades cooperativas de producción y otras que determine el Poder Ejecutivo Federal.
- b) El régimen voluntario: aquí puede ingresar cualquier persona perteneciente a la población económicamente activa a través del Seguro de Salud para la Familia como lo son trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patronos, personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que están excluidos o que no se contemple como sujetos de seguridad social.

Este programa garantiza tanto al asegurado como a sus beneficiarios las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad durante el período cubierto por la cuota anual. Recordemos que las prestaciones en especie que brinda este seguro es la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia.

La cuota anual se determina al aplicar el 22.4% al monto anual del salario mínimo general diario que se encuentre vigente en el Distrito Federal al momento de su contratación.⁶

Asimismo el Gobierno Federal cubre mensualmente, ya sea por cada núcleo familiar o por cada familiar adicional que se asegura, una cuota diaria equivalente al 13.9% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal. Esta cantidad inicial se actualizará cada tres meses conforme a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor. A continuación se presenta un cuadro con las cuotas anuales que pagan los afiliados a este seguro.

Cuotas anuales para el régimen voluntario, actualizadas al 2005.	
Edad del miembro de la familia en años cumplidos	Cuota total en moneda nacional por miembro del grupo de edad
0 a 19	977.00
20 a 39	1,142.00
30 a 59	1,707.00
60 o más	2,568.00

⁶ El monto anual se calcula multiplicando la cuota diaria del salario mínimo en vigor por 365 días.

1.3.2 Seguro de Salud para trabajadores mexicanos en el extranjero

Este programa también lo provee el IMSS y está dirigido a los trabajadores que laboran en el extranjero o a los familiares que radiquen en la República Mexicana, ofreciéndoles un seguro cuya vigencia es de un año, permitiéndoles acceder a los siguientes servicios: consulta médica familiar o de especialista, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, atención por maternidad, análisis de laboratorio, rayos x, medicamentos, leche para recién nacido durante seis meses y canastilla al nacer. En el siguiente cuadro se muestra el costo del seguro para los asegurados, cabe aclarar que el cobro de las cuotas se realiza en pesos al tipo de cambio que se encuentre en el momento de adquirir el seguro.

Costo anual del Seguro al 2005		
Edad del miembro de la familia en años cumplidos	En Estados Unidos	En México
0 a 19	87 dólares	977 pesos
20 a 39	102 dólares	1,142 pesos
30 a 59	153 dólares	1,707 pesos
60 o más	230 dólares	2,568 pesos

1.3.3 IMSS-Oportunidades

Es un programa administrado por el IMSS, el cual proporciona los servicios de salud integral de primer y segundo nivel a la población marginada rural y que no tiene ningún acceso a servicios de salud o seguridad social, con la finalidad de mejorar su nivel de bienestar a través del mejoramiento de opciones en educación, salud y alimentación.

Además existe el llamado componente en salud, cuyo objetivo es atender la salud y nutrición durante las etapas de gestación y crecimiento de los niños mediante la entrega de suplementos alimenticios, la vigilancia médica en las unidades de salud e información para el autocuidado y la buena alimentación. Los recursos provienen del subsidio federal por lo que es gratuito.

Además no cuenta con los criterios de selección de la población beneficiaria necesarios para poderla identificar en forma adecuada. Según los últimos reportes, se han beneficiado once millones de personas en 17 estados de la República Mexicana.

1.3.4 Programa de Cirugía Extramuros

Este programa surge en 1991 con la finalidad de dar servicio en los diferentes campos de cirugía general y especializada a la población con altos índices de marginación y aquella que tiene problemas discapacitantes que los margina de la sociedad y del campo laboral.

Se destaca la participación y coordinación de diversas instituciones del sector salud, de los servicios estatales de salud, de los gobiernos estatales, de academias y organizaciones de profesionales, así como de diversas organizaciones públicas y privadas que intervienen en su financiamiento.

La atención es otorgada mediante campañas con médicos especializados y equipo médico avanzado. Las campañas son de dos tipos:

- a) Campaña Central o Federal: en la cual participan cirujanos de la Ciudad de México, dirigido a una localidad del país, utilizando recursos federales o de la iniciativa privada.
- b) Campaña Local o Estatal: se organizan por cada entidad federativa, dirigido a sus propias comunidades, con sus propios cirujanos y sus propios recursos, aunque algunas veces recibe ayuda de la campaña central para los insumos y equipo especializado.

1.3.5 Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas

Dicho programa comienza a operar en julio de 2001 y está dirigido a los municipios cuya población sea más del 40% hablante de lenguas indígenas⁷. Cuenta con diez estrategias que son:

- a) Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican a las comunidades indígenas y evalúa los resultados a través de los indicadores reportados por la Secretaría de Salud.
- b) Administrar suplementos con vitaminas y minerales a niños y niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- c) Promover servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural.
- d) Incorporar el enfoque intercultural en la capacitación al personal de salud.
- e) Impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo.
- f) Promover las relaciones entre la medicina institucional y la medicina tradicional.

Las cuatro estrategias restantes corresponden a las acciones de salud que se vienen aplicando como parte de los programas de salud existentes:

- a) Fortalecer la promoción a la salud con énfasis en la comunicación educativa.
- b) Fortalecer los programas de salud de la mujer indígena.
- c) Impulsar el saneamiento ambiental.
- d) Dar mayor presencia a la población indígena en el sistema de información en salud.

⁷ Programa Seguro Popular, CESOP, 2005.

1.3.6 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

El DIF brinda apoyo a grupos sociales que se encuentren vulnerables a su entorno como lo son niños, adolescentes, mujeres, mujeres indígenas, desplazados migrantes, adultos mayores, personas con alguna discapacidad, fármaco dependientes, alcohólicos, indigentes y personas afectadas por algún desastre natural.

Los servicios que ofrecen en materia de salud son:

- a) Dar atención a aquellas personas que por su condición física como discapacidad o invalidez se vean imposibilitados para sostenerse a sí mismos económicamente.
- b) Brindar atención en lugares especializados a menores o adultos menores desamparados y sin recursos.

1.4 Creación del Seguro Popular de Salud

Como ya hemos visto, el sistema de salud mexicano ha tratado mediante diferentes alternativas de garantizar el derecho a la salud de toda la población. Sin embargo presenta insuficiencias en cuanto a la calidad y eficiencia de los servicios, así como en su financiamiento. Esto debido a que existen diferentes factores que han afectado su funcionamiento a lo largo de su historia, por ejemplo la mala administración de los recursos por parte de las instituciones gubernamentales y estatales.

Es por ello que se han buscado mecanismos para contrarrestar dichas insuficiencias, así como para extender la cobertura de salud, ya que en México, este ha sido un rubro fundamental para el desarrollo de otras áreas como es la educación, las finanzas, la investigación, etc.; principalmente en esta última donde se han logrado progresos importantes, por ejemplo la reducción de la mortalidad infantil o el aumento de la esperanza de vida de la población mexicana.

Sin embargo, no se debe pasar por alto que aún existen sectores de la población que no cuentan con la atención médica y los insumos necesarios que les permitan tener una vida sana, lo que trae como consecuencia el rezago que caracteriza a dichos sectores, por lo que creo necesario que nuestro sistema de salud debe seguir desarrollándose hasta que se logre cubrir a toda la población.

Toda esta problemática se ha puesto de manifiesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, donde el Gobierno Federal reconoce que existen sectores de la población que sufren de precarias condiciones de salud, vivienda y alimentación, así como la falta de educación y empleo. Es así como este plan tiene la finalidad de crear los mecanismos para mejorar el bienestar de los mexicanos.

También establece que para mejorar la salud de la población es necesario crear condiciones de acceso, calidad y financiamiento de los servicios médicos, independientemente del lugar de residencia o su capacidad económica.

Con base en esto se origina el Programa Nacional de Salud 2001-2006 como un programa de acción que plantea los siguientes objetivos⁸:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
- Abatir las desigualdades en salud
- Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas

Para cumplir con dichos objetivos, el Programa Nacional de Salud plantea las cinco estrategias siguientes:

1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

Para efectos de este trabajo, la quinta estrategia es importante recalcarla porque resulta ser esencial para la creación del Seguro Popular de Salud. A continuación estableceré algunos de los factores principales que justifican la creación de dicho seguro.

El primer factor se refiere a la población sin acceso a la seguridad social o a algún tipo de aseguramiento que le permita acceder a los servicios de salud. Existen diversos estudios que muestran cifras importantes respecto a la proporción de la población que se encuentra en las circunstancias mencionadas anteriormente. Por ejemplo, el Censo General de Población y Vivienda 2000 nos muestra que el 57.8% de la población total del país no está asegurada por alguna institución de seguridad social.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud 2001 da a conocer que la población no asegurada representaba el 50.8% y la asegurada el 49.2%.

Aunque las familias que se encuentran dentro de la población no asegurada, en un principio cuentan con acceso a los servicios estatales de salud, no se encuentran debidamente identificadas por lo que resulta complicado realizar un seguimiento a su estado de salud.

El segundo factor se refiere al alto costo en la atención médica; que trae como consecuencia la existencia de pacientes que optan por postergar la atención médica e incluso decida renunciar a la misma. Según la Encuesta Nacional de

⁸ Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Satisfacción de los Servicios de Salud (ENSS) aplicada por Funsalud en el año 2000, el 16% de la población retrasa la atención médica por el alto costo.

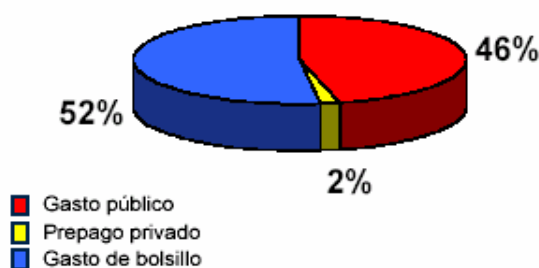
Esta situación se agrava cuando se trata de atención médica de especialidad donde el 21% de los encuestados dice haber tenido problemas al momento de pagar los servicios médicos, mientras que el 31% declara haber tenido que realizar recortes en el gasto familiar para poder cubrir el costo de la atención médica.

Como es de esperarse quien más restringe los gastos familiares a causa de la atención médica es la población con menores ingresos (35%), los que viven en zonas rurales (44%), personas cuyo estado de salud es malo (42%), y los hospitalizados (43%).

Por otra parte, sabemos que el factor salud es un elemento inesperado, es decir, no sabemos en qué momento puede ocurrir un daño a nuestra salud, ya sea desde alguna enfermedad común o aquella que pudiera provocar un gasto catastrófico⁹. Algunas veces este tipo de gasto si no se enfrenta con un seguro de salud o no se cuenta con los ahorros suficientes para realizar pagos directos (comúnmente se denominan gastos de bolsillo), que se destinan principalmente a la compra de medicamentos y consultas médicas, puede provocar la afectación al patrimonio de las familias.

En la siguiente gráfica se muestra la distribución del gasto en salud, donde el gasto de bolsillo representa el 52% del total, el cual es realizado tanto por la población asegurada como por la que no lo está. El gasto público se obtiene de recursos provenientes de impuestos y las cuotas obrero-patronales de la seguridad social, y el gasto privado proviene de los seguros de gastos médicos mayores y el seguro de salud.

Gráfica 1. Distribución del Gasto en Salud

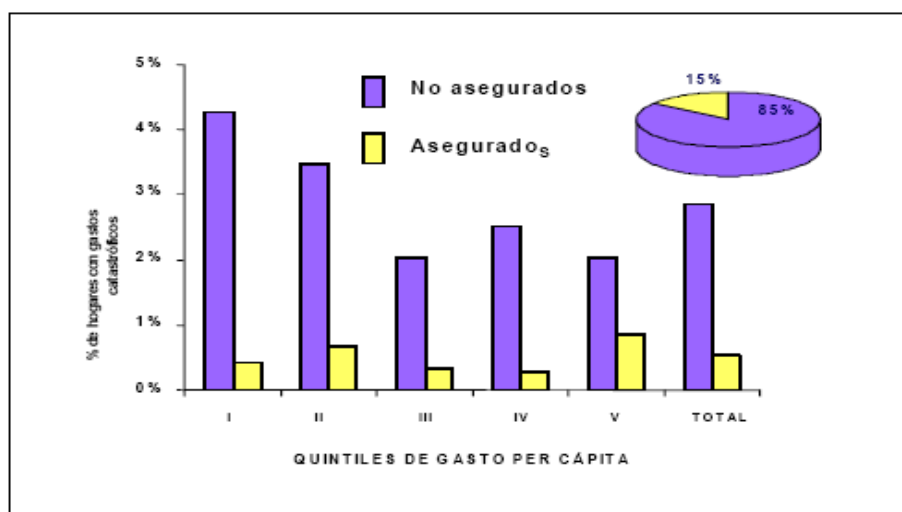


Fuente: Protección Financiera en Salud.

⁹ Se considera un gasto catastrófico en salud cuando una familia se ve obligada a utilizar más del 30% de su ingreso disponible (ingresos menos gasto de alimentación) para cubrir los costos de la atención en salud.

Debo recalcar que el impacto financiero que tiene el gasto de bolsillo recae con mayor amplitud en las familias más pobres, lo cual resulta preocupante ya que se merma aún más su situación económica como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 2. Las familias no aseguradas son más vulnerables a los gastos en salud.



Fuente: Protección Financiera en Salud.

Otra forma de gasto de bolsillo son las cuotas de recuperación, donde la población no asegurada recibe atención médica en las unidades estatales de servicios de salud pagando dicha cuota y que es determinada mediante un estudio socioeconómico.

Es así como las familias pagan los servicios proporcionados de acuerdo a su ingreso. Sin embargo, se puede incurrir en gastos catastróficos debido a que la familia debe cubrir dichas cuotas cada vez que algún familiar requiera atención médica, provocando gastos excesivos como consecuencia de la frecuencia con la que se requieren de los servicios.

Aunado a esto, se tiene que el gasto en el que incurren las familias por la compra de medicamentos es excesivo, aún cuando el paciente no tenga que ser hospitalizado.

Para fortalecer el aseguramiento y evitar el llamado gasto de bolsillo, el Programa Nacional de Salud se propone actuar en tres frentes¹⁰:

1. Consolidar la protección básica de todos los mexicanos y la creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantice la calidad en los servicios cubiertos.
2. Ampliación de la afiliación al seguro social.
3. Reordenamiento y regulación de los seguros privados.

¹⁰ Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Es así como el Seguro Popular de Salud se crea en el 2001, periodo durante el cual se realizó una prueba piloto en algunos estados del país como Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, cuya evaluación detectó lo siguiente:

- a) En los estados piloto la afiliación alcanza cerca del 15 % del total de la población en las áreas objetivo, lo que permitió observar una alta eficiencia en la afiliación.
- b) Se identificaron problemas operativos que permitieron afinar los procesos de afiliación y financiamiento.
- c) Permitted la definición explícita de un catálogo de intervenciones (CABEME) financiadas por el Seguro Popular permitió tener un marco de referencia nacional para estimar el costo del nuevo Catálogo (CASES), con el cual se pudieron hacer proyecciones, escenarios financieros y análisis comparativos con las secretarías de salud estatales para la toma de decisiones.
- d) Se identificaron intervenciones que representaban una carga importante de la enfermedad en determinadas regiones y se incorporarían gradualmente al un Catálogo de Intervenciones para garantizar su oferta oportuna y de calidad.
- e) También permitió tener un marco de referencia para aumentar la cobertura geográfica identificando las unidades de salud que tuvieran la capacidad de oferta de las intervenciones del CASES.
- f) Se identificó el abasto oportuno de medicamentos como un componente fundamental para mejorar la calidad de la atención y responder a las demandas legítimas de los usuarios de los servicios;
- g) Se definieron los niveles y montos de las cuotas familiares con base en la disposición a pagar mostrada por las familias participantes así como en la capacidad de pago de las familias.

El Seguro Popular de Salud surge consecuencia de las ineficiencias de un Sistema Nacional de Salud que busca, en la presente administración, concretar los objetivos que se han planteado en los programas mencionados con anterioridad y desarrollar un sistema de salud que permita elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica de todas las familias.¹¹

¹¹ Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

CAPITULO 2. EL SEGURO POPULAR DE SALUD

Un sistema moderno de salud debe garantizar que los programas de financiamiento sean justos y que protejan a la población de gastos excesivos por cuestiones de salud. Se han realizado esfuerzos para fortalecer los esquemas de financiamiento ya existentes, así como también se han puesto en marcha otros esquemas innovadores que complementan una gama de opciones de aseguramiento para la totalidad de la población mexicana.

Con ello se buscará cubrir gradualmente las inequidades existentes en el Sistema Nacional de Salud y consolidar la protección básica en salud para toda la población, cumpliendo con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud.

Para cumplir con estos retos se busca que los diferentes esquemas de protección financiera se basen en el pago anticipado de grupos que cubrirán el costo de la atención médica de aquéllos que lo requieran. Como vimos en el capítulo anterior, el costo de los servicios médicos para las familias que lo requieren es mayor a su contribución monetaria, pero existe la posibilidad de cubrirlo al canalizar las contribuciones de las familias que no utilizaron los servicios médicos.

Dicha forma de financiamiento de los servicios de salud fomentará la creación de una cultura de la atención preventiva mayor a la atención curativa, que en consecuencia, mejorará las condiciones de salud de la población. También deberá existir progresividad en las contribuciones de las familias, esto es que las familias de mayores ingresos aportan una mayor proporción que las familias de menores ingresos.

Asimismo un sistema de salud justo y equitativo destinará el mismo monto de recursos provenientes de los impuestos para cada seguro público, con lo que se pretende reducir las brechas en el financiamiento y se tenderá a equilibrar la oferta de los servicios de salud. Estos recursos se complementarán con aportaciones de los beneficiarios y los patrones, Gobierno Federal o Estatal, según sea el caso. Para la población abierta el Seguro Popular de Salud se consolidará como el único medio de financiamiento a su salud.

En materia de salud, se han realizado esfuerzos para ampliar las coberturas de servicios de salud para las poblaciones marginadas enfocándose principalmente al cuadro básico¹. Sin embargo, todavía no incluían servicios para padecimientos complejos que pudieran requerir.

¹ Incluye enfermedades infecciosas y parasitarias, problemas de salud materna y perinatal, desnutrición, enfermedades crónico-degenerativas, así como accidentes y violencias, permitiendo adicionar otros servicios, según las prioridades regionales, (entre otras, paludismo, dengue).

En este sentido, el Seguro Popular de Salud es parte de las acciones de consolidación de la protección básica en la medida que se incorpore gradualmente a la población, así como los avances que se den en el incremento tanto de intervenciones preventivas como de los servicios para padecimientos complejos.

La creación del Seguro Popular de Salud como tercer seguro público dará mayor equidad y justicia financiera al Sistema Nacional de Salud, esto significa que todas las familias mexicanas podrán tener acceso, independientemente de su modalidad de empleo, condición socioeconómica y su capacidad de pago.

Como ya hemos mencionado con anterioridad, el Seguro Popular de Salud inició su fase piloto en octubre de 2001 y se constituye como el programa ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1º de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud (artículos 3o bis, 77 bis - 1 al 77 bis - 41), que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas.

2.1 Definición del Seguro Popular de Salud

El Seguro Popular de Salud se define como un instrumento para brindar protección financiera a los mexicanos, ofreciendo una opción con criterios de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

2.2 Objetivos del Seguro Popular de Salud

El Seguro Popular además de brindar protección financiera en salud tiene los siguientes objetivos específicos:²

- a) Otorgar un paquete explícito de intervenciones y sus medicamentos asociados, que responden al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y necesidades de salud.
- b) Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- c) Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y las que no tienen esta prestación en materia de salud.
- d) Contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.
- e) Reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas.

² Reglas de Operación del Seguro Popular de Salud, Secretaría de Salud, 2003.

2.3 Lineamientos generales

El programa Seguro Popular de Salud es público y voluntario cuyo costo se cubre mediante un subsidio federal que provienen de recursos fiscales autorizados por el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2003, que complementa los recursos que las entidades federativas reciben para la prestación de servicios médicos, así como las cuotas que los beneficiarios aportan por concepto de afiliación.

En lo que se refiere a la cuota de afiliación al Seguro Popular de Salud es progresiva, que visto con anterioridad, no está en función del riesgo individual de enfermarse, sino del nivel de ingreso de cada familia. Dicha cuota, aún cuando no es la base financiera para la operación del seguro, tiene la finalidad de fomentar la cultura de prevención del riesgo y la solidaridad entre la población.

Con la afiliación al Seguro Popular de Salud se protege financieramente a la población abierta mediante el otorgamiento de servicios médicos establecidos en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), vigente hasta el año 2004. Dicho catálogo incluye 78 intervenciones, pero se incrementa en algunas entidades federativas de acuerdo a las necesidades de salud y perfil epidemiológico.

La afiliación al Seguro Popular de Salud elimina el pago de cuotas de recuperación por concepto de servicios médicos incluidos en el CABEME y garantiza el abastecimiento de medicinas e insumos establecidos en dicho catálogo.

Los beneficiarios de este seguro, al reducir sus gastos en salud, podrán destinar los recursos que hubieran necesitado para solventar dicha eventualidad, a otro tipo de actividades permitiéndoles mejorar su calidad de vida. Es por ello que el Seguro Popular de Salud se conjunta en este sentido con otros programas que buscan la mejora en la condición socioeconómica de la población.

2.3.1 Población Objetivo

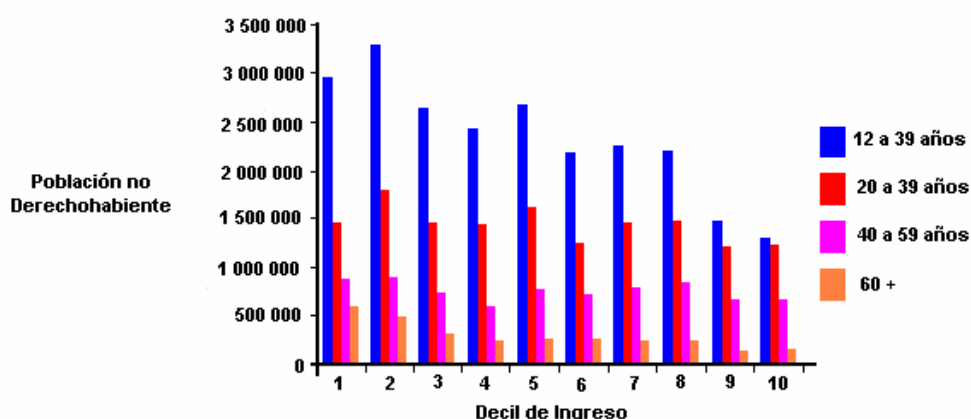
El Seguro Popular de Salud se dirige de manera prioritaria a incorporar a las familias mexicanas que se encuentran dentro de los primeros seis deciles de la distribución de ingreso, que no sean derechohabientes de la seguridad social, que residan en el territorio nacional y que tengan acceso a centros de salud con la suficiente capacidad y calidad para ofrecer la prestación de servicios médicos considerados en el CABEME.

Como ya se señaló anteriormente, el CABEME incluye 78 intervenciones consideradas como las de mayor demanda entre la población y se clasifican en seis apartados:

1. Servicios de medicina preventiva.
2. Servicios de apoyo médico, psicológico, dieta y ejercicio.
3. Servicio de consulta externa.
4. Servicio de salud reproductiva.
5. Servicio de odontología.
6. Servicio de urgencias, hospitalización y cirugía.

En la siguiente gráfica se muestra la distribución de la población no asegurada de acuerdo a su decil de ingreso y grupo de edad. De acuerdo a una estimación realizada conforme a los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud 2000, los seis deciles de menor ingreso integran una población de 31.828 millones de habitantes con ingresos menores a 3,500 pesos.

Distribución de la población no derechohabiente por decil de ingreso y grupo de edad. ENSA, 2000



2.3.2 Cobertura

En el año 2003, la cobertura del Seguro Popular de Salud se extendió a 21 estados de la República Mexicana y gradualmente ha incorporado a otras entidades del país, ya que dicha incorporación ha dependido de la disponibilidad de los recursos del programa.

En la incorporación paulatina de los estados se prioriza a aquellos que cuentan con las siguientes características:

- a) Que posean una baja cobertura de seguridad social.
- b) La existencia de un mayor número de personas no aseguradas en los primeros seis deciles de ingreso.
- c) Que tengan la capacidad de proveer los servicios que garantiza el Seguro Popular de Salud.
- d) Gran demanda de afiliación.
- e) Que las autoridades estatales demanden la puesta en marcha del programa en su estado.
- f) Que exista el presupuesto suficiente en el programa.

2.3.3 Beneficiarios del Seguro Popular de Salud

Como ya se ha mencionado anteriormente, las personas beneficiadas con este programa son las familias mexicanas que no cuentan con la protección de seguridad social en materia de salud y que reúnen los requisitos de afiliación.

2.3.3.1 Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad para las familias beneficiarias son:

- a) Residir en las zonas y regiones seleccionadas en los estados participantes en el programa.
- b) No ser derechohabiente de la seguridad social.
- c) Deben estar dentro de los seis primeros deciles de ingreso.

2.3.3.2 Derechos y Obligaciones de los beneficiarios

Dentro de los derechos a los que se hace acreedor el asegurado al formar parte del programa se tienen los siguientes:

- a) Acceso igualitario a la atención médica.

La persona afiliada tiene el derecho de proteger su salud y recibir atención médica en los lugares establecidos por el programa, sin discriminación y de acuerdo a los lineamientos establecidos.

- b) Trato digno y atención de Calidad.

Tiene derecho a ser atendido por personal altamente calificado al atender su padecimiento y a ser tratado con una actitud cortés y mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud.

- c) Medicamentos.

Los afiliados tienen derecho a recibir las dosis prescritas de medicamentos genéricos intercambiables incluidos en el CABEME. Asimismo, para aquellas sustancias activas que no estén disponibles en el mercado nacional como producto genérico, los afiliados tienen derecho a que se les otorgue el medicamento de patente necesario para su tratamiento.

- d) Información y orientación.

Sobre el servicio

El afiliado tiene derecho a solicitar y recibir información sobre el tipo de intervenciones cubiertas, las unidades en que se ofrecen, así como orientación sobre el funcionamiento, las condiciones, los documentos y trámites a seguir para

la prestación de los servicios y los mecanismos para presentar quejas y sugerencias. Asimismo tiene derecho a ser informado sobre los horarios y localización de los establecimientos habilitados de la red de servicios.

Durante el servicio

Los afiliados tienen el derecho a identificar al personal médico que lo atiende, así como información sobre su estado de salud de forma verídica y oportuna. También información relacionada sobre el procedimiento médico, su objetivo, riesgos y beneficios esperados, alternativas terapéuticas o posibles consecuencias.

Después del servicio

El afiliado podrá ejercer su derecho de petición, siempre que se formule por escrito, para solicitar información, interponer quejas o sugerencias sobre la atención brindada, así como a recibir respuesta por escrito en un plazo no mayor de 30 días.

e) Expediente Clínico.

Cada afiliado tiene derecho a un soporte documental con información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y a los profesionales tratantes en cada proceso de atención médica, garantizando el uso confidencial y restringido de su expediente y su inalterabilidad, teniendo también derecho a acceder a los informes y resultados previa solicitud por escrito.

f) Obtener una segunda opinión.

El afiliado tiene derecho a recibir una segunda opinión médica sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su salud. Dicha opinión debe provenir de un médico perteneciente a los Servicios Estatales de Salud

g) Rechazar tratamientos o procedimientos.

Tiene derecho a rechazar procedimientos diagnósticos o terapéuticos incluidos en el CABEME y a solicitar su alta voluntaria sin que esto afecte su afiliación al programa, liberando al Seguro Popular de Salud de responsabilidad alguna en la evolución y tratamiento del padecimiento objeto de este rechazo.

h) Urgencias.

Tiene derecho a recibir atención de urgencias calificadas en cualquier unidad médica. Cuando se trate de casos de urgencias comprendidas en el CABEME, éstas se otorgarán sin cargo alguno.

En cuanto a las obligaciones de los afiliados se tienen las siguientes:

- a) Cubrir la cuota de afiliación correspondiente.
- b) Proporcionar los datos correctos y copias fidedignas de documentos personales que le sean requeridos, así como notificar en los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) cualquier cambio en los datos para la ágil actualización del padrón de familias afiliadas.
- c) Informarse sobre el funcionamiento de los establecimientos, prestaciones, horarios y programas que ofrecen.
- d) Solicitar atención en el establecimiento de la red que le corresponda, de acuerdo con las necesidades de salud y lo establecido en el CABEME.
- e) Colaborar con el equipo de salud, informando con veracidad y exactitud sobre sus antecedentes clínicos, necesidades y problemas de salud.
- f) Informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
- g) Informarse acerca de procedimientos de consulta y quejas.
- h) Cumplir con las acciones preventivas de acuerdo con el CABEME.
- i) Adoptar conductas saludables.
- j) Cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
- k) Continuar participando en las disposiciones de corresponsabilidad establecidas por los servicios estatales de salud para apoyar a las unidades médicas en las que se les atiende
- l) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud para conservarlas en buen estado.
- m) Hacer uso responsable de los servicios de salud.
- n) Notificar el nacimiento de individuos en fecha posterior al inicio de la vigencia y que forman parte de la familia nuclear, presentando acta de nacimiento y/o CURP del mismo.

2.3.3.3 Suspensión y Cancelación de los beneficios del Seguro Popular de Salud

Los beneficios para aquellas personas afiliadas al programa serán suspendidos temporalmente en los siguientes casos:

1. Cuando al término de la vigencia seleccionada, la familia afiliada no cubra la cuota de afiliación correspondiente al siguiente periodo.
2. Cuando se incorpore como derechohabiente de la seguridad social.

En cambio, los beneficios serán cancelados cuando el afiliado:

1. Realice acciones en perjuicio de los propósitos del programa y afecte a terceras personas.
2. Haga mal uso de su identificación como afiliado al programa.
3. Proporcione información falsa al momento de realizar su estudio socioeconómico.

2.3.4 Políticas de Afiliación y Reafiliación

La unidad de afiliación al programa es el núcleo familiar, es decir, el padre y/o la madre, así como los hijos menores de 18 años de ambos o de alguno que habite en la misma vivienda. Se puede incluir también menores de 18 años en línea de consanguinidad directa con los titulares del programa y que formen parte del hogar como pueden ser nietos, sobrinos y hermanos. Además, este concepto de núcleo familiar se extiende al padre o la madre del titular o cónyuge mayores de 64 años y que formen parte del hogar.

Para aquéllos que deseen afiliarse y que sean personas de entre 18 y 25 años, hijos del titular o cónyuge, que no sean derechohabientes de la seguridad social y que formen parte del hogar, se considerará como integrante adicional de la familia afiliada y debe aportar un monto equivalente a la cuarta parte de la cuota de afiliación de esa familia.

En caso que las personas mayores de 18 años que deseen afiliarse en forma individual, el criterio para la determinación de su cuota de afiliación será lo que resulte de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH)³, aplicada al hogar del que forma parte, donde la cuota de afiliación será la mitad del monto resultante en el estudio para el hogar.

En el caso de trabajadoras domésticas, la determinación de su cuota de aportación, será en base a los datos obtenidos del hogar del que forma parte, y no del hogar en que presta sus servicios.

Para el caso de la afiliación de infantes y adolescentes menores de 18 años residentes de albergues operados por los sistemas de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y en su caso, otras entidades públicas y/o privadas, será necesaria la petición expresa del gobierno del estado. La cuota de afiliación y el subsidio correspondiente se calcularán dividiendo el número de infantes y adolescentes entre el tamaño promedio de la familia en la entidad federativa correspondiente para determinar el número de familias a las que equivale la colectividad de infantes y adolescentes. La cuota de afiliación será equivalente a la familia de decil I y el subsidio que se aplique será el correspondiente al subsidio del estado en cuestión.

Asimismo, la Secretaría de Salud puede crear políticas específicas de afiliación cuando se trate de colectividades, así como para las familias cuyo soporte económico resida en el extranjero.

³ CECASOEH. Instrumento estandarizado elaborado por la Secretaría que es aplicado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la determinación del nivel socioeconómico de la familia que solicita su afiliación al Sistema de Protección de Salud y sirve para la identificación del núcleo familiar y sus integrantes, así como para la determinación de la cuota familiar correspondiente.

Toda persona que se encuentre en el extranjero y que desee afiliarse o reafiliarse a sus familias que viven en el territorio nacional, lo pueden hacer siempre y cuando reúnan los requisitos de elegibilidad ya mencionados, para así definir los mecanismos de recepción de cuotas de aportación de los mexicanos que residen en el extranjero.

En cuanto a la afiliación de grupos o colectividades que deseen incorporarse al programa, se fijará una cuota uniforme de acuerdo al nivel promedio de ingreso del grupo o colectividad.

En el caso extraordinario de que suceda alguna eventualidad tal como un desastre natural que modifique las condiciones de vida de los afiliados, éstos pueden solicitar la aplicación de la encuesta CECASOEH cuya finalidad será establecer nuevas cuotas que reconozcan las condiciones en que se encontraran los afectados.

Los afiliados mayores de 12 años se acreditan como inscritos al programa mediante una credencial denominada "Tu Salud". La vigencia de la afiliación es de un año calendario⁴ y deben renovar su inscripción mediante el proceso de reafiliación.

En el caso de las familias que se hayan afiliado por un periodo menor de 12 meses, podrán reafiliarse en ese mismo año al término de la vigencia de su seguro. La reafiliación de las familias se realiza trimestralmente, si una familia no la realiza al terminar la vigencia de su seguro tendrá que esperar hasta el siguiente periodo de reafiliación, perdiendo la continuidad de sus servicios.

2.3.4.1 Periodos de Afiliación y Reafiliación

El programa opera en el año calendario cuatro periodos trimestrales de afiliación-reafiliación: enero-marzo; abril-junio; julio-septiembre; octubre-diciembre, por lo que las vigencias de su cobertura son de 12, 9, 6 ó 3 meses, respectivamente, dando inicio el día primero del primer mes de cada trimestre. La Secretaría de Salud puede aprobar otros periodos de afiliación a petición de las entidades federativas.

Los interesados en reafiliarse al programa pueden hacerlo optando entre uno y cuatro trimestres, de acuerdo al trimestre del año en que se incorpore, se debe considerar siempre que la vigencia tendrá como límite máximo el 31 de diciembre del año en curso.

Los interesados en afiliarse por primera vez al Seguro Popular de Salud pueden hacerlo en cualquiera de los periodos trimestrales y con la vigencia que seleccionen siempre y cuando la entidad federativa de que se trate así lo haya convenido previamente con la Secretaría de Salud.

⁴ Un año calendario comprende del 1 de enero al 31 de diciembre.

Para las familias afiliadas al 31 de diciembre que quieran renovar su afiliación para el siguiente año, podrán completar su proceso de reafiliación hasta el 31 de enero del siguiente año. Si durante ese lapso requieren de los servicios ofrecidos por el Seguro Popular de Salud deben cubrir previamente su aportación para recibirlos bajo este esquema.

2.3.4.2 Requisitos de afiliación al Seguro Popular de Salud

Los requisitos que tienen que cubrir las familias para que puedan gozar de los beneficios del programa son:

- a) Presentar un comprobante de domicilio.
- b) Presentar el acta de nacimiento o la Clave Única de Registro de Población (CURP) en caso de contar con este documento.
- c) Cubrir la cuota de afiliación correspondiente al periodo de vigencia.

2.3.4.3 Proceso de Afiliación y Reafiliación

La afiliación de la familia se formaliza mediante la cuota de aportación, que cubre en el Módulo de Afiliación y Orientación (MAO), en sucursales bancarias, o en las cajas de hospitales y unidades de salud. Para los residentes en el extranjero, dicha cuota se cubrirá conforme a los mecanismos que la Secretaría de Salud defina.

El titular de la familia afiliada presenta su comprobante de aportación, su comprobante de domicilio y el CURP. El comprobante es capturado en el sistema de administración del padrón de familias afiliadas y son dadas de alta como familia beneficiaria.

El MAO expide la credencial del titular con fotografía y sus beneficiarios mayores de 12 años, se hace entrega de la carta de Derechos y Obligaciones del asegurado y se expide la constancia de inscripción al programa.

Para reafiliarse, la familia acude al MAO a realizar la aportación de su cuota, o bien presentar el comprobante de dicha aportación, y se actualiza su identificación como familia afiliada y la vigencia de su reafiliación. Es entonces donde el MAO manda la información actualizando el padrón de familias afiliadas.

2.3.4.4 Padrón de familias afiliadas

Para construir el padrón de familias afiliadas a nivel nacional se ha creado un sistema informático que permite conformar los padrones estatales. La Secretaría de Salud es la encargada de proveer el software a las entidades federativas para la creación de las bases de datos, que garantice la confiabilidad, seguridad y resguardo del padrón de familias afiliadas.

Las propias entidades federativas operan y actualizan su padrón estatal conforme a los lineamientos establecidos en el sistema que permita la captura de información y generar la documentación que es entregada a los beneficiarios.

También son responsables de operar las incidencias que se presenten para la actualización de la base de datos como son:

- a) Los casos de nuevos integrantes del núcleo familiar nacidos con posterioridad a la fecha de afiliación, mismos que deben notificarse en el MAO.
- b) Los casos de decesos que se presenten en el núcleo familiar durante la vigencia de la afiliación, para lo cual, deberán solicitar a la familia afiliada esta información.
- c) La incorporación de la CURP oficial una vez emitida por la autoridad a las personas que al momento de afiliarse al programa no contaban con su clave.

Las entidades mandan la información de las familias afiliadas en el periodo de los primeros quince días hábiles de cada trimestre, en la que se notifica el número de familias afiliadas y reafiliadas, el monto de su aportación y la vigencia de la afiliación y reafiliación, entre otros, lo que permite validar los datos y dar inicio al trámite para la transferencia del subsidio federal a la entidad.

En la Secretaría de Salud, el área responsable del programa es la encargada de integrar los padrones estatales, permitiendo generar la información de avance, estadística y cifras de control de la operación del Seguro Popular de Salud a nivel nacional.

También existe un sistema de administración de servicios y atención al afiliado para garantizar que los prestadores de servicios en centros de salud y hospitales cumplan los compromisos adquiridos por el programa. Este sistema integra las acciones de los Servicios Estatales de Salud para la prestación de servicios, mantiene correspondencia con el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) y contiene los siguientes aspectos:

- a) La selección de la red de prestadores.
- b) La asesoría a los beneficiarios sobre sus derechos y obligaciones.
- c) La atención médica garantizada en el CABEME.
- d) La programación de citas para consulta externa.
- e) La integración de expedientes clínicos.
- f) La expedición y el surtimiento de recetas.
- g) Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- h) El mecanismo de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- i) Los criterios de hospitalización y cirugía.
- j) El seguimiento a quejas y sugerencias de los beneficiarios.
- k) El control estadístico de la operación a través de un sistema de información.
- l) La evaluación de los servicios prestados.

Este sistema indica que las intervenciones contempladas en el programa deberán ser otorgados por los Servicios Estatales de Salud bajo el esquema de regionalización, teniendo como base un hospital general y los centros de salud que cuenten con la capacidad para atender a los afiliados en su zona de influencia geográfica.

A cada familia afiliada se le asignará un centro de salud para su atención primaria, en caso de existir más de una opción podrán elegir el centro de salud para su adscripción, así como un médico familiar.

Para los beneficiarios que necesiten de una intervención que no pueda ofrecerse en su unidad médica podrán ser referidos a otra unidad que sí pueda brindarles la atención adecuada. Para tener acceso a los servicios otorgados por el programa en los hospitales de la red es necesario haber sido referido de su centro de salud de adscripción, excepto en los casos de urgencias médicas, en cuyo caso el afiliado podrá hacer uso de cualquiera de las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud.

2.3.5 Financiamiento del Seguro Popular de Salud

El financiamiento del programa Seguro Popular de Salud hasta el año 2004 proviene de tres fuentes:

1. El Subsidio Federal para cada familia afiliada.
2. Las aportaciones por parte del Estado.
3. Las cuotas de afiliación.

2.3.5.1 El Subsidio Federal para cada familia afiliada

La cobertura de los servicios que los proveedores prestan a los afiliados del programa comprende la mayoría de los servicios demandados en los centros de salud y hospitales generales de la red de Servicios Estatales de Salud y sus medicamentos asociados. El CABEME responde a las necesidades y demanda de servicios de la población. En el año 2003 el costo anual promedio per cápita nacional de las intervenciones que se ofrecen en el CABEME se estima en 1,572.22 pesos.

Este monto se ajusta en función de las condiciones salariales de la región seleccionada y en su caso al número de intervenciones del catálogo de servicios que se ofrezca. El Gobierno Federal destina un subsidio base por familia afiliada. El monto de recursos del subsidio base per cápita, se calcula a partir del costo per cápita promedio del CABEME estimado para cada estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud.

Con objeto de alinear esfuerzos y evitar duplicidades en el financiamiento, en el caso de las familias beneficiarias del Programa Oportunidades que se afilien al programa se realizarán ajustes adicionales restando al subsidio base aquellos recursos por familia cuyo destino sea coincidente con rubros de gasto del programa, en virtud de que dichos recursos forman parte de los apoyos otorgados por el Programa Oportunidades.

En el siguiente cuadro se presentan los montos anuales estimados del subsidio per cápita y familiar en cada entidad federativa en el 2003. El monto que por concepto de subsidio se remita a los Servicios Estatales de Salud, será el correspondiente al per cápita estatal multiplicado por el número promedio estatal de miembros por familia, según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000.

Monto anual de los subsidios federales

	por persona	por familia
Aguascalientes	472	2,219
Baja California	543	2,213
Baja California Sur	328	1,320
Campeche	423	1,860
Chiapas	517	2,535
Chihuahua	508	2,032
Coahuila	405	1,700
Colima	505	2,070
Distrito Federal	472	1,903
Durango	403	1,794
Guanajuato	472	2,374
Guerrero	491	2,296
Hidalgo	472	2,133
Jalisco	475	2,153
México	472	2,135
Michoacán	476	2,217
Morelos	472	1,997
Nayarit	492	2,057
Nuevo León	474	2,046
Oaxaca	474	2,199
Puebla	472	2,246
Querétaro	471	2,219
Quintana Roo	543	2,224
San Luis Potosí	472	2,200
Sinaloa	487	2,146
Sonora	496	2,071
Tabasco	543	2,489
Tamaulipas	526	2,120
Tlaxcala	471	2,333
Veracruz	489	2,104
Yucatán	517	2,294
Zacatecas	472	2,094

El tamaño de la familia se calculó a partir del número promedio estatal de miembros por familia, según datos del Censo 2000.

La Secretaría de Salud transferirá a los Servicios Estatales de Salud, a los 30 días naturales posteriores a la recepción del padrón de familias afiliadas vigentes a cada trimestre, el monto del subsidio que corresponda al periodo respectivo.

2.3.5.2 Cuotas de afiliación

El monto de la cuota de aportación de cada familia se determina con base en la información socioeconómica CECASOEH. La clasificación de las familias según su nivel de ingreso se realiza mediante el modelo estadístico de análisis discriminante contenido en el Sistema de Administración del Padrón⁵.

Para las familias beneficiarias del Programa Oportunidades que quieran inscribirse al Seguro Popular de Salud se les fija una cuota de afiliación equivalente al primer decil de ingreso.

La cuota de afiliación se determina aplicando un seis por ciento sobre el ingreso neto disponible del decil de ingreso correspondiente, que es aquel que resulta después de descontar de los ingresos familiares los gastos para conseguir los mínimos necesarios para cubrir necesidades de alimentación, con base en la siguiente fórmula:

$$\text{Cuota anual } i = (\text{IND}_i) \times (0.06)$$

Donde:

IND es el ingreso neto disponible anual

i es el decil de ingreso, i = I a X

Con base en los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud, efectuada en diciembre del 2001 y la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), considerando nivel de ingreso y disposición de pago, se fijaron los montos de las cuotas de afiliación por decil de ingreso según se muestra en el siguiente cuadro, las cuales se ajustaron para el 2003 con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), el cual se da a conocer en forma periódica por el Banco de México; y los montos individuales se ajustaron a múltiplos de 5 o 10 pesos según el decil que corresponda. Las cuotas se aplicaron hasta el 2004.

⁵ La plataforma informática con la cual se integra el padrón nacional de beneficiarios.

6

Cuotas por decil de ingreso para el Seguro Popular de Salud

Deciles de ingreso ¹	Ingreso corriente Trimestral por hogar		Trimestral	Semestral	Anual
	Promedio	Rango ²			
I	3,537	1,808 – 5,170	65	130	260
II	6,157	5,171 – 7,154	95	190	380
III	8,395	7,155 – 9,296	160	320	640
IV	10,707	9,297 – 11,689	285	570	1,140
V	13,284	11,690 – 14,520	475	950	1,900
VI	16,511	14,521 – 18,035	600	1,200	2,400
VII	20,611	18,036 – 22,699	790	1,580	3,160
VIII	26,209	22,700 – 29,396	945	1,890	3,780
IX	37,502	29,397 – 44,689	1,260	2,520	5,040
X	90,224	77,593 – 102,855	1,575	3,150	6,300

¹ Agrupación del total de hogares en diez estratos con igual número de hogares, ordenados de menor a mayor de acuerdo a su ingreso corriente monetario trimestral (ENIGH, 2000).

² La determinación de los rangos del ingreso corriente monetario trimestral promedio por hogar, para cada decil, se obtuvo a partir de la aplicación de dos desviaciones estándar, de acuerdo con la base de datos de la ENIGH 2000.

Los montos de las cuotas de aportación son menores a los gastos de bolsillo reportados en la Encuesta de Ingreso Gasto de los Hogares por decil de ingreso y, de acuerdo a las posibilidades económicas de la familia, pueden elegir el periodo de cobertura trimestral, semestral o anual.

2.4 Instancias normativas y ejecutoras

2.4.1 Instancias normativas

La Secretaría de Salud es la instancia encargada de garantizar la coherencia y la coordinación entre el Seguro Popular de Salud y los otros programas que tiene a su cargo, así como los demás programas de otras instituciones del sector salud. Asimismo se encarga de la identificación de las prioridades con respecto a zonas geográficas, grupos de población e infraestructura disponible para la buena ejecución del Seguro Popular de Salud.

2.4.2 Instancias ejecutoras

Una de ellas es el Gobierno Federal que a través de la Secretaría de Salud tiene las siguientes atribuciones:

- a) Transferir los recursos para instrumentar y operar el programa de acuerdo con lo establecido en los párrafos anteriores.

⁶ Cuadro tomado de las Reglas de Operación del Seguro Popular de Salud, Secretaría de Salud, 2003.

- b) Diseñar y elaborar los materiales de difusión, promoción y metodología para la capacitación que se utilizarán en la operación del programa.
- c) Supervisar las campañas de difusión local a efecto de que se realicen con apego a las políticas de operación del programa.
- d) Definir el marco organizacional en los ámbitos federal y estatal.
- e) Utilizar la información relativa a grupos de beneficiarios incorporados en otros programas sociales del Gobierno Federal con la finalidad de evitar duplicidades.
- f) Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para estimar el nivel de ingreso y aplicación del sistema de cálculo de los deciles de ingreso.
- g) Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de familias afiliadas.
- h) Establecer lineamientos de operación cuando se vincule al programa con otros programas sociales.
- i) Vigilar la complementariedad y compatibilidad de las acciones de los diversos programas que esta dependencia impulsa en el ámbito de las entidades federativas y en el contexto de la política de desarrollo social.
- j) Apoyar con el presupuesto la ejecución de las tareas para la puesta en marcha y la continuidad de la operación del programa en regiones o entidades federativas que participan en este programa.
- k) Promover ante los gobiernos estatales y municipales aportaciones para mejorar y ampliar la capacidad de los servicios en los que se ofrece el programa.
- l) Convenir con la autoridad competente en las entidades federativas la política de cuotas de recuperación aplicables a los afiliados por concepto de atención médica no considerada en el CABEME ⁷ del programa.
- m) Convenir con los Servicios Estatales de Salud, la aplicación, el monto y destino de cuotas para regular la prescripción con base en evidencia científica y el consumo apropiado de medicamentos.
- n) Definir y promover la adecuación del marco jurídico que sustente la operación del programa.
- o) Definir e instrumentar la evaluación de la operación e impacto del programa.

A los Gobiernos de las Entidades Federativas les corresponde:

- a) Identificar a la población que puede ser beneficiaria del programa.
- b) Proponer la meta de afiliación con base en criterios de demanda potencial y de factibilidad de la prestación de los servicios de salud.
- c) Organizar las actividades relativas a la afiliación por región, municipio y localidad.
- d) Llevar a cabo las tareas de actualización, mantenimiento y administración del padrón de familias afiliadas en su entidad, de acuerdo a lo dispuesto en la materia por el Gobierno Federal.

⁷ El CABEME fue sustituido a partir del año 2005 por el CASES

- e) Contratar al personal, siempre y cuando se requiera, para realizar las actividades inherentes a la operación del programa.
- f) Prestar los servicios comprendidos en el CABEME, así como garantizar la disponibilidad de insumos y el suministro de medicamentos.
- g) Mantener la modalidad de participación de corresponsabilidad en las unidades médicas en donde se atienden las familias afiliadas
- h) Establecer los mecanismos para recibir las cuotas reguladoras de la prescripción y consumo de medicamentos y destinarlas a los rubros de gasto convenidos con la Secretaría de Salud.
- i) Aplicar los recursos que se reciban por parte del Gobierno Federal y los que se recauden por concepto de cuotas de afiliación.
- j) Aplicar los instrumentos y procedimientos necesarios para el seguimiento operativo del programa en su entidad y la evaluación del impacto en su ámbito.
- k) Asumir y cumplir con los compromisos y metas contempladas en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, particularmente en lo que se refiere a la certificación de nosocomios y unidades médicas.
- l) Promover que los Servicios Estatales de Salud adopten esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen su administración de servicios y registros clínicos y alienten la certificación de su personal.
- m) Brindar apoyo a los solicitantes del programa para facilitarles la obtención de actas de nacimiento y CURP.
- n) Exentar a los afiliados al programa del pago de cuotas de recuperación para los servicios y prestaciones incluidas en el CABEME y aplicar las convenidas para las intervenciones no consideradas en éste.
- o) Definir y promover la adecuación del marco normativo estatal que permita la operación eficiente del programa.
- p) Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio del gasto para garantizar el cumplimiento de metas, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto a que se destinen los recursos transferidos.
- q) Informar, en el momento de la afiliación sobre las intervenciones del CABEME y las unidades médicas donde se prestan los servicios.

CAPITULO 3. EL SEGURO POPULAR DE SALUD COMO INSTRUMENTO DE ACCION DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD

En el mes de abril del año 2003, el H. Congreso de la Unión realizó una serie de adiciones y reformas a la Ley General de Salud que permitieron la constitución de un sistema de seguridad social para la población no asegurada por alguna otra institución, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), teniendo como ejecutor el Seguro Popular de Salud.

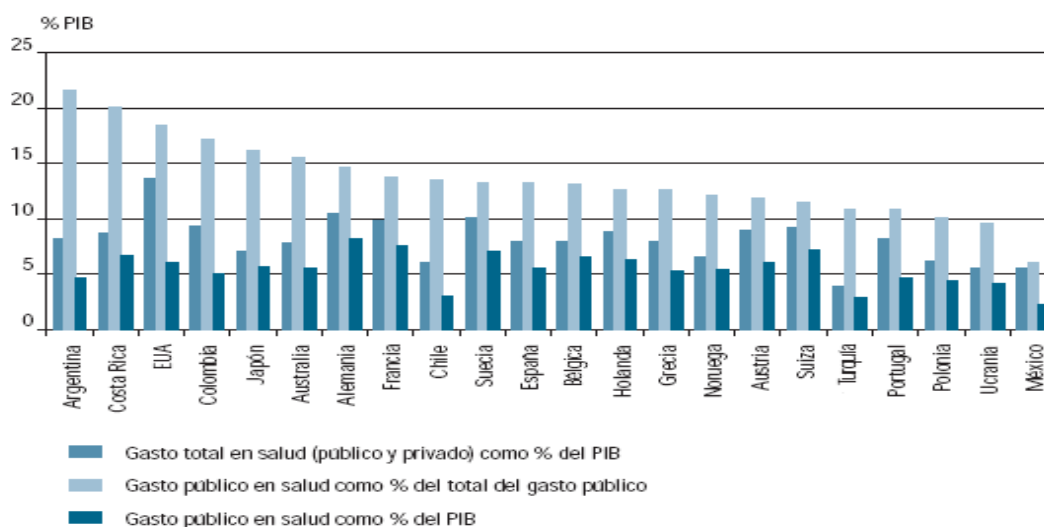
En los documentos que dieron sustento a la creación del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud indica que la segmentación del Sistema Nacional de Salud y las transiciones epidemiológica y demográfica, dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros:

- a) De nivel
- b) De origen
- c) De distribución
- d) De esfuerzo estatal
- e) De destino de los recursos

El primero se refiere a que en México, la inversión en salud es insuficiente para atender los retos que surgen de las transiciones demográfica y epidemiológica. En nuestro país se destina 5.6% del producto interno bruto (PIB) en materia de salud, de este porcentaje, el 3.1% es gasto privado y el 2.5 % lo constituye el gasto público.

En contraste con países como Chile, Colombia y Uruguay que, con un nivel de desarrollo similar al nuestro, dedican 7.2, 9.6 y 10.9% del PIB al rubro de salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.9%.

Gasto en salud como porcentaje del PIB



Fuente: OMS, 2000

El segundo desequilibrio se refiere a que el origen de los fondos está relacionado con el peso relativo del gasto público en el gasto total en salud. Con excepción de Estados Unidos, todos los países desarrollados financian su salud con recursos públicos. En México, en contraste, más de la mitad de los recursos para la salud son privados donde además provienen del bolsillo de las familias.

Este tipo de gasto es ineficiente y desigual porque rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de justicia financiera en salud que indica que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de necesidades de salud. El gasto bolsillo invierte esta regla ya que obliga a los individuos a aportar según sus necesidades (el más enfermo paga más) y a recibir servicios según su nivel de ingreso. El gasto de bolsillo, como ya hemos visto, expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de prever por la incertidumbre que existe en los fenómenos de enfermedades y en los accidentes.

El tercero se refiere a que la segmentación del Sistema Mexicano de Salud también ha favorecido la concentración de los recursos en materia de salud en las instituciones de seguridad social. Por ejemplo, en lo que se refiere a la atención médica, el Gobierno Federal asigna 1.5 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente que a la población no asegurada. A esto se suma una condición todavía más grave: la inequitativa distribución de los recursos federales entre entidades federativas, es decir, que los estados con mayores necesidades de salud son los que menos recursos económicos reciben.

En cuanto al cuarto desequilibrio tenemos que el progresivo avance de la descentralización de los servicios de salud a lo largo de las últimas dos décadas no fue acompañado de reglas financieras explícitas que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno. Esto se ve reflejado en las abismales diferencias que se registran entre estados en cuanto a la contribución estatal en materia de salud. Hay gobiernos estatales que asignan a la salud hasta 119 veces más recursos per cápita que las entidades federativas que menos contribuyen con recursos propios a este sector.

El último de los desequilibrios se refiere al destino de los recursos. El sector salud destina cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión, lo que ha contribuido a que no se amplíe ni la infraestructura, ni el equipamiento de las unidades médicas de atención a la salud.

Para enfrentar a todos estos desequilibrios se reforma la Ley General de Salud donde las modificaciones realizadas entraron en vigor el 1º. de enero de año 2005, dentro de las cuales la más importante es la adición del artículo 77 bis. A continuación se presentan las acciones más relevantes que complementan a las reglas de operación del Seguro Popular de Salud.

3.1 Síntesis del artículo 77 BIS de la Ley General de Salud 2005

De manera general define al Sistema de Protección Social en Salud como un mecanismo por el cual el Estado, garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.¹

Con la constitución del Sistema de Protección Social en Salud, los servicios ofrecidos se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los servicios esenciales son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales (CASES), que sustituyó al Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) a partir del 2005, donde el número de intervenciones en un inicio pasó de 78 a 91 (anexo 1) y de 165 a 168 medicamentos, y habrán de ofrecerse en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, cuyo financiamiento será con los recursos que se concentrarán en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP). Para finales del año 2005, el CASES aumenta el número de intervenciones a 154, mismas que cubren el 90% de la demanda en Centros de Salud y el 70% en Hospitales Generales.

En cuanto a los servicios de alto costo se ofrecerán en hospitales de especialidad y se financiarán a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

También identifica como unidad de atención al núcleo familiar, el cual está integrado de la siguiente manera:

- a) Por pareja constituida en matrimonio.
- b) Por la concubina y el concubinario.
- c) Por el padre y/o la madre no unidos en matrimonio o concubinato.

Asimismo se consideran integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; los menores que tengan parentesco de consanguinidad con los padres o tutores; los ascendientes de éstos, mayores de 64 años que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, los hijos que tengan hasta 25 años, solteros que prueben ser estudiantes o bien discapacitados dependientes.

¹ Ley General de Salud, actualizada al 28 de junio de 2005.

Para ser beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, los miembros de las familias en lo individual deberán ser residentes en el territorio nacional; no ser derechohabientes de la seguridad social; contar con Clave Única de Registro de Población, y cubrir las cuotas familiares correspondientes.

De acuerdo a las nuevas disposiciones, no tener ningún ingreso, no será limitante para tener acceso al Sistema de Protección Social en Salud a diferencia de las primeras políticas donde era necesario que los beneficiarios se ubicaran dentro de los seis primeros deciles de ingreso.

En lo que se refiere a los derechos y obligaciones de los beneficiarios, causas de suspensión y cancelación de los servicios, y a las atribuciones de las instancias normativas y ejecutoras siguen siendo las mismas que en las Reglas de Operación del Seguro Popular de Salud.

Para operar el Sistema de Protección Social en Salud se creó, como órgano desconcentrado, la Comisión de Protección Social en Salud, la cual estará integrada por un titular que será designado por el Presidente de la República a propuesta del Secretario de Salud tras haber recogido las opiniones de los miembros del Consejo Nacional del Sistema de Protección Social en Salud y tiene las siguientes tareas²:

- a) Instrumentar la política de Protección Social en Salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud.
- b) Promover la formalización de los acuerdos de coordinación en materia de Protección Social en Salud con los Gobiernos Estatales.
- c) Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.
- d) Cumplir con la rendición de cuentas a los ciudadanos.

Por último, la Ley General de Salud establece asimismo la creación del Consejo Nacional del Sistema de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo, el cual será presidido por el Secretario de Salud. En él estarán representadas distintas autoridades del Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE y Consejo de Salubridad General), otras dependencias públicas (Secretaría de Desarrollo Social y Secretaría de Hacienda y Crédito Público), las entidades federativas y un representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud. Dicho Consejo podrá opinar sobre el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, proponer medidas para su mejor funcionamiento y acordar la creación de grupos de trabajo para el análisis de temas que el propio Consejo considere necesarios.

² Siete Perspectivas: El Seguro Popular de Salud, Secretaría de Salud, 2005.

3.2 Financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud

El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud está integrado por recursos del Gobierno Federal, las entidades federativas y las cuotas de afiliación de los beneficiarios. El Gobierno Federal cubre una cuota social en forma anual equivalente al 15% de un salario mínimo vigente diario para el Distrito Federal que se actualiza trimestralmente conforme a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

También se efectúa por parte del Gobierno Federal y las entidades federativas una aportación solidaria para cada familia beneficiaria. Con respecto a la aportación estatal mínima por familia, ésta será equivalente a la mitad de la cuota social que aporta el Gobierno Federal mencionada en el párrafo anterior. En el caso del Gobierno Federal dicha aportación se distribuirá a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona que se describe enseguida.

3.2.1 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona

Para conocer la aportación solidaria que realiza el Gobierno Federal se utilizan los siguientes criterios³:

- a) La Secretaría de Salud determinará en forma anual el monto de los recursos disponibles para el fondo (presupuesto federal), previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- b) El monto total anual de recursos federales asociados al fondo será distribuido entre las entidades federativas conforme a cada uno de los componentes señalados en la siguiente ecuación:

$$ASF_t = FASP_t^F + FASP_t^N + FASP_t^E + FASP_t^D$$

En donde:

ASF_t = Aportación solidaria federal total en el año a presupuestar t.

$FASP_t^F = \alpha FASP_t$ Componente de asignación por familia beneficiaria del Sistema en el año a presupuestar t.

$FASP_t^N = \beta FASP_t$ Componente de asignación por necesidades de salud en el año a presupuestar t.

$FASP_t^E = \gamma FASP_t$ Componente de asignación por esfuerzo estatal en el año a presupuestar t.

$FASP_t^D = \phi FASP_t$ Componente de asignación por desempeño en el año a presupuestar t.

³ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Donde $\alpha, \beta, \gamma, \phi$ son las fracciones del monto total del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona disponible en el año a presupuestar t que serán destinadas para distribuir el fondo conforme a cada uno de los componentes señalados y que cumplen con las siguientes condiciones: $\alpha \in (0,1), \beta \in (0,1), \gamma \in (0,1), \phi \in (0,1)$ y $\alpha + \beta + \gamma + \phi = 1$.

- c) La Secretaría de Salud determinará anualmente los parámetros $\alpha, \beta, \gamma, \phi$ necesarios para definir la participación de cada uno de los componentes de asignación: por familia beneficiaria, por necesidades de salud, por esfuerzo estatal y por desempeño, respectivamente, como parte de la fórmula.
- d) La Secretaría de Salud dará a conocer anualmente, mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación en el primer bimestre del año correspondiente y conforme a la aprobación del presupuesto federal, la información relativa al número de familias beneficiarias del Sistema, la población no derechohabiente de la seguridad social ajustada por necesidades de salud, las aportaciones solidarias estatales y el desempeño por entidad federativa, el peso porcentual de cada uno de los componentes de la fórmula establecida en este artículo, así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para cada ejercicio presupuestal.

3.2.2 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad

El Gobierno Federal crea el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán utilizados por las entidades federativas y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad como son las siguientes⁴:

Tipo de actividades de rectoría:

- a) Emisión y supervisión de marcos normativos y de regulación sanitaria de los productos, procesos, métodos, instalaciones, servicios y actividades que tienen un impacto sobre la salud, según las competencias y atribuciones de las entidades federativas.
- b) Definición y conducción de políticas de salud, así como la generación y operación de los sistemas de información y evaluación.
- c) Promoción de la investigación en materia de servicios de salud pública.
- d) Identificación, análisis y evaluación de riesgos sanitarios.

⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, 2004.

Tipos de actividades comprendidas en la prestación de servicios de salud pública:

- a) Acciones que implican la participación comunitaria y mediante las cuales se evitan o se reducen riesgos para la salud de la población, y promueven el autocuidado de la salud y estilos de vida saludable de manera generalizada.
- b) Actividades encaminadas a prevenir o contrarrestar los riesgos para la salud de la población en el territorio nacional que se derivan de actividades realizadas por agentes dentro y fuera del sector salud o de eventos no predecibles, con la finalidad de garantizar la seguridad nacional.
- c) Acciones efectuadas sobre la persona, que implican una reducción de riesgos a la comunidad.
- d) Actividades que forman parte de la vigilancia epidemiológica.
- e) Acciones de atención a la comunidad en caso de desastres o urgencias epidemiológicas.
- f) Actividades que permiten proteger contra riesgos sanitarios, que implican el control y fomento sanitario de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades, así como la emisión, prórroga o revocación de autorizaciones sanitarias que sean competencia o atribución de la entidad.
- g) Actividades de control analítico y constatación del cumplimiento de la normatividad.

El monto de los recursos destinados a este fondo se obtendrá conforme a los siguientes lineamientos:

- a) El monto de los recursos para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, se determina por la Secretaría de Salud con la opinión de la Comisión Permanente de Servicios de Salud a la Comunidad⁵, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- b) El fondo se incrementará anualmente conforme a los recursos disponibles para el respectivo ejercicio fiscal tomando en consideración el crecimiento esperado en la población nacional determinado por las proyecciones realizadas por la dependencia designada por el Poder Ejecutivo Federal como responsable de medir y estimar el crecimiento de la población.
- c) El monto se determinará de acuerdo a la siguiente ecuación⁶:

$$FASC_t = FASC_{t-1} + \Delta FASC_{t-1}$$

⁵ Órgano auxiliar de consulta y opinión que fue creado para trabajar conjuntamente con la Secretaría de Salud para establecer los lineamientos de operación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y que se integra por los titulares de las áreas mayores de la Secretaría de Salud a cargo de la conducción de las acciones de prevención y control de enfermedades, promoción de la salud y de los servicios de salud a la comunidad, así como el Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, 2004.

En donde:

$FASC_t$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, determinado para el año a presupuestar t.

$FASC_{t-1}$ = Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, determinado para el año inmediato anterior a presupuestar, t-1.

$\Delta FASC_{t-1}$ = Incremento total en el monto de recursos autorizado para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud adicional al monto total de recursos disponibles para el fondo en el año inmediato anterior.

- d) La distribución del fondo entre las entidades federativas se determina considerando tanto la población total del estado, como la población total de las entidades federativas incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud, la asignación a la entidad para el año fiscal más el incremento anual conforme a la disponibilidad de recursos.
- e) La Secretaría de Salud dará a conocer anualmente, conforme a la aprobación del presupuesto federal, la información utilizada así como la metodología bajo la cual se llevó a cabo el cálculo correspondiente para el ejercicio presupuestal.

3.2.3 Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos es un fondo creado con la finalidad de apoyar en el financiamiento de tratamientos de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos para los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

Dicho fondo se constituye con el 8% de la suma de los siguientes conceptos: cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, así como otras fuentes de recursos como son los intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles y aportaciones provenientes de donaciones.

La Secretaría de Salud, mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan convertirse en centros regionales de alta especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito, para recibir los recursos para atender casos graves de salud.

La administración de los recursos del fondo está a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mediante un fideicomiso⁷ constituido por el Gobierno Federal.

3.2.4 Previsión Presupuestal Anual

La Previsión Presupuestal Anual es un fondo creado con la finalidad de apoyar en las siguientes tareas:

- a) En el financiamiento para la atención de las necesidades de infraestructura de la atención primaria y especialidades básicas en entidades federativas con mayor marginación social.
- b) Para diferencias imprevistas en la demanda de servicios.
- c) En la garantía de pago interestatal de servicios.

Este fondo se constituye por el 3% de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal.

Las entidades federativas reciben del Gobierno Federal los recursos provenientes de la cuota social y aportación solidaria federal una vez descontado el 8 % para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el 3% de la Previsión Presupuestal Anual.

3.2.5 Cuotas Familiares

En lo que se refiere a las cuotas de afiliación, se aplica la fórmula descrita en la página 27, excepto que, según los nuevos lineamientos, para el decil de ingreso sólo se tomará en cuenta del III al X.

En el caso de las familias que no tengan capacidad de pago se incluyen en el *régimen no contributivo*, siempre y cuando se ubiquen en los deciles I y II de la distribución de ingreso, que sean beneficiarias de los programas de combate a la pobreza extrema, que sean residentes en localidades rurales o ser residentes de localidades de muy alta marginación con menos de doscientos cincuenta habitantes.

Las cuotas vigentes al año 2005 son las siguientes:

⁷ Fideicomiso formalizado con BANOBRAS en el año 2004.

Decil	Cuota familiar
de ingreso	anual en pesos
I	-
II	-
III	640
IV	1,255
V	1,860
VI	2,540
VII	3,270
VIII	5,065
IX	6,740
X	10,200

3.2.6 Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud

El Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud tiene los siguientes objetivos:

- a) Apoyar el financiamiento de la atención de padecimientos de alto costo que puedan incurrir en gastos considerados como gastos catastróficos.
- b) Fortalecer la infraestructura médica para atención primaria y especialidades básicas, preferentemente en estado de mayor marginación social.
- c) Financiar diferencias imprevistas en demanda de servicios.
- d) Garantizar pagos de servicios interestatales.

Dicho fideicomiso está constituido por tres aportaciones:

- a) El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, equivalente al 8% de los recursos destinados al Sistema por Cuota Social, Aportación Solidaria Federal y Aportación Solidaria Estatal, el cual no tiene límite en el monto anual proveniente del presupuesto federal.
- b) El Fondo de Previsión Presupuestal, equivalente al 3% de los recursos destinados al Sistema por Cuota Social, Aportación Solidaria Federal y Aportación Solidaria Estatal, con límite de anualidad presupuestal.
- c) Aportaciones o donativos de personas físicas y morales.

El fideicomiso cubre las siguientes enfermedades:

1. Leucemia Linfoblástica Aguda en Niños
2. Cáncer Cérvico - Uterino
3. Tratamiento Ambulatorio de VIH/SIDA en niños y adultos
4. Cuidados Intensivos Neonatales
 - Prematurez
 - Dificultad respiratoria (Membrana Hialina), y
 - Sepsis bacteriana.

Por el momento no se encuentra disponible la información relativa a las reglas de operación del fideicomiso, sin embargo en el anexo del presente trabajo se muestra la estructura del fideicomiso con las cifras respectivas de los recursos manejados en el mismo.

CAPITULO 4. EVALUACIÓN DEL SEGURO POPULAR DE SALUD

4.1 Principales resultados del Seguro Popular de Salud en el año 2004

Durante el año 2004, el Sistema de Protección Social en Salud a través del Seguro Popular de Salud tuvo logros importantes tanto en la operación como en la innovación en sus procesos, los resultados obtenidos contribuyeron al cumplimiento de las metas previstas para este periodo.

Dentro de los principales resultados obtenidos del programa tenemos los siguientes:

- a) La atención médica a las familias afiliadas estuvo regulada por el CABEME, donde el número de intervenciones fue de 78 y con un total de 165 medicamentos diferentes.
- b) El Seguro Popular de Salud operó en las 30 entidades federativas que se suscribieron en el 2004, quedando pendiente el estado de Durango y el Distrito Federal.
- c) Se afiliaron 64 mil familias más de las previstas. Con respecto al año 2003 se incrementó en 950 mil el número de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud. Durante el segundo semestre del año, se ejerció el 66% de los recursos destinados al programa, lo que indica una gran necesidad de la población afiliada por acceder a los servicios de salud.
- d) Al cierre del ejercicio fiscal, el 13% de las familias que no estaban aseguradas, ya cuenta con seguridad social a través del Seguro Popular de Salud a nivel Nacional.
- e) El crecimiento permitió que Colima fuera la primera entidad en alcanzar la cobertura universal en materia de protección social en salud, lo que indica que toda su población tiene una póliza de seguro; en Aguascalientes, Tabasco y Tamaulipas se registró un avance hacia esa meta del 85, 67 y 53 por ciento, respectivamente.
- f) Ocho de cada diez familias afiliadas están encabezadas por mujeres.
- g) El 94% de las familias no aporta cuotas de afiliación (régimen no contributivo), debido a que se ubican en los dos primeros deciles de ingreso.
- h) Las familias aportaron por concepto de cuotas (régimen contributivo), 62.6 millones de pesos, cifra que significa un poco más del 1% del presupuesto total transferido a los estados para operar el Seguro Popular de Salud.
- i) La reafiliación fue del 99%, lo que permitió a los beneficiarios continuar recibiendo los beneficios del Seguro Popular de Salud.
- j) Las familias afiliadas habitan en 22 mil localidades, mismas que pertenecen a 942 municipios del país.
- k) El número de personas afiliadas fue de más de cinco millones, cifra que representa el 9% del total de no asegurada; es importante referir que el 53% de la población afiliada son mujeres.

- l) Por rango de edad, cerca de la tercera parte tiene de cero a diez años de edad; la quinta parte cuenta de 11 a 20 años de edad, mientras que el 5% son adultos mayores (personas mayores de 60 años).
- m) Los beneficiarios del Seguro Popular de Salud recibieron casi seis millones de consultas médicas, el porcentaje mayor se realizó en Centros de Salud (84%), un número menor en Hospitales (12%) y el resto de las consultas (4%) fue por alguna urgencia.
- n) La infraestructura hospitalaria incorporada fue del 22% con relación a la meta establecida para el 2010, considerando los tres niveles de atención.
- o) Se afilió la “Familia Un Millón”, el 25 de agosto de 2004 en un evento celebrado en el Hospital de Primer Contacto en Tomatlán, Jalisco, lugar de origen de la familia beneficiaria.
- p) El Sistema Universal de Salud, constituido por el Expediente Clínico Electrónico, el Sistema de Información Gerencial y la Tarjeta Inteligente de Salud, es un instrumento innovador y de calidad en la gestión pública, que le imprime un sentido diferente a la relación médico-paciente, que modifica los métodos tradicionales de atención médica, que incorpora en su funcionamiento toda la tecnología de vanguardia y que ofrece múltiples beneficios a la población.
- q) La Comisión Nacional de Protección Social en Salud participó en la operación de otros Programas del Gobierno Federal:
 - Para el Programa Oportunidades destinó 3,291 millones de pesos, el 81% fue para consultas y el resto para suplementos alimenticios.
 - El Programa de Micro nutrimentos benefició a 637 mil personas; de éstas, 379 mil fueron niños de entre 6 a 24 meses de edad, y 258 mil mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
 - El Programa de Cirugía Extramuros brindó atención quirúrgica especializada a más de 22 mil pacientes, el 5% son indígenas. Se realizaron un poco más de 27 mil cirugías; por tipo de especialidad, oftalmología concentró el 47 %, cirugía general el 38%, Labio y Paladar Hendido el 11%, y Ortopedia el 4%.

4.2 Indicadores de resultados del Seguro Popular de Salud al primer trimestre del año 2005

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es la responsable del diseño del “Sistema de Indicadores de Resultados del Seguro Popular de Salud”, el cual es un instrumento que permite medir la eficiencia y eficacia de la gestión de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud e informar de manera oportuna a las autoridades de dicho órgano desconcentrado y de la Secretaría de Salud, para que puedan contar con datos que les permita la toma de decisiones.

Mediante este sistema de indicadores se registra el avance en el presupuesto transferido a las entidades federativas; el proceso de afiliación; los servicios proporcionados; el impacto del proceso de afiliación por género; la población beneficiada de otros Programas Sociales como Oportunidades, en habitantes de

zonas indígenas y en regiones de alta y muy alta marginación y la red hospitalaria que brinda la atención del Seguro Popular de Salud.

La estructura del Seguro Popular de Salud se compone de seis Indicadores de Resultados que se dividen en 27 subíndices como se aprecia en el siguiente cuadro, mismos que se desglosan por entidad federativa.

TABLA NO. 17	
CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS	
CLASIFICACIÓN	SUBÍNDICES
1. FINANCIEROS	1
2. FAMILIAS AFILIADAS	15
3. PERSONAS AFILIADAS	4
4. CAPTACIÓN DE CUOTAS	2
5. SERVICIOS OTORGADOS	4
6. RED HOSPITALARIA	1
TOTAL	27

Fuente: Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, CNPSS.

La periodicidad de la emisión de los Indicadores será trimestral y se reportarán por entidad federativa. A efecto de que el Sistema de Indicadores cuente con su registro correspondiente, durante el mes de octubre del 2004, se inició la gestión y trámite ante la Secretaría de la Función Pública.

Los Indicadores que se diseñaron son los siguientes:

- Indicador 1: Presupuesto transferido. Tiene el objetivo de medir el avance del presupuesto transferido a los gobiernos de los estados.
- Indicador 2: Número de familias afiliadas. Mide el número de familias beneficiadas, por género, nivel de ingreso y grupos de población.
- Indicador 3: Número de personas afiliadas. Cuyo objetivo es medir la población beneficiada por género y rango de edad.
- Indicador 4: Cuotas captadas. Mide el monto captado de cuotas de la población que se ubica en el régimen contributivo del Seguro Popular de Salud.
- Indicador 5: Servicios otorgados. Su objetivo es medir el servicio que se proporciona a los beneficiarios en las unidades médicas incorporadas al Seguro Popular de Salud.
- Indicador 6: Número de unidades incorporadas al Seguro Popular de Salud. Mide el avance en la cobertura de las unidades médicas que prestan servicio a las familias afiliadas al Seguro Popular de Salud: Centros de Salud, Hospitales Generales y Unidades de Alta Especialidad.

4.2.1 Resultados al primer trimestre del año 2005

A continuación se presentan los resultados obtenidos del Seguro Popular de Salud en su operación al primer trimestre del año 2005.

4.2.1.1 Indicador 1: Presupuesto transferido



Para el presente ejercicio fiscal se autorizó un presupuesto de 6,532.5 millones de pesos para la operación del Seguro Popular de Salud, del cual se han trasferido 475.5 millones de pesos, lo que representa un avance del 7.3%. En Tabasco, Tamaulipas, Sinaloa, México, Veracruz, Chiapas, Sonora, Oaxaca, Baja California, se concentra el 76% del total de los recursos transferidos. La distribución de los recursos presupuestales, se efectuó con relación al número de familias afiliadas en cada entidad federativa.

4.2.1.2 Indicador 2: Número de Familias afiliadas

Indicador 2.1: Porcentaje de cumplimiento de la meta de familias afiliadas



La meta programada al primer trimestre del 2005 es de afiliar a 1, 736,637 familias, lo que representa un avance del 99.2%. Casi la totalidad de los estados cumplió con la cobertura de afiliación programada, en Sonora se registró el avance menor con el 80.2%.

Indicador 2.2 Número de familias afiliadas

Se tiene un total de 11, 898,254 familias no aseguradas, de las cuales se han afiliado un total de 1, 722,833, lo que representa un avance del 14.5% aseguradas; la mitad se ubica en Tabasco, Tamaulipas, Guanajuato, Puebla, Sinaloa y Jalisco. Considerando la meta para el año 2010 (11.9 millones de familias), lo que resta por afiliar es de 10.2 millones de familias. Los estados con una mayor cobertura con relación a su meta son Colima, que la superó en un 9.9% y Tabasco lo hizo en un 5%.

Indicador 2.3 Número de familias afiliadas encabezadas por mujeres

El 76.6% de las familias afiliadas (de un total de 1, 722,833) son encabezadas por mujeres, lo que equivale a 1, 319,420 familias. En Puebla, Querétaro, Yucatán, Michoacán, Nuevo León, Tlaxcala, México y Veracruz, se registra una mayor participación de este género (96.8, 95.4, 94.8, 91.9, 91.4, 91.1, 89.1 y 89.0 por ciento, respectivamente); en el extremo opuesto se ubica Tabasco con un poco más de la mitad.

Indicador 2.4 Promedio de integrantes por familias afiliadas

Se tiene en total 5, 762,070 personas afiliadas. A nivel nacional, el número de integrantes por familia es de 3.3. En Querétaro, Yucatán, Michoacán, Puebla y México el promedio oscila entre las cuatro personas; once estados se ubican por debajo de la media. En Tabasco, Oaxaca, Campeche y Colima es de 3.0, 2.9, 2.8 y 2.7, respectivamente.

Indicador 2.5 Número de familias afiliadas de Oportunidades

El 41.8% del total de familias afiliadas son del Programa Oportunidades, lo que equivale a 720,293 familias. En Puebla, Tabasco, Sinaloa, México, Veracruz, Jalisco y Guanajuato, se aglutina el 57.5% de éstas familias. En Puebla prácticamente el total de familias incorporadas (115 mil) pertenece a dicho Programa, mientras que en Querétaro la relación es del 99.3%, en Yucatán del 90.1% y en Nuevo León el 86.9%.

Indicador 2.6 Número de familias afiliadas encabezadas por mujeres a través de Oportunidades

De las familias incorporadas al Seguro Popular de Salud que tienen registro de Oportunidades, 660,842 familias están encabezadas por mujeres, lo que representa el 91.7%. En Michoacán, Guerrero y Guanajuato se manifiesta el

porcentaje más alto de familias Oportunidades representadas por mujeres (98, 97 y 97 por ciento, respectivamente), la mayor representación de este género se aglutina en Puebla, Tabasco, Sinaloa, México, Veracruz, Jalisco y Guanajuato, que en conjunto significan el 57.5% del total.

Indicador 2.7 Familias afiliadas pertenecientes a localidades con más 80 por ciento de población que habla una lengua indígena

Del total de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud, 41,785 corresponden a familias que habitan en comunidades indígenas (localidades con más del 80% de la población hablante de lengua indígena) y representa el 2.4% del total. En catorce estados del país se distribuyen estas familias, sobresalen Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán con el 84.7% del total.

Indicador 2.8 Familias afiliadas encabezadas por mujeres en comunidades Indígenas

De las familias afiliadas que habitan en comunidades indígenas, 35,229 está representada por una mujer. Una mayor cantidad se agrupa en Puebla, Veracruz, Yucatán y San Luis Potosí sumando un total de 84.7%

Indicador 2.9 Familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación

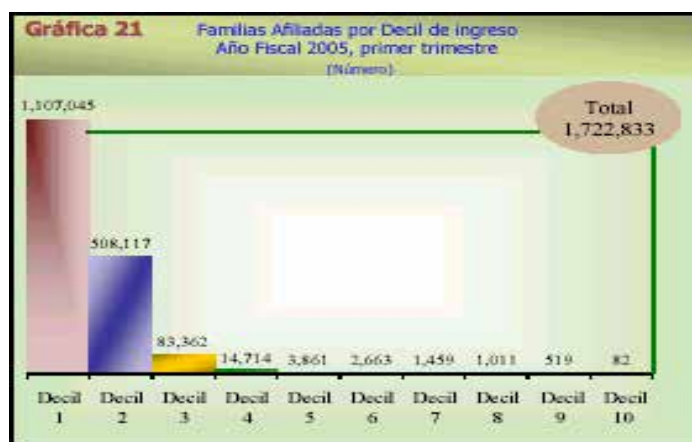
En los 1,335 municipios de alta y muy alta marginación del país, que tiene identificados la Secretaría de Desarrollo Social en su estrategia de Micro regiones, habita más de la cuarta parte del total de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud, es decir, 468,107 familias que representa un 27.2% del total de familias afiliadas.

En 27 estados se distribuyen estos núcleos familiares, pero es en Puebla, Veracruz, Tabasco, San Luis Potosí, México y Baja California, se agrupa el 61.4% del total.

Indicador 2.10 Familias afiliadas encabezadas por mujeres en regiones de alta y muy alta marginación

De las familias afiliadas que habitan en las regiones de alta y muy alta marginación, el 80.7% (377,635 familias) está representada por mujeres, el mayor número de éstas se aglutina en Puebla, Veracruz, México, San Luis Potosí y Tabasco. En términos de representatividad, en Puebla, Tlaxcala, Querétaro, Yucatán, México, Hidalgo y Nuevo León, la mujer participa en más del 90%, mientras que en Sonora y Tabasco, su intervención es menor (47.4 y 51.8%, respectivamente).

Indicador 2.11 y 2.12 Familias afiliadas por decil de ingreso



Del total de familias afiliadas, el 93.8% se ubica dentro de los dos primeros deciles de ingreso. Debemos recordar que los que se ubican en estos deciles no aportan cuotas de afiliación según el artículo 77 BIS de la Ley General de Salud. En Tabasco, Tamaulipas, Jalisco, Guerrero, se concentra más de la mitad de las familias afiliadas que integran el primer decil; mientras que en Guerrero, Quintana Roo, Hidalgo, Sonora y México, se ubica el 57% de las del segundo decil.

Indicador 2.13 Familias Reafiliadas

De las familias afiliadas al primer trimestre del 2005 (1, 458,284), representa el 93.3% de las familias reafiliadas en el último trimestre del año 2004. En Nuevo León, Puebla y Querétaro, la reafiliación fue del cien por ciento; en diecinueve estados fue superior al 90%; por la magnitud de su cobertura, sobresale Tabasco, Tamaulipas, Guanajuato y Puebla.

Indicador 2.14 Familias Afiliadas por Municipio y Localidad

Las familias beneficiadas por el Seguro Popular de Salud durante el 2005 son originarias de 946 municipios y habitan en 23,993 localidades diferentes. Lo anterior implica tener cobertura en dos quintas partes del total de municipios y en más de la décima parte de las localidades del país (de acuerdo con cifras del INEGI, al cierre de 2003 existen 2,451 municipios y 199,369 localidades).

En Puebla, Jalisco, Oaxaca, Veracruz y Sonora se ubica la mitad de los municipios en los que opera el Programa. En Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Colima, Tabasco y Tamaulipas, el Seguro Popular de Salud opera en la totalidad de sus municipios.

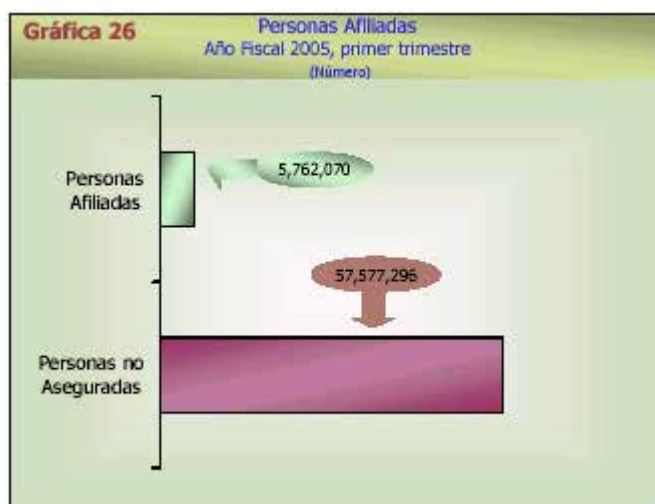
Indicador 2.15 Familias Afiliadas por Tipo de Localidad

Del total de familias afiliadas 746,035 se ubican en comunidades rurales, en comunidades urbanas se registran 915,574 y de 61,224 no se tiene una tipificación identificada.

De las familias rurales, se concentra la mitad en Tabasco, Puebla, Guanajuato, Sinaloa y San Luis Potosí; al revisar esta composición por estado, se observa que en diez entidades más del 50% de sus beneficiarios vive en el campo. Respecto de las localidades urbanas, en Tabasco, Tamaulipas, Jalisco, Guanajuato, Colima y Aguascalientes se agrupa el 49.2% de las familias; en tres estados la residencia en ciudades afiliadas al Seguro Popular de Salud es casi del cien por ciento.

4.2.1.3 Indicador 3: Número de personas afiliadas

Indicador 3.1 Número de personas afiliadas

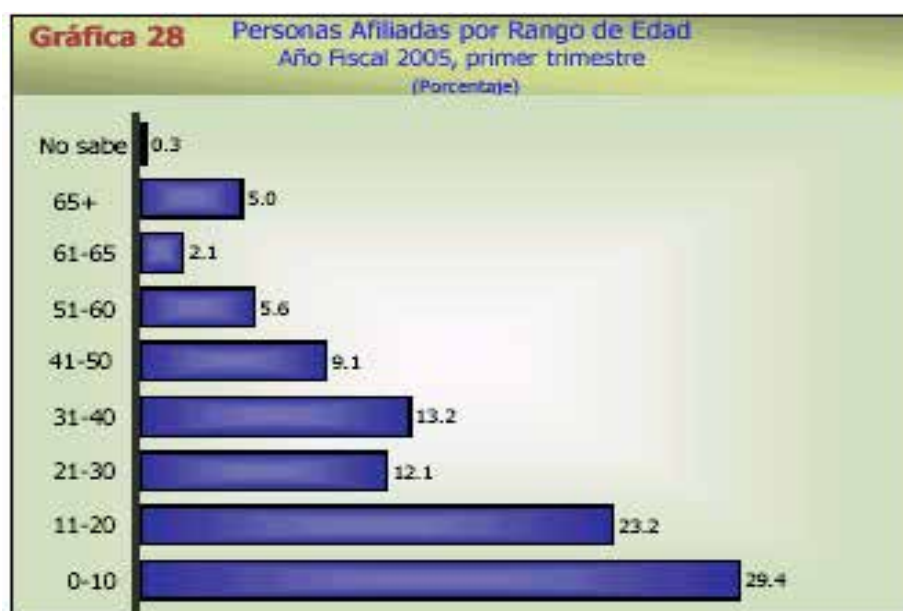


Hasta el primer trimestre de 2005, cerca de seis millones de personas recibe atención médica a través de la red del Seguro Popular de Salud, cantidad que significa el 10% de las que no tienen seguridad social; si consideramos la meta hasta el 2010 (57.6 millones de personas), faltan por afiliar 52 millones de personas.

Indicador 3.2 Número de mujeres afiliadas

De los 5,762,070 de personas afiliadas al Seguro Popular de Salud, 3,048,027 son mujeres. En Tabasco, Tamaulipas, Puebla, Guanajuato, Sinaloa, Jalisco y México se registra el 56%.

Indicador 3.3 Número de personas afiliadas por rango de edad



Se observa que casi la tercera parte del total de personas afiliadas tiene de cero a diez años de edad; Tabasco y Puebla agrupan más personas. Los adultos mayores (más de 60 años) significan el 7.1% del total de las personas que reciben seguridad social a través del Seguro Popular de Salud. Es pertinente referir que al momento de afiliarse, el 0.3 % de las personas contestó que no sabía su edad.

Indicador 3.4 Número de mujeres afiliadas por rango de edad



De las mujeres afiliadas, el mayor número se ubica en el rango de edad de cero a los diez años de edad, en éste grupo Tabasco y Puebla son los más importantes. El segundo grupo más relevante es el de 11 a 20 años de edad. En este indicador,

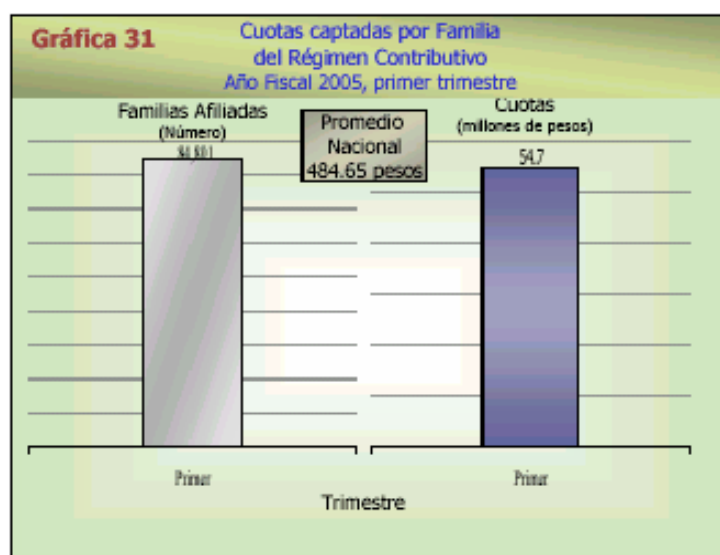
también algunas personas contestaron que no sabían su edad.

4.2.1.4 Indicador 4: Cuotas captadas

Indicador 4.1 Monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada

El monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada es de 62.84 pesos considerando un escenario con todas las afiliadas. Nueve de cada diez pesos lo aportan familias de Tabasco, Aguascalientes, Sinaloa, Guerrero, Sonora, Baja California, San Luis Potosí, Baja California Sur y Colima. En el extremo opuesto se ubica Tlaxcala, Morelos y Chiapas con tan sólo el 0.1 por ciento del monto captado.

Indicador 4.2 Monto promedio de cuotas captadas por familia afiliada del régimen contributivo



De las familias afiliadas al Seguro Popular de Salud, 84,801 familias pertenecen al régimen contributivo, aportando un total de 54,697,207 millones de pesos por concepto de cuotas de afiliación, dando un promedio de 645.01 por familia. El promedio más alto de cuota aportada se registró en Tabasco (873.4 pesos por familia), Tlaxcala (690.9), San Luis Potosí (659.9), Baja California Sur (656.4), Michoacán (618.1) e Hidalgo (605.3). Mientras que el promedio más bajo se obtuvo en Nayarit (231.9 pesos por familia), Aguascalientes (285.7) y Tamaulipas (311.0).

4.2.1.5 Indicador 5: Servicios otorgados

Para este indicador se tomó en cuenta únicamente los resultados al cierre del año 2004.

Indicador 5.1 Promedio de consultas otorgadas



Se realizaron cerca de seis millones de consultas para los beneficiarios del Seguro Popular de Salud, en los Centros de Salud se efectuó el 84.0 por ciento del servicio (4 millones 960 mil consultas); en los hospitales el 12.0 (710 mil), y el resto fue atendido a través de urgencias médicas (234 mil).

Indicador 5.2 Promedio de días estancia hospitalaria

En los pacientes del Seguro Popular de Salud se registró un poco más de 68 mil egresos hospitalarios, la estancia promedio de hospitalización fue de 2.28 días. En este rubro, ocho de cada diez personas atendidas fueron mujeres y su estancia fue de dos días, mientras que en los hombres fue de cuatro días. En Sinaloa se fueron 19 mil casos y en Tabasco 12 mil, estas cifras representan el 27.6% y el 17.2%, respectivamente, del total de egresos que se registraron en el país.

Indicador 5.3 Promedio de partos atendidos

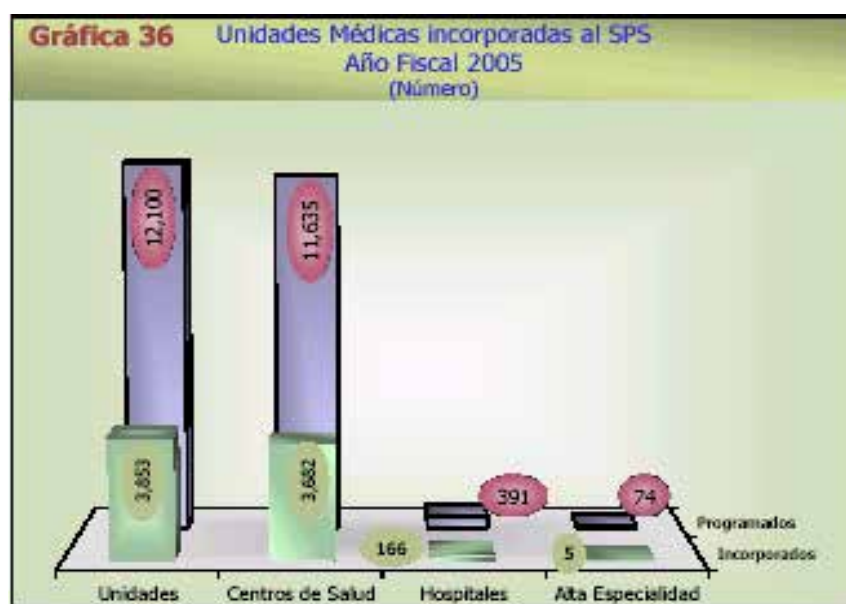
Se brindó atención en más de 32 mil partos para mujeres afiliadas al Seguro Popular de Salud. En Sinaloa, Tabasco, Aguascalientes, Tamaulipas y Colima, se agrupó el 68.5% del total de los casos.

Indicador 5.4 Porcentaje de defunciones

Del total de familias afiliadas se registraron un total de 4,097 defunciones. De esta cifra, 1,888 corresponden a mujeres, mientras que 2,209 fueron hombres. En Tamaulipas, Tabasco, Colima, Sinaloa, Jalisco y Veracruz, se presentó el 59.9% del total nacional.

4.2.1.6 Indicador 6: Número de unidades incorporadas al Seguro Popular de Salud

Indicador 6.1 Unidades Médicas incorporadas al Seguro Popular de Salud



La infraestructura hospitalaria para incorporar al Seguro Popular de Salud tiene un avance total del 31.8%, considerando los tres niveles de atención; en los Centros de Salud se han incorporado 3,682 de los 11,635 que se tienen programados; en Tabasco, Puebla, Tamaulipas, Guanajuato, San Luis Potosí y Sinaloa, se concentra el 49.% de estas unidades.

En cuanto a los Hospitales Generales se han incorporado 166 de un total de 391 que se tienen programados, un mayor número se ubica en Tamaulipas, Tabasco, Guanajuato y Veracruz (33.1%).

Se han incorporado 5 Hospitales de Alta Especialidad de un total de 74 que se tienen programados, dichas unidades son: Universitario de Nuevo León; Morones Prieto de San Luis Potosí; Infantil y de Pediatría en el Distrito Federal; y el Infantil de Tamaulipas.

Como hemos visto, en los Indicadores se ve reflejado de manera clara las características de las personas aseguradas por el Seguro Popular de Salud, que finalmente son la esencia y el espíritu que se establece en los diferentes ordenamientos que regulan su operación.

4.3 Actividades complementarias del Seguro Popular de Salud

En lo que va del año 2005, se han realizado una serie de actividades que refuerzan aún más el Seguro Popular de Salud en aspectos como la cobertura, la infraestructura y el financiamiento.

En lo que se refiere al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, se han realizado reuniones entre el H. Consejo Técnico del Fideicomiso y el Gobierno Federal y que sirvió para llegar a los siguientes acuerdos:

- a) Adquisición de vacunas Antinfluenza.
- b) Adquisición de vacunas Antitretovirales para la prevención del VIH/SIDA.
- c) Compra de Servicios Médicos de Alta Especialidad al Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- d) Compra de Servicios Médicos de Alta Especialidad a los Hospitales Central, Materno Infantil, Matehuala, Río Verde y Ciudad Valles en el estado de San Luis Potosí.
- e) Apoyar la infraestructura médica y el equipamiento de los Hospitales Generales de Fresnillo y de la Mujer, en Zacatecas así como hospitales ancla en la misma entidad.

También se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento de Cáncer en la infancia y en la adolescencia, su objeto es la investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento integral detectado a la población menor de 18 años en la República Mexicana, incluyéndola entre las enfermedades que cubre el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, con cargo a la subcuenta de gastos catastróficos para atender alrededor de 482 casos anuales de Cáncer.

Asimismo, se informa que todas las mujeres que no cuente con la cobertura de las instituciones de seguridad social recibirán sin costo el diagnóstico y tratamiento integral del cáncer cérvico-uterino.

En este año, se tiene registrado el primer trasplante de Médula Ósea con recursos del Seguro Popular de Salud. La persona beneficiada es un adolescente queretense llamado Erasmo León Ordóñez, de 14 años de edad, que padece de Leucemia Mieloide Aguda, la cual le ha impedido continuar con sus estudios.

Dicha intervención quirúrgica tiene un costo de entre 800 mil y un millón de pesos, dinero que será financiado mediante el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.

También se realizó un acuerdo entre la Secretaría de Salud con la Industria Tabacalera, representada por British American Tobacco México, S.A. de C.V., Philip Morris México, S.A. de C.V., y Cigarros la Tabacalera Mexicana, S.A. de C.V., con la finalidad de establecer el mecanismo, características, temporalidad y destino de las aportaciones que efectuarán los productores, comercializadores y distribuidores al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. La contribución temporal al Fondo por periodos será la siguiente:

TABLA NO. 2	
APORTACIÓN DE LA INDUSTRIA TABACALERA AL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS	
PERIODO	APORTACIÓN POR CIGARRO ENAJENADO
1º AGOSTO DE 2004 AL 31 DICIEMBRE DE 2005	2.5 CENTAVOS DE PESO
1º ENERO DE 2006 AL 30 SEPTIEMBRE DE 2006	3.5 CENTAVOS DE PESO
1º OCTUBRE DE 2006 AL 31 DICIEMBRE DE 2006	5.0 CENTAVOS DE PESO

Fuente: Convenio sobre la temporalidad y destino de la aportación temporal al FPGC.

La aportación al finalizar el año 2004, fue de aproximadamente 4 mil millones de pesos.

En cuanto a la cobertura del Seguro Popular de Salud, ya es nacional. Hasta el año pasado, sólo faltaban de incorporarse el estado de Durango y el Distrito Federal. El primero firmó el acuerdo el 25 de enero de 2005.

En cuanto al Distrito Federal, el C. Presidente Vicente Fox Quezada y el Jefe de Gobierno capitalino, Alejandro Encinas, hicieron entrega de las primeras pólizas del Seguro Popular de Salud para las familias del DF. El Seguro Popular de Salud comenzó a operar en las delegaciones Iztapalapa y Gustavo A. Madero, las cuales presentan mayor índice de población de bajos recursos.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud puso en marcha diversas acciones con la finalidad de certificar bajo la Norma ISO 9000 los procesos relacionados con sus actividades primordiales. Se inició a principios de 2004 un proceso para diseñar, desarrollar, implantar y mantener un sistema de gestión de calidad en apego a la norma ISO 9001:2000, que garantice la calidad de sus productos y servicios, de acuerdo a los requisitos y necesidades de sus clientes y beneficiarios y que cumpla con la normatividad del sector público.

En cuanto a la parte financiera, algo que resulta importante recalcar es que entre el 2000 y 2004 se ha registrado una reducción del 30% en el gasto familiar en materia de salud, pasando de 3.7 millones de familias que empobrecían por los gastos en dicho rubro, a 2.6 millones de familias al 2004.

También es importante señalar que el gasto público en salud se incrementó donde el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) pasó de 2.3% en el 2000 a 3% al 2004.

Dentro de las perspectivas que se tienen en torno al Seguro Popular de Salud, es que al final del año 2005, se contempla afiliar a 3.5 millones de personas. Asimismo, la Secretaría de Salud exigirá que se fortalezcan las estructuras organizacionales en los servicios de salud, debido a la rápida expansión del Seguro Popular de Salud, que afilia a 50 mil personas por semana.

Por otra parte, se espera que el gasto en salud continúe en ascenso debido a que se están realizando muchos esfuerzos para incrementar las contribuciones estatales y el presupuesto federal en materia de salud.

Asimismo, se ha enfatizado en el hecho de que si el presupuesto anual que se destina al Seguro Popular de Salud se incrementa para años siguientes, cada año crecerá el catálogo de intervenciones y padecimientos que ocasionan gastos catastróficos. Por ello, en 2006 se pretende incluir la atención de enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, diagnóstico y tratamiento general de cáncer, trasplantes, lesiones graves y rehabilitación de largo plazo.

Por último, se espera que el Sistema de Protección Social en Salud, y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud, reduzcan los desequilibrios señalados en capítulos anteriores, propiciando un círculo que permita¹:

- a) Incrementar la inversión en salud para alcanzar niveles promedio de América Latina.
- b) Modificar la composición de las fuentes de financiamiento, de manera que a mediano plazo el gasto público sea la principal fuente de financiamiento.
- c) Generar mayor equidad financiera entre instituciones a partir de la cuota social.
- d) Producir mayor equidad geográfica, y una mayor transparencia en la asignación y el uso de los recursos a partir de las familias afiliadas por entidad federativa.
- e) Generar el compromiso de cada gobierno estatal con el financiamiento de servicios de salud para las familias afiliadas.
- f) Vincular la asignación de recursos por familia y el gasto en inversión con un plan maestro de infraestructura en salud.

¹ Siete Perspectivas: El Seguro Popular de Salud, Secretaría de Salud, 2005.

CONCLUSIONES

A través de la realización de este trabajo se llegó a las siguientes conclusiones:

El Sistema Nacional de Salud tiene como estrategia asegurar a toda la población mediante tres esquemas: El Seguro Popular de Salud, la Seguridad Social y el esquema de prepago privado.

El Seguro Popular de Salud como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud es un instrumento para reducir los desequilibrios que existen en el Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo de empobrecimiento por gastos en salud.

Entre los beneficios del Seguro Popular de Salud se tiene:

- a) Protección financiera independientemente del nivel de ingreso. Las familias afiliadas al Seguro Popular de Salud están protegidas contra eventos costosos de salud y no tendrán que posponer o renunciar a la atención por esta razón. La disminución del riesgo de enfrentar dificultades financieras por gastos en salud, permite liberar recursos y canalizarlos hacia actividades productivas. Las familias de bajos ingresos obtienen un subsidio importante a través de recursos federales, mientras que familias con ingresos medios y altos, contribuyen con un porcentaje mayor del costo del seguro.
- b) Catálogo de Servicios Esenciales en Salud. Todos los afiliados tienen garantizado un paquete de hasta 154 intervenciones de salud, los medicamentos asociados al mismo y mejores condiciones de acceso a los servicios de salud.
- c) Identificación de la “población abierta”. El Seguro Popular de Salud contribuye a mejorar la identificación de la población y la utilización de los servicios públicos. De esta manera se busca “cerrar” a lo que hoy se conoce como “población abierta”, ofreciendo una opción de aseguramiento, facilitando el seguimiento del estado de salud y enfermedad de los afiliados.
- d) Fortalecimiento de la atención preventiva. Los servicios estatales de salud reciben flujos de recursos por concepto de cuotas de afiliación y subsidios, independientemente de la frecuencia con la que se utilicen los servicios. Los incentivos se ubican en la provisión de atención preventiva lo que disminuirá el número de pacientes que requerirá atención más costosa.

Las reformas realizadas a la Ley General de Salud convierten al Seguro Popular de Salud en el Sistema de Protección Social en Salud, lo que le da un marco regulatorio que le permite obtener mayores beneficios como lo es la asignación de un mayor presupuesto federal.

El Seguro Popular de Salud como ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud, introduce una nueva distribución de los recursos para las entidades federativas mediante la creación de los fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad y de Protección contra Gastos Catastróficos, lo que permitirá un adecuado manejo del financiamiento de los recursos del Seguro Popular de Salud.

El financiamiento para los estados estará determinado en gran medida por el número de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud y por lo tanto será orientado por la demanda

Por último, el Sistema de Protección Social en Salud, pone de manifiesto la débil estructura del Sistema Nacional de Salud, especialmente en recursos financieros, infraestructura y de personal, por lo que el reto es que el Seguro Popular de Salud supere dichas insuficiencias que caracterizan a los servicios de salud, permitiendo cumplir cabalmente con los objetivos que dieron origen a su creación.

ANEXO 1

Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

CATALOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (CASES)

I. Detección y prevención (9)

1. Vacuna oral tipo Sabin
2. Vacuna pentavalente DPT, HB, Hib
3. Vacuna triple viral SRP
4. Vacuna Td
5. Vacuna BCG
6. Detección y diagnóstico de tuberculosis
7. Prevención y promoción de la salud durante la línea de vida
8. Examen físico para mujeres mayores de 40 a 49 años (cada 3 años)
9. Examen físico para hombres mayores de 40 a 49 años (cada 3 años)

II. Medicina Ambulatoria (25)

10. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades exantemáticas de la niñez
11. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la úlcera péptica
12. Diagnóstico y tratamiento de colitis
13. Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal
14. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas
15. Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda
16. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea
17. Diagnóstico y tratamiento de la dermatosis simple, celulitis y micosis
18. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis y pediculosis
19. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis
20. Diagnóstico y tratamiento de otitis media aguda
21. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda
22. Diagnóstico y tratamiento de infección de vías urinarias
23. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis y vaginitis agudas
24. Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
25. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus 2
26. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus 1
27. Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo
28. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito
29. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial
30. Diagnóstico y tratamiento de gota
31. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva
32. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad articular degenerativa
33. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños
34. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia

III. Odontología (3)

35. Prevención de caries
36. Sellado de fosetas y fisuras dentales
37. Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares

IV. Salud Reproductiva (6)

38. Método temporal de planificación familiar: dispositivo intrauterino (DIU)
39. Método permanente de planificación familiar: vasectomía
40. Método permanente de planificación familiar: salpingoclasia
41. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea primaria
42. Atención del climaterio y menopausia
43. Clínica de displasias

CATÁLOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (CASES)	
V. Embarazo, parto y recién nacido (5)	
44. Atención del embarazo normal (prenatal)	
45. Atención del parto normal y puerperio	
46. Atención del recién nacido normal	
47. Cesárea y puerperio quirúrgico	
48. Estimulación temprana del prematuro	
VI. Rehabilitación (2)	
49. Rehabilitación de fracturas	
50. Rehabilitación de parálisis facial	
VII. Urgencias (6)	
51. Diagnóstico y tratamiento general de las intoxicaciones	
52. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación por organofosforados	
53. Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente	
54. Diagnóstico y tratamiento del alacranismo	
55. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos	
56. Manejo de mordeduras y prevención de rabia en humanos	
VIII. Hospitalización (9)	
57. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis	
58. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis	
59. Diagnóstico y tratamiento de meningitis	
60. Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en niños	
61. Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en el adulto mayor	
62. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano	
63. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria	
64. Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto	
65. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias	
IX. Cirugía General (8)	
66. Colectomía	
67. Apendicectomía	
68. Hernioplastia crural	
69. Hernioplastia inguinal	
70. Hernioplastia umbilical	
71. Hernioplastia ventral	
72. Diagnóstico y tratamiento del absceso rectal	
73. Diagnóstico y tratamiento de fistula y fisura anal	
X. Cirugía Ginecológica (3)	
74. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de miomatosis uterina (miomectomía)	
75. Histerectomía	
76. Plastia vaginal anterior	
XI. Cirugía Urológica (2)	
77. Prostatectomía abierta	
78. Resección transuretral de próstata	
XII. Cirugía Oftalmológica (3)	
79. Cirugía de cataratas para uno o ambos ojos (Con extracción y colocación de lente intraocular)	
80. Cirugía correctiva de estrabismo	
81. Resección de pterigión	

Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud), 2004

CATALOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (CASES)

XIII. Cirugía Reconstructiva para Niños (4)

- 82. Cirugía reconstructiva para labio y paladar hendidos
- 83. Diagnóstico y tratamiento de la hipertrofia congénita de píloro
- 84. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del pie equino
- 85. Diagnóstico y tratamiento de la luxación congénita de cadera

XIV. Traumatología (6)

- 86. Diagnóstico y tratamiento de esguinces en extremidades
- 87. Diagnóstico y tratamiento de fractura de clavícula
- 88. Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero (Con osteosíntesis)
- 89. Diagnóstico y tratamiento fracturas de cúbito y radio (Con osteosíntesis)
- 90. Diagnóstico y tratamiento fracturas de tibia y peroné (Con osteosíntesis)
- 91. Diagnóstico y tratamiento de fracturas diafisarias de fémur (Con osteosíntesis)

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

1

¹ Este catálogo incluye las primeras 78 intervenciones del Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME).

ANEXO 2



Dirección General de: (UR responsable de realizar las publicaciones en Internet y en DOF)

Informe de Fideicomisos

Clave de Registro: 20041251001386
Coordinación Sectorial _____
Ramo: 12- Salud

Unidad Responsable -/1: U00 – Comisión Nacional de Protección en Salud
 Información del Acto _____

Denominación Fideicomiso del sistema de Protección Social en Salud

Tipo Acto Jurídico_ 2/: Fideicomiso
Grupo Temático Apoyos Financieros
Tipo Fideicomitente_ 3/: Federal
Fideicomitente_ 4/: Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Fideicomitente_ 5/: Secretaría de Salud
Fiduciario BANOBRAS

Objeto Crear un mecanismo ágil transparente que permita al gobierno federal la aplicación de recursos para apoyar económicamente los tratamientos y medicamentos asociados a los mismos, que se consideren gastos catastróficos que sufran principalmente los

Programa al que está vinculado el fideicomiso o contrato 24 – Programa Nacional de Salud
Ingresos_ 6/ \$ 1,105,868,037.82

Partida presupuestaria con cargo a la cual se aportaron los recursos: 4328 transferencias para aportaciones a fideicomisos y mandatos (asignaciones)
Rendimientos Financieros_ 6/ \$ 27,073,790.53
Egresos_ 6/: \$ 220,785,490.66

Destino: Honorarios fiduciarios \$575,000.00, Hospital Universitario Dr. José Eluterio González \$21,964,618.00, Centro Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA \$74,999,766.29, Servicios de Salud de Zacatecas \$97,000,000.00 Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” \$13,216,386.00 Servicios de Salud en San Luis Potosí \$ 13,027,422.00 y Keyson de México. S. A. de C. V. \$2,297.70

Disponibilidad_ 6/ \$ 1,628,977,876.15
Tipo de Disponibilidad: Valores en Renta Fija

Observaciones:

Responsable (s) de la información:

Nombre: _____

Cargo: _____

Firma: _____

_1/ Unidad Responsable que coordina el acto jurídico o con cargo a cuyo presupuesto se realizan las aportaciones

_2/ Tipo de Acto Jurídico: Fideicomiso, Mandato ó Contrato Análogo

_3/ Tipo de fideicomitente: Federal, Estatal ó Privado

_4/ SHCP como fideicomitente única de la APC, en caso de las dependencias o el nombre de la entidad.

Fideicomisos y Mandatos al 30 de junio de 2005

Tipo/ Ámbito	Fideicomitente o mandante	Denominación	Ingresos (pesos)	Rendimientos (pesos)	Egresos (pesos)
Fideicomiso Público	Hacienda y Crédito Público	FIDEICOMISO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	2,079,859,034.00	75,609,970.12	489,163,994.55

Destino	Disponibilidad (pesos)	Tipo de disponibilidad		Observaciones
Corresponde a aportaciones al Hospital Universitario de Nuevo León por 21, 964,618.00, CENSIDA por 74, 999,766.29, Zacatecas 97, 000,000.00, San Luis Potosí por 26, 243,808.00 y gastos administrativos por 2,297.70. Aportaciones del segundo trimestre a CENSIDA por 120,845,268.02, San Luis Potosí 9,271,190.00, vacuna anti-influenza por 132,248,146.36, tratamiento a leucemia linfoblástica aguda por 5,898,900.00	2,383,021,548.00	Fórmula de la disponibilidad del saldo trimestral de los criterios	DTS	Las cifras que se reportan son las definitivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aspectos Generales de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), Act. Verónica González Guerrero, UNAM, México, 2002.
2. Catálogo de Beneficios Médicos, Secretaría de Salud, México, 2002.
3. Comunicado de prensa Núm. 412, Secretaría de Salud, México, 2005.
4. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, México, 2003.
5. El Seguro Popular de Salud: Siete Perspectivas, Secretaría de Salud, México, 2005.
6. Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México, Enrique Dávila, Serie Financiamiento del Desarrollo Núm. 91, CEPAL, Chile, 2000.
7. Hacia un Sistema Nacional de Salud, Guillermo Soberón, UNAM, México, 1983.
8. Informe del Resultados: Primer Trimestre de 2005, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México, 2005.
9. Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, México, 2005.
10. Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, México, 2005.
11. Noticias sobre el Seguro y el Sector Salud del 06 al 12 de Agosto de 2005, CNSF, México, 2005.
12. Noticias sobre el Seguro y el Sector Salud del 30 de Julio al 05 de Agosto de 2005, CNSF, México, 2005.
13. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, Presidencia de la República, México, 2001.
14. Programa de Acción: Protección Financiera en Salud, Secretaría de Salud, México, 2003.
15. Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaría de Salud, México, 2001.
16. Programa Seguro Popular, CESOP, México, 2005.
17. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, México, 2004.
18. Reglas de Operación del Seguro Popular de Salud, Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, México, 2003.
19. Sistema de atención médica para el asegurado, CNPSS, Secretaría de Salud, México, 2004.
20. Sistema de Indicadores en el Sector Público Caso Práctico: Seguro Popular de salud. Secretaría de Salud, México, 2005.
21. Tesis en 30 días, Guillermina Baena paz, Editores Mexicanos Unidos, México, 2001.
22. www.imss.gob.mx
23. www.presidencia.gob.mx
24. www.salud.gob.mx
25. www.seguro-popular.gob.mx