



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**EL SEGURO POPULAR DE SALUD: 2001-2008.
ALGUNOS CAMBIOS EN EL TIPO
DE ATENCIÓN MÉDICA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA**

P R E S E N T A

IXCHEL JIMÉNEZ JIMÉNEZ

ASESORA: MTRA. CLAUDIA BODEK STAVENHAGEN



MÉXICO, D.F.

2010



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 mi familia por el apoyo y confianza,
así como por su paciencia y ejemplo.*

Gracias.

ÍNDICE.

Introducción.	05
I. Antecedentes. Cuidado de la salud como responsabilidad del Estado.	13
<i>A. Secretaría de Salud.</i>	14
<i>B. Seguridad Social.</i>	22
a) Origen y definición de la seguridad social.	22
b) Adaptación de la seguridad social en México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	26
<i>C. Salud Pública.</i>	35
a) Vínculo Salud y Estado.	35
b) Implicaciones de la Salud Pública.	39
II. Seguro Popular de Salud.	47
<i>A. Planeación del Seguro Popular de Salud (SPS): Fase Pílogo.</i>	48
<i>B. ¿Qué es el SPS y cómo se sustenta legalmente?</i>	56
<i>C. Financiamiento.</i>	62
<i>D. Tipo de atención médica.</i>	73
III. Inconsistencias en la ejecución del Seguro Popular de Salud.	87
<i>A. Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud.</i>	88
<i>B. Catálogo de servicios médicos complementarios al SPS: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Seguro Médico para una Nueva Generación.</i>	96
a) Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).	97
b) Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).	101
<i>C. Alcances del SPS.</i>	105

<i>D. ¿Credibilidad en el discurso del SPS?</i>	122
Conclusiones.	133
Anexos.	146
Glosario.	153
Bibliografía.	156

INTRODUCCIÓN.

Durante el sexenio presidencial de Vicente Fox Quesada, correspondiente al periodo 2000-2006, se impulsó y estableció el Seguro Popular de Salud (SPS) como eje de la política social del “nuevo Estado democrático”, cuyo objetivo era erradicar la marginación en materia de salud por la cual transitaba nuestro país. De esta manera el gobierno federal pretendía dar respuesta a la demanda de atención médica para la población abierta (es decir, la población no beneficiaria o incorporada a las instituciones de seguridad social), la cual representaba más del 50 por ciento de la población nacional, quien recurría a los servicios asistenciales de la Secretaría de la Salud así como a los servicios privados o bien a la medicina tradicional para la atención de su salud.

Después de ser anunciado oficialmente, el SPS se dio a conocer por medio de la televisión, radio, publicidad en la vía pública así como en paradas de autobús, metro, carteles en centros de salud de la Secretaría de Salud (SS), por mencionar algunos; informando a la población sobre los alcances logrados en una etapa inicial del SPS¹ como programa de carácter nacional, así como el hecho de que sería a través de las instalaciones de la SS donde se brindarían sus servicios.

La población marginada (social y económicamente) rural y urbana, al igual que aquellos que hacían uso recurrente de los servicios de la SS, serían los primeros en ser incorporadas al SPS. De tal forma que este primer grupo de población quedaría exento de pago, es decir, no pagarían nada por su aseguramiento y uso de servicios médicos, mientras que al resto de la población se les realizaría un examen socioeconómico para así determinar el monto a pagar por su afiliación, obteniendo como beneficio medicamentos y seguro de vida para el jefe(a) de familia, estableciendo de esta manera una cultura de prepago por un servicio médico prolongado hasta por un año, eliminando así el gasto de bolsillo familiar en materia de atención médica.

¹Un ejemplo de ello, fue la publicidad encontrada en el medio de transporte público Metro entre el 2006 y 2007, la cual señalaba: “Con el gobierno de Fox más de 6 millones de mexicanos cuentan con Seguro Popular”.

A partir de la integración al SPS de toda la población sin seguridad social y fomento al proceso de reafiliación al programa es que la meta durante el sexenio foxista sería el de conseguir para el año 2010 una cobertura total, universal, sobre la población abierta, de tal forma que para ese año toda la población nacional estuviera inscrita a un sistema de salud, pretendiendo así aplicar un modelo universal de acción médica. No obstante, el SPS sería de carácter voluntario, puesto que la población podía elegir afiliarse a él o no, por lo que con SPS se daría a la población la “libertad” para ejercer su derecho a la protección de la salud.

Dicha connotación universal se dividiría en dos rubros, por una parte enfocada a la cuestión de integrar a un sistema formal de salud a la población sin seguridad social, mientras que por otro lado se garantizaba igualdad en acceso a servicios de salud a toda la población afiliada a partir del establecimiento de un catálogo básico de intervenciones médicas (Catálogo Universal de Servicios de Salud). El SPS plantearía combatir el problema de cobertura de atención médica debido a que pretendía llegar no solo a la población de bajos recursos, pobre, sino también cubrir a diferentes grupos o colectivos sociales, tal sería el caso de los autoempleados o pequeñas sociedades que no logran incorporarse al esquema de la seguridad social; sin embargo, no se planteaba el terminar con el problema de salud en el sentido de resolver los problemas financieros y estructurales de las instituciones públicas de salud, así como erradicar los elementos que contribuyen al surgimiento y prolongación de la enfermedad; no se hablaba tampoco de la creación de un entorno saludable en el que se brindarán servicios que permitieran mejorar la condición de salud de los individuos y las comunidades.

A diferencia de los servicios que brindan las instituciones de seguridad social, las cuales no se limitan a la atención médica sino que también fomentan el fortalecimiento del tejido social a partir de actividades de convivencia (como lo son el deporte o actividades artísticas) que permiten crear los medios propicios para la conservación de la salud, el SPS parece restringirse únicamente a la parte médica o de acceso a servicios médicos, lo cual permite observar que ha cambiado la forma como el Estado comprende la salud y los mecanismos para preservarla. Por

lo que resulta imprescindible el considerar que los cambios estructurales realizados el sector salud responden al tipo de Estado, puesto que éste define prioridades y necesidades; además también se deberá de retomar la presión que algunas instancias internacionales han ejercido sobre lo que debe ser atendido por el Estado. Esto debe de considerarse dada la rapidez con la cual se estableció como reforma de ley, puesto que en el 2001 se desarrolló como programa piloto en cinco estados de la República y en el 2004 se integró en la Ley General de Salud el Sistema de Protección Social en Salud (Artículo 77bis), del cual el SPS sería la parte operativa.

Ya que así como la seguridad social cobró fuerza durante el estado benefactor, cuya finalidad era asegurar la salud para fortalecer la fuerza de trabajo, el SPS se desarrolla bajo un estado neoliberal que se enfoca en disminuir las responsabilidades del Estado sobre la población creando con ello sistemas o mecanismos que cubran necesidades básicas sociales, responsabilizando al individuo completar dichos necesidades.

- *Hipótesis:*

Se mostrará que el SPS surge como resultado de los procesos de transformación en el sector salud posibilitados por el cambio de modelo de Estado, al tiempo que se perfila como detonador de cambio en el tipo de atención médica, el cual apunta a un servicio de salud parcial y no integral, por lo que no soluciona el problema de salud en nuestro país, tanto en cobertura poblacional y geográfica, como de intervenciones médicas y abasto de medicamento. De tal suerte que necesitará de la adherencia de diversos programas sociales para poder asegurar no solo la calidad y eficacia de la atención médica que otorga sino también la efectividad de la cobertura universal. Evidenciándose una transición de la atención a la salud tanto en el ámbito de necesidad social a una individual, como de un servicio médico abierto, o asistencialista, a uno restrictivo.

▪ *Método:*

El método implementado en el presente trabajo es a partir de una investigación documental para con ello poder describir el SPS desde su fase piloto, 2001, hasta sus alcances como ley al cierre del 2008, y con ello poder abordar algunos cambios en el tipo de atención médica propiciados con la implementación del SPS.

▪ *Objetivos:*

- Conocer a qué tipo de modelo de desarrollo en materia de salud responde el SPS, contemplando los factores que intervinieron en la transición de la salud del ámbito social al individual.
- Conocer la estructura y organización del SPS, señalando si éste permite un acceso eficiente y oportuno de los servicios de salud que comprende a su población afiliada.
- Conocer el alcance en cobertura poblacional y geográfica del SPS, así como conocer si la atención médica que ofrece es integral y especializada o bien restrictiva y estandarizada.
- Señalar si el SPS logra desarrollar una definición más completa de la salud y la forma de atenderla que la comprendida por la seguridad social y salubridad.
- Conocer si el SPS eliminará la marginación en materia de acceso a servicios públicos de salud, y satisfacer las necesidades de salud de la población abierta.
- Señalar cómo se ha desarrollado la infraestructura del SPS.
- Conocer si el SPS es un programa acabado tanto en el ámbito normativo como en el práctico.
- Señalar si el SPS es un sistema innovador o bien es el resultado del proceso de transformación del sector salud.

Para comprender cómo la sociología se vincula con la salud y la medicina es necesario considerar la siguiente interrogación: *¿cómo la incidencia y prevalencia de la enfermedad se relaciona con la ubicación de los individuos en la*

sociedad?². Por lo que la atención a la salud se comprenderá como una necesidad social por el simple hecho de que la enfermedad se presenta debido a las condiciones compartidas de vida entre la población, o comunidades, de tal forma que la sociología médica se plantea como un mecanismo mediante el cual se puede explicar la salud a partir de lo social. Cabría mencionar que el material bibliográfico en español de sociología médica es escaso, teniendo acceso a trabajos de autores como Howard E. Freeman³, Sol Levine y Leo G. Reeder (como coordinadores), Rodney M. Coe y Asa Cristina Laurell.

La medicina social comenzó a plantear *la necesidad de estudiar la relación entre el estado de salud de una población o comunidad definida y las condiciones de vida determinadas por la posición social*⁴. En 1776, el médico alemán Johann Peter Frank, pionero de la medicina social y salud pública, estableció que las medidas que el gobierno debía tomar para proteger la salud tanto de grupos sociales como del individuo debían encontrarse en una policía médica, puesto que la conservación de la salud debía perseguir el bienestar social de los sectores más pobres, quienes eran los más propensos a enfermar y acentuando su grado de pobreza. De tal forma que el mecanismo para fomentar la salud y combatir la enfermedad debía darse a partir de un estudio compartido entre lo social y lo médico con la participación o acción gubernamental puesto que varias enfermedades surgen por factores del medio social, siendo entonces que la concepción social de la enfermedad se determinará también a través de la frecuencia con la que ésta se presente.

A partir de la inserción de la sociología en la medicina se consideró que dependiendo de la clase social o ubicación del individuo o colectivos en el sistema social, cultural y económico es que se comprendería y enfrentaría a la salud y la enfermedad; siendo que la concepción de necesidades de salud son distintas debido a la diversidad de grupos sociales que existen en una misma nación, aunque en términos generales el gobierno será el encargado de plantear los

² Cfr, Freeman, Howard E., Sol Levine y Leo G. Reeder (coordinadores), Manual de Sociología Médica, Secretaría de Salud, FCE, México, 1998.

³ Como respaldo a la sociología médica se consiguió material de medicina social de éste autor.

⁴ Cfr. Freeman, Howard E., op. cit, 1998.

lineamientos para considerar quién está enfermo, por lo que el grado de información que la población tenga respecto a los síntomas de la enfermedad determinará el tipo de servicios de salud a solicitar: preventivo o curativo. La sociología en el medicina contribuye al estudio de la distribución y determinantes de la enfermedad entre los individuos y comunidades, apoyando así los estudios epidemiológicos, lo cual ayuda a los gobiernos a determinar en un programa médico qué servicios son necesarios, establecer la manera óptima para ofrecerlos y el costo de los mismos.

Por lo tanto, la forma como se concebirá y enfrentará a la salud y la enfermedad dependerá del contexto, situación económica y social, por la que transitan las naciones. Siendo entonces que para poder comprender la evolución de la salud en México, las forma de atenderla y al tipo de estado al que respondían, se utilizarán a autores que nos permitan comprender la seguridad social en nuestra país (ya que ésta en particular posibilitó el incremento y formalización de servicios de salud), tal es el caso de José Narro Robles⁵ y Fernando Solís Soberón⁶. Mientras que para comprender el derecho a la salud a partir del proceso salud-enfermedad se recurrirá a documentos de la Organización Mundial de la Salud así como de trabajos de Guillermo Soberón Acevedo⁷, Gustavo Malogón-Londoño⁸ y de Rafael Álvarez Alva⁹. Para poder abordar la descentralización del Estado mexicano, el cual evidenció la transición de Estado Benefactor al Neoliberal, enfocado en materia de salud se utilizaron autores como Olivia López Arellano y José Blanco Gil¹⁰ así como de Blanca Torres¹¹, además de algunos textos de la CEPAL.

⁵ Narro Robles, José. La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI. FCE, México, 1993.

⁶ Solís Soberón, Fernando y F. Alejandro Villagómez. La Seguridad Social en México. Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE), FCE, México, 1999.

⁷ Soberón Acevedo, Guillermo. Derecho constitucional a la protección de la salud. Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.

⁸ Malogón-Londoño, Gustavo y Ricardo Galán Morera. La salud pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones. Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2002.

⁹ Álvarez Alva, Rafael. Salud pública y medicina preventiva. El Manual Moderno, 3° edición, México, 2002.

¹⁰ López Arellano, Olivia y José Blanco Gil. La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, 1° edición, 1993.

¹¹ Torres, Blanca. Descentralización y democracia en México. El Colegio de México, México, 1° edición 1986.

Ciertamente para la elaboración del presente trabajo se tuvo que realizar la recopilación de toda una serie de documentos, tanto oficiales como históricos y teóricos, para poder desmenuzar al SPS, transitando desde la historia de la salud en nuestro país, surgimiento de la seguridad social, transformación del Estado, aplicación de estándares internacionales en materia de políticas de salud hasta el origen, establecimiento e implicaciones del SPS, para poder mostrar que los cambios en el tipo de atención médica se encuentran vinculados al tipo de estado, tipo de esquema económico y situación social.

Por ello es que este trabajo se encontrará dividido en tres capítulos, que si bien responden a un esquema descriptivo también nos permitirán analizar el trasfondo bajo el cual se insertó el SPS y los alcances de éste en materia de cobertura y atención médica.

El primer capítulo estará enfocado a mostrar los antecedentes referentes a la salud como responsabilidad del Estado, es decir la institucionalización de la salud en nuestro país, abordando de forma breve la historia de la SS, así como la transformación y descentralización del sector salud. También se abordará la seguridad social y su implementación en nuestro país, dado que ésta jugó un papel fundamental entorno a la salud, puesto que la socializó y fomentó el fortalecimiento del tejido social a partir de la creación de actividades recreativas de integración en pro de la conservación de la salud. Se abordará al Instituto Mexicano del Seguro Social, en tanto que éste es el mayor exponente de la seguridad social en nuestro país, por su organización, infraestructura y participación solidaria en servicios médicos para la población marginada indígena, rural y urbana a partir del Programa IMSS-Oportunidades. Y por último se planteará la importancia de la salud pública no solo para la conformación de un sistema nacional de salud, sino también porque ésta permite definir qué se entiende por salud y los elementos para conservarla y tratarla, proceso salud/enfermedad, así como la influencia de estándares internacionales para la definición de la salud y formas de preservarla.

En el segundo capítulo, se describirá la estructura y organización del SPS, antecedentes, justificación y planeación, la reforma a la Ley General de Salud por

medio de la cual se estipula que el Estado deberá garantizar la protección de la salud, al eliminar el pago al momento de solicitar o acceder al servicio médico así como la no discriminación de servicios médicos. También se abordará el esquema para el financiamiento, a partir del establecimiento de las características de la participación federal, estatal y familiar. Por último, se describirá la evolución del catálogo básico de intervenciones del SPS así como el tipo de atención médica que ofrece a sus beneficiarios.

En el tercer capítulo se expondrán realidades e inconsistencias en la ejecución del SPS al cierre del 2008, primeramente su fortalecimiento como programa de carácter nacional y no sexenal expuestos tanto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y Programa Nacional de Salud (PNS) correspondientes al periodo 2001-2006 y 2007-2012. De igual forma, se describirán dos catálogos complementarios que permiten fortalecer al catálogo de intervenciones médicas que ofrece directamente el SPS: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). Posteriormente se mostraran los alcances del SPS en cobertura a nivel estatal y nacional respecto al acaparamiento de la población abierta, y su respectiva comparación de población marginada rural e indígena respecto al Programa IMSS-Oportunidades. Por último, se mencionarán algunas adaptaciones o correcciones que ha presentado el SPS en el transcurso de su ejecución, así como del discurso bajo el cual se ha respaldado.

Una vez establecido el panorama sobre el cual se desarrollo el Seguro Popular de Salud (SPS) respecto a condiciones, objetivos, características, implicaciones y alcances para el desempeño del éste, podremos tener elementos para sustentar que el SPS forma parte esencial de una política de salud que pretende someter la atención médica a las restricciones de servicios médicos estandarizados y generalizados, descontextualizando así la salud, apegándose a un sistema en el cual el Estado ofrece un reparto de mecanismos mediante los cuales el individuo puede atender su salud, cumpliendo con ello el derecho a la protección de ésta siendo entonces responsabilidad del individuo el incorporarse a alguno de dichos esquemas para con ello preservar su estado de salud.

I. ANTECEDENTES.

CUIDADO DE LA SALUD COMO RESPONSABILIDAD DEL ESTADO.

En el presente capítulo se pretende mostrar, de forma sintética, el proceso bajo el cual se organiza e institucionaliza la salud en México, como lo son el surgimiento de la Secretaría de Salud (SS) y la seguridad social, enfocándose primordialmente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); ya que éste enfoca sus servicios para la población que trabaja en el sector formal privado de la economía, ejemplificando más claramente la adaptación de la seguridad social en nuestro país, abordando de ésta institución la aplicación de programas solidarios de atención médica para población marginada indígena, rural y urbana.

A su vez, se motrara su estracha relación con la conceptualización que el Estado desarrolla de la salud pública, puesto que con ella se coordinan y establecen las necesidades en salud que el gobierno debe de garantizar a sus ciudadanos. De tal forma que se logrará observar la transición de un Estado proveedor en materia de atención médica, a uno que restringe su participación al únicamente regular los servicios de salud.

Dicho recuento del sector salud nos permitirá comprender no solo qué tipo de atención médica el Estado venía otorgando, manifestando así su definición de la salud, sino también nos permitirá comprender el medio bajo el cual surge y establece el Seguro Popular de Salud (SPS). De ahí la necesidad de respaldarnos en la historia, ya que éste suceso no puede considerarse como un evento ajeno a la cambiante realidad social.

La ciencia social se interesa por las personas que estén enfermas o sanas, no por la enfermedad misma. Por otra parte tiene que ver de manera específica con la sociedad: con personas que viven en grupos y con la estructura, función, cambio o acción de dichos grupos.¹²

De tal forma que nos respaldáremos en la esencia de la sociología médica (sociología en la medicina y sociología de la medicina) así como de la medicina social. De la primera retomaremos su apego al proceso histórico, ya que se

¹² Freeman E. Howard, Sol Levine y Leo G. Reeder (coordinadores), Manual de Sociología Médica, Secretaría de Salud, FCE, México, 1998, p. 17-18.

comprenderá a la salud como una necesidad social dado que se contempla que tanto los individuos como los grupos sociales comparten condiciones de vida permitiendo así distinguir entre salud y enfermedad. Mientras que de la sociología médica se podrá rescatar la relación existente entre incidencia y prevalencia de la enfermedad sobre el individuo o grupos de la sociedad acorde a su situación económica, social y cultural, así con ello podremos comprender un poco más acerca de la lógica que el Estado desarrolla en la aplicación de programas o sistemas de salud. Al mismo tiempo la sociología médica analiza no sólo la operatividad de la institución prestadora del servicio médico (hospital, clínica) sino también a la institución normativa o administrativa, quien se encarga de autorizar programas de salud, recursos financieros y humanos, a la que se someten las unidades de salud.

Por otra parte, la medicina social al considerar la relación entre salud de cierto sector de la población con las condiciones de vida acorde a su ubicación en el contexto social, nos permite comprender la focalización no solo de los programas de salud sino de la diversidad de las instituciones de salud. De igual forma se contempla la relación social entre salud y enfermedad, ya que aún cuando el Estado establezca sus definiciones, la población la comprenderá a partir de su situación cotidiana, generando disparidad entre lo que el gobierno ofrece como servicios médicos y lo que la población realmente requiere y solicita en materia de atención médica. Comprendiendo la importancia de la revisión histórica del sector salud podemos continuar con su exposición.

A. Secretaría de Salud:

Para poder comprender la evolución de la formalización de la salud en nuestro país es necesario el conocer la institucionalización de la misma o bien la forma en la que el Estado mexicano se responsabilizó de ella, de ahí que sea necesario conocer el surgimiento de la Secretaría de Salud (SS), dado que ésta es la piedra angular de la atención, o cuidado, de la salud de los mexicanos.

La historia de la SS consta de varios procesos, a partir de modificaciones e integraciones de diferentes criterios que permitirían conformar de manera formal

nuestro sector salud, además cabe destacar que cada uno de dichos procesos corresponde a las necesidades específicas de la época. Se debe de contemplar que las modificaciones por las que transito la SS se encuentran ligadas al proceso de consolidación y transformación del Estado, ya que a partir de esos procesos se establecían las responsabilidades en salud que éste observaría.

Proceso de conformación de la Secretaría de Salud.

- 1846** ▶ *Consejo Superior de Salubridad.*
- 1873** ▶ *Juntas de Salubridad por Estado y Juntas de Salubridad en Puertos.*
- 1917** ▶ *En el Artículo 73 de la Constitución Política se establece la creación del Departamento de Salubridad y del Consejo General de Salubridad.*
- 1934** ▶ *Entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad.*
▼
Con la acción conjunta entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados, permitiendo la creación de Servicios Coordinados de Salud Pública; integrando a todos los niveles de gobierno y unificando técnicas en materia de servicios.
- 1937** ▶ *Se crea la Secretaría de Asistencia.*
- 1943** ▶ *Se fusiona la Secretaría de Asistencia con el Departamento de Salubridad creando la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).*
- 1947** ▶ *Con la Ley de Secretarías y Departamentos se le otorgó a la SSA las facultades para administrar, organizar, dirigir y controlar las prestaciones de los servicios de salud.*
- 1954** ▶ *Al crearse la Comisión Nacional de Hospitales, se encomendó la tarea a la SSA de orientar programas de construcción y organización de unidades hospitalarias.*
- 1977** ▶ *Se estableció el Sector Salud a partir de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, cuya finalidad apuntaba a asegurar la coordinación operativa y control de las entidades que actuarían en materia de salud.*
- 1983** ▶ *Se establece el derecho a la protección de la salud como un garantía social en el Artículo 4° de la Constitución*
▶ *También se estipuló que la SSA debía de encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.*
▼
Con ello, el Sector Salud integró todas las entidades e instituciones de la Administración Pública Federal teniendo ahora como coordinadora a la SSA.
▶ *Comienzan a establecerse lineamientos para la descentralización de los servicios de salud.*
- 1984** ▶ *Se establece el Sistema Nacional de Salud (mecanismo mediante el cual se norma y estandariza los programas de carácter nacional así como estrategias a nivel estatal-local) bajo la vigilancia de la SSA.*

	▶ <i>También se aprueba el Programa Nacional de Salud.</i>
1985	▶ <i>La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se transforma en la Secretaría de Salud (SS).</i>
1988	▶ <i>La entonces Secretaría de Programación y Presupuesto promulgó políticas de racionalización de recursos, por lo que en ese año la Secretaría de Salud el esquema para atender necesidades existentes¹³.</i>
2004	▶ <i>Se insertó en la Ley General de Salud el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).</i>

Siguiendo la secuencia del cuadro, durante el primer proceso en el que se intento estructurar y formalizar los servicios de salud se tendió a enfocarse a la atención del campo epidemiológico. Posteriormente, una vez que el Estado mexicano logró establecerse como órgano rector de la vida nacional es que los servicios de salud fueron expandiéndose tanto en materia de tipo de atención médica como entre grupos de población y áreas geográficas.

Una vez alcanzada la institucionalización de los servicios de salud, se establece que la finalidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA¹⁴) se orientaría a satisfacer las necesidades en materia de salud de la población, además de consolidar el fortalecimiento del Estado como proveedor de satisfactores en forma de servicios, al tiempo que respondía ante las nuevas demandas provocadas por el desarrollo social y económico en materia laboral. Por tanto, quedaba a cargo de la SSA el combate a epidemias y problemas específicos de salud; es decir, su función radicaría en brindar a la población enferma (de forma individual) atención médica (aunque no establece que sea de forma integral o específica), ya que así se mantendría una población sana y, por tanto, productiva.

La SSA, por consecuencia, se comprometería a atender todos los problemas relacionados con la salud, sanidad e higiene a nivel nacional. Sin embargo, esto también implicó el inicio de la marginalidad en materia de salud, ya que surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1943), el cual brindaría

¹³ Cfr, Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, Diario Oficial, Segunda Sección, Secretaría de Salud, México, 2006.

¹⁴ El desarrollo y funcionamiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia respondía directamente a las características del Estado Benefactor, en el cual es el Estado el encargado de brindar todos los servicios que permitan satisfacer las necesidades sociales.

servicios a un sector específico de la población: trabajadores asalariados, proporcionando un servicio integral y en cierta forma mantendría un control sobre su población derechohabiente. Esta separación de servicios de salud para la población asegurada y la marginada, o abierta, implicó una duplicación en las funciones normativas y presupuestarias, provocando, a futuro, el fomento a la inequidad en la atención médica¹⁵. Además de esta atención desequilibrada, con esta separación de la atención médica, se creó un sistema burocrático que fomentaba el desvío de recursos.

Posteriormente, con la creación de la Secretaría de Salud (SS) se reforzó el papel del sector público, al encargarse esta instancia de la creación y aplicación de programas para mejorar el estado de salud de la población, como sería el caso del control sobre el Sistema Nacional de Salud, así como del incremento y coordinación de la infraestructura médica.

Aunque durante un largo periodo el Estado se encargó de cubrir las necesidades en salud de la población otorgando un servicio abierto, en el sentido de que en cualquier momento la población podía recurrir a los servicios públicos de salud requiriendo de cualquier servicio (no asegurándose la existencia del equipo necesario), el Estado comenzó a delimitar su intervención en el campo de la salud, debido a los altos costos que ésta representaba. De tal forma que en la década de los ochentas la SS puso en marcha las estrategias de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada; se integraron orgánicamente los servicios federales con los locales en 14 estados. Este proceso se revitalizó entre 1995 y 2000 con la firma del Acuerdo Nacional para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, creándose los Organismos Públicos Descentralizados responsables de la prestación de los servicios, transfiriéndose los procesos de programación, supervisión y evaluación en materia de salubridad general, así como diversas actividades de regulación y fomento sanitario, los bienes muebles e inmuebles, los recursos humanos independientemente de la homologación de las plazas estatales.

¹⁵ También debía considerarse a la atención médica fuera del IMSS como la de PEMEX, la banca (por lo general eran seguros privados), Ferrocarriles Nacionales, Comisión Federal de Electricidad, trabajadores de la Secretaría de Hacienda, etc.

También en 1995, la SS puso en marcha la extensión de cobertura por medio del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), al tiempo que se desarrollaban programas de ampliación de cobertura focalizados hacia la población de escasos recursos, tanto rural como urbana.

La descentralización formó parte de un proceso de cambio estructural para transferir la prestación de servicios a instituciones más cercanas a las necesidades y permitir a la federación dedicarse a la normatividad y al financiamiento. Una nueva Secretaría de Salud (SS) se constituyó con el apoyo de una amplia reforma jurídica que incluyó la enmienda constitucional para reconocer el derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud¹⁶.

Con el proceso de descentralización de los servicios de salud el Gobierno Federal dejaba de encargarse directamente de brindar atención médica a la población abierta, ya que ahora cada estado se haría responsable sobre la salud de su población, aunque coordinados y vigilados por la SS. Este proceso de descentralización¹⁷ se encontraba fuertemente ligado con el declive del Estado Benefactor e inserción del Estado Neoliberal, ya que se argumentaba que con el anterior modelo no se había logrado erradicar del todo la desigualdad social, dado que los servicios o bienes sociales se habían estancado en una fase restrictiva al depender en gran medida de la seguridad social generando además lentitud en la universalización de los propios servicios. El Estado Benefactor resultaba ser ineficaz, de acuerdo con la naciente propuesta económica y política neoliberal, puesto que fomentaba un monopolio económico estatal al insertar los intereses particulares en un sólo esquema en lugar de responder a la demanda de los individuos con potencial económico, además este modelo era ineficiente desde el punto de vista de no erradicar la pobreza y fomentar la dependencia de la población, de escasos recursos, sobre el Estado.

¹⁶ Solís Soberón, Fernando y F. Alejandro Villagómez, La seguridad social en México, Centro de Investigaciones y Docencia Económica (CIDE), FCE, 1999, México, p. 65.

¹⁷ Cfr, Asa Cristina Laurell, La reforma contra la salud y la seguridad social. Ediciones Era, Fundación Friedrich Ebert, México, 1997. Considerando que la descentralización se puede presentar por: restricciones en las funciones del gobierno central a la regulación así como de la normatización de la regulación de la prestación de los servicios de salud, el traslado de responsabilidades de carácter político respecto a las prestaciones de los servicios tanto a nivel estatal como municipal, o bien por la reestructuración del financiamiento público de los servicios y con ello poder incrementar la recaudación a nivel local.

Los defensores del nuevo liberalismo abogaban que era el mercado el mejor mecanismo para asignar los recursos económicos y satisfacer la necesidades de los individuos. Aunque todo este discurso en realidad se encontraba enfocado en disminuir la intervención del Estado en el ámbito social, recortando responsabilidades de éste hacia la población, viéndose reflejados en disminución tanto de gastos e inversión en el sector público.

Además, con el proceso de descentralización del Sector Salud el término asistencialista se sustituía por el de derecho social, presentándose una transición en la esencia del servicio en salud, ya que éste deja de ser transitorio y caritativo para ser un servicio formalizado cuyo acceso se asegura para toda la población, aunque dichos servicios se ven enfocados más hacia la población en situación de pobreza, ya que el Estado se responsabiliza y deja a los servicios directos de la SS como el medio a través del cual ésta población puede atender su salud.

Sin embargo, para finales de los noventas, la SS¹⁸ se definiría como una dependencia orientada netamente a establecer criterios normativos y acciones de coordinación; al tiempo que se establecía que el Consejo de Salubridad General quedaría a cargo del Presidente de la República, teniendo éste el rango de autoridad sanitaria con funciones normativas y consultivas¹⁹.

Dentro de las últimas reformas o modificaciones a la Ley General de Salud, se encuentra la aprobada por el H. Congreso de la Unión el 15 de mayo de 2003, en la cual se consolida como oficial y de carácter nacional el Sistema de Protección Social en Salud, parte legal y administrativa del Seguro Popular de Salud:

¹⁸ A la Secretaría de Salud se le anexaría la consolidación de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial, bajo su cargo se encontraban el Secretario del Consejo Nacional de Salud, Direcciones Generales de Asuntos Internacionales, de Extensión de Cobertura y de Enseñanza en Salud, Coordinación de Salud Mental, Centro Nacional de Rehabilitación; de igual forma se consolidaría la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, quedando a su cargo las Direcciones Generales de Salud Reproductiva, Promoción de la Salud y de Estadística e Informática.

¹⁹ Cabe mencionar que durante el periodo 1994-2000 se creó la Dirección General de Normas, Supervisión y Desarrollo de los Servicios de Salud, con finalidades normativas para el desarrollo de los servicios de atención médica. En ese mismo periodo las Coordinaciones de los Institutos Nacionales de Salud se transformaron en la Coordinación Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud. Además en 2001, la Secretaría de Salud propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), mediante el cual se enfatizaría aspectos gerenciales y administrativos para permitir la flexibilización en la operación de los servicios de salud a través de los organismos públicos descentralizados.

...representa un paso trascendental y un avance significativo para responder a la demanda de servicios de salud de la población mexicana. En ella se establecen las bases para desarrollar nuevos mecanismos de acceso integral a los servicios de salud públicos bajo un sistema de aseguramiento universal en salud para quien no tiene acceso a la seguridad social. La expresión concreta es la creación de un Sistema de Protección Social en Salud que establece las bases equitativas para la aportación y concurrencia de recursos destinados a la atención de la salud²⁰.

Todas las modificaciones que el Estado realizó al sector salud fueron a partir de una lógica de reestructuración organizacional en la SS, con la finalidad de lograr implementar una coherente política pública y un eficaz Sistema Nacional de Salud (SNS), de tal forma que los objetivos que se pretendían alcanzar giraban entorno a:

- Delimitar las funciones de rectoría de la prestación de servicios de salud.
- Garantizar la eficacia operacional y optimizar los recursos, eliminando duplicidad de funciones.
- Privilegiar el funcionamiento de las áreas sustantivas, reduciendo áreas administrativas.
- Percibir la modificación de la estructura orgánica de la Secretaría de Salud como un proceso permanente, en función de los tiempos técnicos, las restricciones presupuestales y el dinamismo de los cambios de contexto²¹.

Las reformas que se han implementado en materia de salud buscan en realidad disminuir la responsabilidad del Estado para garantizar servicios completos de salud, pues se establecen líneas de acción generalizadas y de bajos costos, las cuales quedan sustentadas tanto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) como en el Programa Nacional de Salud (PNS).

Aún cuando la SS tiene estipulada su cobertura bajo un respaldo legal (Ley General de Salud) en la que se establecen los parámetros de la salubridad general contenidos en programas de salud así como un acceso libre de los servicios de salud, la población no ha logrado hacer efectivo su derecho a la protección de la salud dado que el Estado no atiende eficazmente el abasto en equipo a las unidades médicas. En esencia, ningún nuevo sistema de salud podría garantizar

²⁰ Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, op. cit, p. 07.

²¹ Ídem, p. 08.

una cobertura en intervenciones médicas tan abierta como la SS, ya que en ésta se encuentran implícitos los servicios de la salubridad general.

Los servicios asistenciales que ofrece la SS están disponibles con base en la libre demanda y, en menor grado, por medio de la entrega comunitaria de servicios preventivos. Para regular el acceso la SS norma un tabulador de precios móviles, cuyas tarifas se modifican en función de la capacidad de pago del demandante. Para ello cada vez que se solicitan servicios se lleva a cabo un estudio socioeconómico, por medio del cual se ubica al paciente en una de cuatro categorías, que van desde la gratuidad hasta un tope. En el medio rural la SS norma la gratuidad de todos los servicios, aunque algunas autoridades municipales llegan a aplicar cuotas uniformes, sobretodo en donde éstas han asumido alguna responsabilidad por el mantenimiento de las unidades²².

No obstante, aún cuando la SS presenta flexibilización para el pago por el servicio médico, el cual va desde la gratuidad hasta el pago de una cuota acorde a la situación económica del individuo, el servicio médico no se negaba. Y aún cuando a nivel estatal se llegaba a realizar cobros por el servicio médicos, se mantenían campañas gratuitas de salud: planeación familiar, vacunación, rehidratación oral, atención de urgencias.

Pese a que la SS ha implementado programas de ampliación de servicios de salud a través de estrategias ambulatorias de cobertura, la población de escasos recursos no utiliza por completo los servicios otorgados, sobretodo si contemplamos que los obstáculos que se presentan para el acceso de los servicios médicos se relacionan con aspectos económicos (medicamentos, costos de los servicios, imposibilidad de dejar el trabajo por falta de ingresos), geográficos (lejanía, ausencia de servicios en la localidad) u organizacionales (como podría ser la desconfianza sobre la calidad de los servicios por parte del paciente).

Una vez que se logró mostrar la importancia de la SS, entendida ésta como órgano rector de la atención de la salud a nivel nacional y como eje de la institucionalización de la salud en nuestro país, podemos abordar el papel que jugó la seguridad social en materia de salud así como su adaptación en nuestro país, reflejado principalmente en el IMSS; y así con ello poder observar la

²² Solís Soberón, Fernando y F. Alejandro Villagómez, op. cit, p. 69.

evolución tanto del concepto de la salud como de los mecanismos para conservarla.

B. *Seguridad Social:*

En el presente apartado se abordará el surgimiento de la seguridad social así como su adaptación en México con la finalidad de mostrar la importancia que éste jugó en la conceptualización y conservación de la salud en un sector específico de la población, la clase obrera. Y a pesar de enfocarse a un grupo, se pretende rescatar los aportes que ésta trajo para comprender a la salud y los servicios para conservarla.

a) Origen y definición de la Seguridad Social.

La seguridad social surge en Europa a finales del siglo XIX, fortaleciéndose a principios del siglo XX, dirigida primeramente ha amparar al individuo ante imprevistos, en materia de salud, de la vida diaria, promoviendo su bienestar, para posteriormente definirse como un instrumento del Estado Moderno que permitiría diseñar las necesidades de una colectividad.

El Sistema de Seguros Sociales nace en Alemania, durante el periodo de Otto Von Bismark, a finales del siglo XIX, desarrollándose primeramente un sistema de protección para los alemanes enfocado para aquellos que servían en las fuerzas armadas, con la finalidad de protegerlos contra los riesgos que alterarían la vida del individuo, como lo son: enfermedad, invalidez, cesantía, vejez, para así poder disminuir el impacto económico sobre la familia. Posteriormente, se crearía la Ley del Seguro de Enfermedad en 1883, el cual se ligaría con las necesidades de la clase trabajadora-obrera como consecuencia del proceso industrializador; siendo que más tarde se asociaría al Sistema de Seguro Sociales con un sistema de pensiones y servicios. Este tipo de sistema de seguridad se adoptaría en otras naciones capitalistas cuyas condiciones laborales, sociales y de desarrollo económico eran similares, para con ello poder combatir las crecientes ideas socialistas, implantándose de esta forma la seguridad social obligatoria, al tiempo que se establecía la participación de empleadores dentro de la contribución

económica, puesto que estos aportarían cierta cuota por trabajador dirigida a los servicios o beneficios de la seguridad social.

La esencia de la seguridad social es la aportación de cuotas por parte de los trabajadores sanos – extendida después a los ámbitos patronal y gubernamental- a fin de obtener el derecho a servicios de parte de proveedores de mayor calidad que los disponibles para los pobres y a precios aceptables que podían negociarse en virtud de que el asegurador compraba un volumen. Se establece también un sistema de contribución progresiva, en el que quienes más perciben más contribuyen.²³

La seguridad social terminaría orientándose hacia la clase obrera, otorgándoles servicios de salud para así conservar su estado de salud y con ello asegurar la fuerza de trabajo, fortaleciendo así el desarrollo industrial. Por ello la seguridad social se llegía a comprender como un derecho (social) fundamental así como un instrumento que manifestaba el “progreso social” de las naciones.

Aunque la seguridad social cobra lógica bajo el proceso de industrialización, en el caso de nuestro país la seguridad social cobra gran fuerza durante el auge del Estado Benefactor, ya que se hacía énfasis sobre las necesidades que el Estado debía satisfacer en materia de servicios que la población trabajadora no podía satisfacer por sí misma.

Los objetivos de la seguridad social perseguían:

- Mantener la calidad de vida a partir de la superación de la pobreza.
- Reducción de las desigualdades.
- Redistribución del ingreso.
- Integración social (fortalecimiento del tejido social a partir de la solidaridad social y el entendimiento del servicio como un derecho).
- Eficiencia (evitar el desvío de recursos).
- Factibilidad administrativa (evitar la corrupción).

Aunque la seguridad social comenzó como un seguro para dar servicios de salud a la población trabajadora, obrero, en caso de perder su estado actual de salud, se comenzaron a tomar otros factores que fueron dando a la seguridad un enfoque más complejo acerca de la salud, ya que no sólo bastaba con dar

²³ Ídem, p. 59.

servicios médicos, sino que se agregarían prestaciones a los trabajadores y sus familias, fomentando la salud colectiva; puesto que con ello se garantizaba poseer una potencial fuerza de trabajo para tiempos venideros.

Retomando una definición de la seguridad social por parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 1984, podemos entenderla como:

... la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían en la desaparición o en una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte, así como la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.²⁴

De ahí que la Seguridad Social se comprenda también como:

...un compromiso colectivo que permite compartir los riesgos y los recursos de las personas. Su misión supera la simple lucha contra la pobreza y se propone incrementar la calidad de vida, fortalecer la seguridad personal y generar condiciones de mayor riqueza.²⁵

Podemos observar que la seguridad social participaba directamente en actividades del Estado, como lo son el otorgar servicios monetarios, cuidado de la salud, educación, alimentación, vivienda y otros servicios relacionados con el bienestar social, formando así la integración de la sociedad (blindaje del tejido social).

Puesto que la salud se encuentra ligada directamente con la economía y la política, es que la seguridad social puede explicarse a partir de dos tipos de racionalidad: *la racionalidad política y la racionalidad económica*. La primera se guía bajo la lógica de que...

Toda sociedad debe elegir el modelo de sistema de salud al que aspira. Este proceso empieza por preguntarse qué valores se desea que el sistema de salud promueva, lo cual puede ser conceptualizado con una jerarquía de valores, principios y propósitos²⁶.

²⁴ Ídem, p. 17.

²⁵ Navarro Robles, José. *La seguridad social mexicana en albores del siglo XXI*. FCE, 1993, México, p. 56.

²⁶ Solís Soberón, Fernando y F. Alejandro Villagómez, op. cit, p. 38.

Siendo entonces que el Estado prioriza los servicios de salud para su clase trabajadora, como población focalizada, a partir de la constitución de institutos de seguridad social, y para poder asegurar el funcionamiento de dichos organismos es que se establece la aportación obligatoria de sus actores: trabajador, patrón y Estado.

Por otra parte, se encuentra la *racionalidad económica*, refiriéndose a una relación entre economía-salud (contemplando la cultura de prepago para la atención médica a partir de la contribución o cuota del trabajador). El papel que llevan implícitos los servicios de salud es doble, ya que por una parte se comprende como un elemento de bienestar social (al prestar servicio a la población) y por otro lado se entiende como un sector productivo de la población (al generar empleos y por tanto recaudación de impuestos). La lógica que se va manejando alrededor de la salud se enfoca en una articulación entre política social (como bienestar) y una política económica (con su interés particular por la producción).

Sólo recientemente se ha reconocido que el desarrollo económico es el producto del esfuerzo colectivo de individuos cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de dicho esfuerzo... La salud depende de la cantidad y distribución de la riqueza, por medio del acceso a los satisfactores básicos que definen la calidad de vida. Además, la salud es una inversión en el crecimiento económico de un país, así como en la calidad de vida y las capacidades de los individuos²⁷.

Es de considerar que los sistemas de seguridad social han tenido que irse modificando, aún los países precursores atravesaron por problemas relacionados con la cobertura universal, carencia de sistemas alternos que permitieran equilibrio tanto en cobertura como en financiamiento, amplias prestaciones (pensiones), débil control para acceso y permanencia en el sistema, así como la evolución natural demográfica; estas limitaciones provocaron crisis financieras así como serias dudas sobre la sobrevivencia de este tipo de sistemas.

²⁷ Ídem, p. 40-41.

Por su parte, en los países subdesarrollados²⁸ que implementaron con más retraso la seguridad social, la primera problemática era el adaptar este tipo de sistemas a su realidad, lo que significó que el primer obstáculo fuera el financiamiento seguido de la cobertura.

La riqueza de estas experiencias para los sistemas de seguridad social radica en reconocer la necesidad de contar con mecanismos que permitan anticipar las consecuencias de los cambios demográficos, económicos y políticos que se presentan en una sociedad y así establecer las políticas y estrategias que garanticen la viabilidad financiera de las instituciones, sin perder de vista que uno de sus objetivos es el de extender los beneficios al mayor porcentaje de la población.²⁹

La seguridad social es un sistema en el que se concentran servicios de salud y beneficios sociales para la población ubicada en el sector productivo privado, otorgando atención médica para el trabajador y su familia, cuyo objetivo apuntan a la conservación de la salud de la clase trabajadora para con ello asegurar su capacidad productiva y así fomentar estabilidad económica.

b) Adaptación de la seguridad social en México: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El proceso mediante el cual se adoptó la seguridad social en nuestro país hasta llegar a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) comenzó a principios del siglo XX.

<p>1904 ▶ <i>El Estado de México la primer entidad en promulgar una legislación sobre aseguramiento hacia los trabajadores (asegurando así la integridad de la fuerza de trabajo): Ley sobre Accidentes de Trabajo.</i></p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Con este tipo de iniciativas se pretendió hacer visible la responsabilidad de los patrones hacia sus trabajadores en materia de accidentes de trabajo, enfermedad o muerte en su lugar de trabajo.</p>
<p>1915 ▶ <i>Se desarrolló una iniciativa de ley para Accidentes que establecía indemnización al trabajador o a sus familiares por accidente o muerte el cumplir su trabajo profesional.</i></p>
<p>1917 ▶ <i>Se establece en el Artículo 123 de la Constitución la seguridad social.</i></p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Se establecieron los mecanismos mediante los cuales el Estado ofrecería atención para la clase trabajadora, además de cajas de seguros populares enfocadas para casos</p>

²⁸ En el caso de América Latina, las prestaciones más comunes de la seguridad social se enfocan a: i) vejez, invalidez y muerte, ii) enfermedades y maternidad, iii) accidentes de trabajo, iv) desempleo, y v) asignaciones familiares.

²⁹ Navarro Robles, José, op. cit, p. 130.

específicos como invalidez, vida, retiro involuntario del trabajo, accidentes.

- 1925** ► *Se promulgó una Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, creándose un Instituto Nacional de Seguros Sociales bajo el cual los patrones se responsabilizarían de las condiciones de sus trabajadores.*



Con ello se comenzó a formalizar la necesidad de otorgar a los trabajadores atención médica, al protegerlos de riesgos laborales.

- 1935** ► *Se lanzó una propuesta de ley del Seguro Social, en la cual se proponía el surgimiento de un Instituto de Seguros Sociales como encargado de brindar los servicios correspondientes hacia los trabajadores, incorporando así a toda la población asalariada, tanto del sector agrícola como del industrial.*



La creación de un Instituto de Seguros Sociales surgió como iniciativa presidencial.



Se planteó que la aportación fuera tripartita, es decir, que procediera del Estado, el empleador y el trabajador, cubriendo riesgos sociales como: enfermedades profesionales-accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales-maternidad, vejez, invalidez, desocupación involuntaria.

- 1942** ► *Se lanzó una propuesta de Ley que permitiera proteger a los trabajadores, asegurando su existencia, su trabajo, su salario.*

- 1943** ► *Se aprueba la Ley del Seguro Social y con ello nace el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).*

- 1944** ► *El IMSS comenzó a dar servicios médicos en el Distrito Federal.*

- 1946** ► *Operaba en Puebla, Monterrey y Guadalajara, aunque el sector empresarial se resistió debido a que no pretendían realizar el pago de su contribución. No obstante a ello, se decidió que los servicios se brindarían primero en las zonas urbanas, y paulatinamente en las rurales.*

- 1952** ► *Se comenzaron a expandir los servicios del IMSS por medio del sistema de Medicina Familiar.*

- 1959** ► *Se establece como obligatorio para los patrones la inscripción de los trabajadores rurales al IMSS (ocupándose el Estado del 50% de la cuota y el resto el patrón).*

- 1962** ► *De acuerdo a las modificaciones a la Ley del Trabajo, el IMSS otorgaría como prestación servicio de guarderías para hijos de trabajadoras.*

Con el establecimiento de la seguridad social se pretendía contribuir de forma doble al bienestar de la población ya que, primeramente permitiría la acción conjunta entre gobierno y trabajadores a partir del fortalecimiento de la fuente del trabajo formal sustentando la economía nacional y, por otro lado, una acción integral para la atención médica dirigida a mantener una población sana. En este caso, la salud se comprendería como un bien social, por tanto el Estado se

responsabiliza de la salud de su población y, por medio de la seguridad, se protegería a la población trabajadora no sólo en el ámbito médico sino también a través de actividades complementarias que permitan el desarrollo integral de esta población (como serían actividades recreativas, deportivas, culturales); cabe destacar que algunos servicios o beneficios de la seguridad social serían proporcionados a la población menos favorecida a partir de la aplicación de programas solidarios.

Si bien es cierto que la seguridad social se dio bajo un Estado capitalista puesto que su objetivo es mantener una fuerza de trabajo saludable para así asegurar un desarrollo económico e industrial. También debemos de considerar que en la seguridad social suele fusionarse con el sistema de salud de las naciones, adaptándose además a su situación social y económica. En el caso de nuestro país, la seguridad social cobró gran fuerza bajo el Estado Benefactor puesto que en éste se enfatizó la promoción y protección del bienestar económico y social de los trabajadores, pretendiendo una equitativa distribución de la riqueza, igualdad de oportunidades, así como la responsabilidad pública sobre aquellos incapaces de atender sus necesidades mínimas para una vida digna. Fue en este periodo donde la seguridad social tuvo una responsabilidad especial del Estado, pero en la década de los ochentas con la descentralización de los servicios y en los noventas con el neoliberalismo, el Estado cambió su enfoque como proveedor de servicios tendiendo a ofrecer servicios básicos dentro de las necesidades sociales.

...la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado³⁰.

De tal forma que el IMSS se comprendería como un órgano descentralizado con peso y patrimonio propio. Su prioridad sería el atender a los trabajadores empleados por un patrón, por lo que formalmente se constituiría como organismo

³⁰ www.imss.gob.mx, 18/06/2009, 12:40 p.m.

tripartito³¹, es decir, sería solventado por el Estado, por el empresario o patrón y por una cuota proporcional del obrero o trabajador. Aunque se debe tener presente que para que se pudiera adoptar y aplicar la seguridad social era necesario que el país transitara por cierto grado de desarrollo económico.

Para justificar su existencia, el seguro social requiere de un desarrollo industrial previo enmarcado en el capitalismo, pues, sólo en ese sistema las relaciones obrero-patronales que se establecen pueden crear el clima y las necesidades propicias para su implantación³².

Siendo entonces que la cobertura se encontraba dirigida a los trabajadores de la economía formal y sus familias, debido a que estos son los que pagaban impuestos, y/o aportaciones, para recibir la atención médica y hacer uso de todos sus servicios. Las prestaciones o servicios a los que tiene derecho los trabajadores y sus familias abarcan tanto seguro de riesgo de trabajo como enfermedad, maternidad, invalidez, seguro de vida y prestaciones sociales (en caso de seguro por enfermedad este no se limita por condiciones preexistentes y por tanto no limita la atención médica).

El IMSS se estructuró técnicamente conforme al modelo de la Organización Internacional del Trabajo, en boga entonces, con la conducción gubernamental y la oferta pública de servicios integrales, con base en contribuciones tripartitas³³.

En el caso de los seguros sociales el derechohabiente tiene derecho, en caso de enfermedad, a medicina preventiva, diagnóstico y asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria³⁴. El IMSS, además de otorgar una extensa variedad de prestaciones a sus derechohabientes en materia de salud, o atención médica, cuenta con tres niveles de servicio:

- Primer nivel: referido a la atención en sus clínicas familiares, consulta externa.

³¹ En un principio la fuerza institucional del IMSS se encontraba en su constitución tripartita, pero más tarde este fuerte apego con el gobierno provocará sus consecuentes deficiencias, ya que durante las devaluaciones se utilizó el sistema de ahorro de los trabajadores como remedio para la crisis.

³² Benejam D., María Antonieta, Cecilia Brown Villalba, Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944. Instituto Mexicano Del Seguro Social, México 1980, p. 17.

³³ Benejam D., María Antonieta, Cecilia Brown Villalba, op. cit, p. 61.

³⁴ Excepto en el caso del personal militar en activo, puesto que su seguro no cubre tal atención, pues los servicios médicos deben de ser atendidos directamente por la Secretaría de la Defensa Nacional.

- Segundo nivel: compuesto por los hospitales generales de región, zona y subzona, en ellos se brindan atención a los padecimientos de alta demanda y mediana complejidad que requieren del apoyo de especialidades médicas, de hospitalización para cirugía, así como para tratamiento y diagnóstico especializado.
- Tercer nivel: se encuentra conformado en hospitales de alta especialidad, atendiendo a los pacientes con padecimientos de poca frecuencia y que por su elevada complejidad requieren de recursos médicos y técnicos muy especializados tanto para su diagnóstico como para su tratamiento.

Además cuenta con el área de rehabilitación así como de espacios de fomento a la salud, con la idea de fortalecer el tejido social al contar con unidades deportivas y culturales disponibles para sus derechohabientes, a las cuales también tienen acceso la población externa.

Con el paso del tiempo, las prestaciones (comprendido entre servicios médicos y beneficios sociales) que el IMSS otorgaba a los trabajadores giraban entorno a cinco rubros:

1. Riesgos de trabajo.
2. Enfermedades y maternidad.
3. Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte.
4. Guardería.
5. Retiro y prestaciones sociales.

Ahora bien, la cobertura³⁵ que el IMSS ejerce es amplia debido a que diversifica el tipo de aseguramiento: régimen obligatorio y régimen voluntario, sin embargo se presentan ciertas diferencias en el tipo de prestación de servicio.

Son sujeto de aseguramiento del régimen obligatorio: i) las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo; ii) los miembros de sociedades corporativas de producción y de administración obreras o mixtas, y iii) las personas que determine el ejecutivo federal mediante el decreto respectivo³⁶.

³⁵ Algunos de los problemas que se han presentado relativos a la cobertura que brinda el IMSS es *la duplicación de la afiliación*, ya que no solo son derechohabientes o beneficiarios de la seguridad social sino que además cuentan con un seguro médico privado.

³⁶ Solís Soberón, Fernando y F. Alejandro Villagómez, op. cit, p. 68.

Pese a que toda la población económicamente activa en el sector formal tiene derecho a estar asegurado por el IMSS por decreto presidencial, una parte no se encuentra afiliada, en la mayoría de estos casos se debe a la evasión del registro del trabajador por parte del patrón. La población que no se encuentra incorporada al IMSS, puede lograr su aseguramiento al Régimen Obligatorio a través de un convenio o bien de manera voluntaria, es la siguiente:

- Aquellos trabajadores de microempresas familiares o independientes, artesanales, profesionales, pequeños comerciantes y trabajadores no asalariados.
- Trabajadores domésticos.
- Ejidatarios, comuneros, colonos o pequeños propietarios.
- Patrones, personas físicas, trabajadores asegurados a sus servicios.
- Trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la federación, entidades federativas y/o municipales que se encuentran excluidos en otras leyes.

El régimen voluntario no debe confundirse con la afiliación voluntaria al régimen obligatorio, ya que el primero se constituye a partir de una serie de seguros de salud para la familia y adicionales que solo incluyen algunas prestaciones de dichos seguros, de tal forma que el seguro de salud para los familiares ofrece beneficios en especie del seguro de enfermedad y maternidad que no estén protegido (de acuerdo a su edad o parentesco), o prestando servicios a personas que no pertenecen a la economía formal. Mientras que el segundo se refiere cuando un grupo social (como los mencionados anteriormente: trabajadores de pequeñas empresas, trabajadores domésticos) adquiere su aseguramiento a partir de una cuota anual fija, obteniendo los mismos beneficios que aquellos que han sido incorporados de manera obligatoria al sistema. Sin embargo, una limitación para los afiliados de manera voluntaria al régimen obligatorio, es que cuando el individuo presenta un padecimiento que implica un alto costo para la institución (por motivos de uso de servicios y medicamentos) la inserción al sistema puede ser negada.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), logró distinguirse por ofrecer servicios solidarios a la población marginada (por motivos de pobreza, ubicación geográfica, así como por no pertenecer a la seguridad social). Como sería el apoyo que brindó a población campesina, ya que el IMSS otorgaba servicios médicos a la población, siendo ésta quien absorbía el 40 % del gasto en salud, mientras que el gobierno federal se ocupaba del resto, por su parte la población se encargaba de realizar trabajos en beneficios de las propia comunidad (conocido éste como “faenas”); logrando así no solo dar servicios médicos a sectores sin seguridad social, sino también fomentando la integración entre la comunidad. La forma como el IMSS ha logrado dar este tipo de servicio solidario ha sido a partir de toda una serie de procesos:

<p>1973: <i>El Gobierno Federal encomiando al IMSS extender servicios a sectores de la población excluidos del trabajo formal, en extrema pobreza y marginación.</i></p>	
<p>1974: <i>El Gobierno Federal crea el Programa Nacional de Solidaridad por Cooperación Comunitaria.</i></p>	
<p>1977: <i>El Gobierno Federal cambia el programa antes mencionado y crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar).</i></p>	<p>► Cuya finalidad era el implementar una política que permitiera abatir la marginación y la pobreza.</p>
<p>1979: <i>Coplamar se fusiona a los servicios otorgados por el IMSS.</i></p>	
<p>1983: <i>Por orden presidencial se crea el Programa IMSS-Coplamar</i></p>	<p>► Siendo el IMSS el completo administrado de dicho programa. Además se trabajaría en conjunto con organizaciones campesinas e indígenas para hacer efectivos los servicios de salud.</p>
<p>1989: <i>El Programa IMSS-Coplamar cambia de nombre al de Programa IMSS-Solidaridad</i></p>	<p>► Se otorga a las comunidades marginadas rurales e indígenas servicios médicos de primer y segundo nivel, permitiendo servicios de hospitalización, a cambio dicha población tiene que realizar servicios para la mejora de su comunidad.</p>

2002:

El Programa IMSS-Solidaridad cambia su nombre al de Programa IMSS-Oportunidades

▶ Aunque este pretende mantener la esencia del Programa IMSS-Coplamar, su finalidad es el de consolidarse como una red de servicios médicos en el área rural y zonas indígenas. Éste programa permitiría generar un diagnóstico de salud de las zonas rurales marginadas, de tal forma que logró llegar a zonas de difícil acceso

La forma en la que el IMSS dio apoyo solidario de servicios de salud a zonas marginadas indígenas, rurales y urbanas permitió llevar servicios médicos a zonas donde la Secretaría de Salud (SS) no había podido llegar, permitiendo además fomentar el tejido social a partir de integrar a los miembros de la comunidad ya que el pago que tenían que dar para acceder a los servicios de salud era realizar trabajos de mejora para su comunidad.

La Ley señala que la seguridad social tiene como finalidades el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

El IMSS se sustentó como el mejor ejemplo de la institucionalización de la seguridad social a nivel nacional puesto que no solo atendía los padecimientos de sus derechohabientes sino que también creó espacios de esparcimiento tanto para el fortalecimiento del tejido social como para evitar y superar la enfermedad, además de establecer su apoyo solidario a población no derechohabiente marginada rural e indígena. Sin embargo, lo que quizá no se previó fue la exclusión que esto propiciaría, ya que la inserción a la seguridad social es selectiva, otorgando al resto de la población acceso a un servicio abierto por parte de la SS, enfocado más a una atención esporádica, sin seguimiento del padecimiento, orientada a un servicio curativo/paliativo. Aunque cabría rescatar la concepción de equidad que la seguridad social manejaba, puesto que la provisión de los servicios era igual ante necesidades iguales, siendo que la aportación que el trabajador realizaba no era factor para determinar el tipo de atención médica que recibiría.

Tal parece ser que en el siglo XXI, la seguridad social afronta graves problemas, ya que la capacidad del Estado para asegurar las pensiones ha sobrepasado su capacidad puesto que la esperanza de vida ha incrementado, además de que se solicitan más servicios de alta especialidad, o bien el gasto por enfermedades crónicas ha desgastado al sistema, aunado a ello se encuentra la ineficiencia de generar y conservar empleos formales que permitan al individuo y su familia pertenecer y gozar de la seguridad social. Además de que el Estado parece no tener la capacidad financiera para continuar con el sustento de la seguridad social y considerando que bajo la idea neoliberal el Estado debe encargarse de aspectos básicos del bienestar social, es que la seguridad social pierde fuerza, dando así cabida a la iniciativa de crear un sistema en el que el individuo se responsabilice de su estado de salud, ofreciendo únicamente el gobierno una opción para tratarla.

Podemos considerar que la seguridad social permitió relacionar aún más a la salud con el entorno bajo el cual el individuo vive, no solo relacionándola con la enfermedad, de tal forma que se socializa. Pese a que es un solo sector de la población la que se ve beneficiada o incluida, se puede observar hasta cierto punto que el cuidar de la salud de uno de sus miembros se fomenta el bienestar del grupo, ya que se conjuntan los servicios médicos con las actividades de esparcimiento y prestaciones sociales (guarderías, pensiones, por mencionar algunas)

Una vez expuesta la forma bajo la cual el Estado mexicano abordó la salud y la atención médica, por medio de la Secretaría de Salud y la institucionalización de la seguridad social (IMSS), es necesario considerar la intervención que la salud pública ejerció sobre la conceptualización que el Estado ha adoptado sobre la salud, ya que a partir de ésta se llega a establecer lo que el gobierno debe y puede hacer para lograr satisfacer algunas de las necesidades sociales en materia de salud para la población.

C. *Salud Pública.*

Para poder comprender la importancia que juega la salud pública en la definición de la salud y en la creación de mecanismos a través de los cuales el Estado se responsabiliza de ella es necesario tomar en algunos antecedentes en materia de conceptualización de la salud y su vínculo con el Estado, para posteriormente poder abordar propiamente lo que es la salud pública y poder observar con ello la participación del Estado.

a) Vínculo Salud y Estado.

En la década de los noventa los organismos internacionales de salud, como lo son la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se vieron rezagados tanto en el ámbito de asesoría como de recomendación hacia las naciones en materia de conceptualización de la salud y formas para conservarla a través de servicios públicos para la población, siendo entonces el Banco Mundial (BM) el encargado de establecer las directrices del sector salud proponiendo una reforma sanitaria (BM, *Invertir en salud*, 1993), enfatizando el reforzamiento de la universalidad y equidad de los sistemas de salud, siguiendo de esta manera los lineamientos de las estrategias de atención primaria promovidos en Alma Ata (OMS-OPS, *Declaración de Alma Ata*, 1977: *Salud para todos en el año 2000*).

La Estrategia Global de *Salud para Todos en el año 2000*³⁷, la cual, con los principios de promoción de la salud, se procura que la gente de todos los países tengan al menos un nivel de salud que le permita trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad en la que viven³⁸.

La Declaración de Alma Ata se contempló puesto que a partir de ella se comenzaron a dar ciertos cambios sobre lo que los Estados debían ofrecer a la población en materia de salud, al tiempo que se establecía lo que sería responsabilidad del individuo.

³⁷ OMS, Conferencia en Alma Ata, Rusia, 1977.

³⁸ Malagón-Londoño, Gustavo y Ricardo Galán Morera. op. cit, p. 71.

El BM resaltó que la problemática de los sistemas de salud radicaba en una equivocada asignación de recursos, así como desigualdad e ineficiencia de los servicios, por lo que guiado a través de la corriente neoliberal se considerarían a los servicios médicos como bienes privados, puesto que estos servicios son tomados por los individuos en cantidades variables, por lo que la salud se ubicaría dentro del ámbito privado y con ello las necesidades en salud debían ser resultas bajo la intervención familiar o del mercado, siendo únicamente responsabilidad del Estado ofrecer servicios para la población pobre.

El Estado tendría, complementariamente, la tarea de asignar los recursos públicos, según los criterios de eficiencia técnica e instrumental, al financiamiento de los llamados bienes públicos y a las acciones de bajo costo, centradas en los pobres. La razón para financiar los bienes públicos, definidos como aquellos que se caracterizan por su no-exclusividad (no se puede excluir a nadie de su uso) y su no-rivalidad (su uso por alguien no impide el uso por otro), sería que no pueden convertirse en mercancías u objetos de compraventa. Las acciones de salud para los pobres se justificarían porque ellos no pueden satisfacer sus necesidades de salud en el mercado. No obstante, sólo deberían tener acceso a un conjunto mínimo de acciones esenciales de salud de bajo costo y con rendimientos altos en términos de los llamados Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)³⁹.

Con lo anterior podríamos pensar que el BM da cabida a que el sector salud se comparta, en el sentido de que el Estado debe de garantizar servicios médicos para la población marginada por la seguridad social y que se encuentre en estado de pobreza, asegurándoles a esta población acceso y efectividad en la atención médica, aunque dicha atención se centraría en servicios básicos que la población demanda con más frecuencia. Mientras que por otra parte, la población que no se encuentra ubicada en estado de pobreza ni integrada a la seguridad social y que cuenta con cierto grado de solvencia económica pueda recurrir a sector privados para complementar sus servicios de salud, ya que los servicios que el Estado destine para esta población aunque pueden ser básicos no se asegura su acceso y efectividad; disfrazando este suceso como una libre elección del prestador del

³⁹Laurell, Asa Cristina. La reforma contra la salud y la seguridad social. Ediciones Era, Fundación Friedrich Ebert, México, 1997, p. 86-87.

servicios, quedando claro que es ahora el individuo quien deberá de responsabilizarse por su atención médica.

De tal suerte que las nuevas políticas sociales⁴⁰ tendrán una función de enlace entre los principales actores de producción de bienestar social: familia, mercado y Estado. Por lo que las características de las políticas sociales neoliberales se sustentan tanto en el *individualismo*, *antisolidarismo* y *antiestatismo*, ya que parten de que el mercado es el mejor asignador de recursos (reflejándose en el crecimiento económico y de bienestar social para la nación), considerando que el bienestar social se ubicará dentro de las responsabilidades individuales, es decir, formará parte del ámbito privado. Por lo tanto, el Estado se hará responsable de los ámbitos en los que el privado se abstenga, de ahí que estas nuevas políticas sociales deberán reflejar la reducción de la acción estatal en materia de producción de bienes públicos⁴¹, creando un mínimo de servicios hacia la población bajo condiciones de pobreza⁴².

Durante el Estado de Bienestar⁴³, el gobierno se ocupó y estableció el tipo de atención médica, mientras que con el Estado Neoliberal⁴⁴ la separación del estado respecto a servicios básicos se descentralizó, provocando la acción individual-privada, impactando directamente sobre el tipo de atención médica a partir de establecer puntos básicos de interés para el Estado y derivando otros al ámbito de acción o interés de carácter individual. Con el neoliberalismo se acentúan la marginación y la polarización en acceso a servicios básicos, como lo es la atención médica, ya que al reducir el Estado los servicios de salud públicos

⁴⁰ Una política social debe contener y equilibrar el grado de mercantilización de los bienes sociales (condiciones de acceso a los beneficios o servicios sociales ya sea como derecho social asegurado por su calidad de ciudadanía o bien por mérito a partir de un pago previo o bien como beneficio del trabajo formal), así como el grado de compromiso estatal respecto al trabajo formal y el tipo de estratificación social desarrollada.

⁴¹ Por bien público se puede comprender la no exclusividad del bien o servicio, dado que todos se beneficiarán con él, y no rivalidad en el sentido de que su uso por un individuo no significa restricción para otro. Por lo que es a través de la acción pública como los bienes públicos satisfacen las necesidades sociales, sobretodo en las naciones que se encuentran marcadas por la desigualdad social, de ahí que nuestro país reconozca a la protección de la salud como de interés público, respaldado como derecho social.

⁴² Cfr, Dr. Brofman, Mario N. y Dr. Roberto Castro (coordinadores). Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1999.

⁴³ Modelo keynesiano en el cual el Estado regula la economía, caracterizándose por ser el proveedor de los servicios para con ello satisfacer las necesidades sociales cuya finalidad es el desarrollo nacional.

⁴⁴ El Estado Neoliberal se basa en la teoría de Friedman, la cual plantea una reducción del Estado respecto a su intervención en la economía, pasando de proveedor a regulador.

solo la población con capacidad de pago podrá completar su atención a través del sector privado.

Durante la década de los noventa se realizaron una serie de recortes en los gastos sociales y sanitarios debido a la gradual implementación del modelo competitivo en los sistemas sanitarios, ya que las fórmulas de privatización promueven que los usuarios contribuyan en mayor medida al pago de los servicios prestados. La ideología neoliberal va dirigida al abandono del esquema de atención de orden solidario dando cabida al individualismo. Aunque el objetivo es la promoción de la salud el Estado debe de garantizar un desarrollo sustentable, es decir, el garantizar todos los medios necesarios para que la población pueda conservar su estado de salud y no únicamente enfocarse a crear programas o sistemas de atención médica, en la que se descontextualiza a la salud.

La salud es un derecho humano individual y colectivo, es un bien de interés público, producto y proceso de la sociedad civil, dinámico e integral en la que interviene las relaciones equitativas y sustentables con el entorno ecológico, social, cultural, productivo, científico y tecnológico, es una finalidad social del Estado, en condiciones de gobernabilidad, y un componente del orden público necesario para la convivencia y la paz social⁴⁵.

De ahí la importancia de contemplar que el *concepto salud-enfermedad*⁴⁶ depende más del impacto y desarrollo político de las naciones que del ámbito científico, es decir, la enfermedad es tal cuando una nación no se encuentra preparada para su tratamiento y también cuando pudo haber sido prevenida, o también cuando conservar el estado de salud es poco probable. Este proceso salud-enfermedad se encuentra fuertemente influenciado por el contexto social y político que rodea a la población o a la nación. Algunos gobiernos, en su mayoría subdesarrollados, tienden a recurrir a la aplicación de acciones de asistencia social en salud y a los derechos humanos sanitarios para poder sobrellevar esta

⁴⁵ Malagón-Londoño, Gustavo y Ricardo Galán Morera. La Salud Pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones. Editorial Médica Panamericana, 2002, Bogotá, p. 74.

⁴⁶ El proceso salud-enfermedad depende directamente del tipo de vida que la población tenga, por lo que el Estado es el principal responsable sobre la conservación de la salud, ya que si él no brinda los medios necesarios, entorno, no se logrará tener una población sana por lo que el impacto de la enfermedad provoca cierto trauma colectivo. Se dice que para que un país pueda crecer económicamente debe de contar con una población sana, dicha lógica funcionaba durante el Estado Benefactor puesto que se concebía una acción recíproca, sin embargo, la salud parece cada vez dejar más de lado su carácter social por el individual.

relación, salud-enfermedad, y poder ofrecer servicios básicos para la población más necesitada y con ello poder cubrir requisitos internacionales.

La salud y la enfermedad no son sino manifestaciones ecológicas entre el hombre y su ambiente total: físico, mental y social. Por tanto, la Medicina, que se ocupa de la salud y de la enfermedad, no es solamente una ciencia biológica, sino más bien una ciencia social cuyo objetivo final es el hombre⁴⁷.

Para poder obtener cierta conciliación entre la relación salud-enfermedad se podría emplear la medicina social, ya que esta permite estudiar a la salud y la enfermedad a partir de factores sociales como lo son los relacionados a la cultura (este resulta ser de los más importantes debido a que hace referencia a hábitos y costumbres, aspectos religiosos, hábitos alimenticios, nivel educativo), ocupación, vivienda, esquema familiar, organización social⁴⁸.

La salud de cada grupo de población, en particular, se articula estrechamente con sus condiciones de vida y con los procesos que la reproducen y transforman⁴⁹.

La salud se comprende entonces a partir de las condiciones bajo las cuales vive el individuo y la comunidad, y no únicamente cuando se presenta la enfermedad; mientras que su conceptualización oficial y el tipo de atención médica puede ligarse al tipo de Estado bajo la cual se rija la vida nacional, considerando esta relación podemos proseguir con la salud pública.

b) Implicaciones de la salud pública.

Por salud pública podemos comprender:

...la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorarle la convivencia y la calidad de vida; que a la vez representa el conjunto de condiciones que garantice el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es un proceso

⁴⁷ Álvarez Alva, Rafael, op. cit, p. 11.

⁴⁸ Por lo tanto, los factores que mayor impacto ejercen sobre la salud son el tipo de organización social, económica y política, ya que estos actúan directamente sobre la distribución equitativa de la riqueza nacional, costo de la vida, existencia de grupos marginados, así como la industrialización y la urbanización pueden agravar la situación; también las condiciones del medio ambiente natural, que suelen ser modificadas por el hombre, interviene directamente en la salud o enfermedad del grupo.

⁴⁹ Malagón-Londoño, Gustavo y Ricardo Galán Morera. op.cit, p. 73.

dinámico en el que intervienen la satisfacción: de las necesidades fundamentales del hombre, las condiciones de su entorno ecológico, su participación en el desarrollo social, cultural, productivo, científico y tecnológico. Al hablar de salud pública no solamente se señala al ser humano ausente de enfermedad, sino como activo factor de producción y convivencia para el mejoramiento de las condiciones personales y las de la sociedad a que pertenecen⁵⁰.

Puesto que la salud es uno de los principios fundamentales de las naciones es que se maneja como un concepto social, de ahí que la salud pública se construya a partir de la acción conjunta de protección entre el individuo la comunidad y el gobierno; este último deberá desarrollar los programas pertinentes, con el reconocimiento de las necesidades de su población, para obtener resultados óptimos.

Ahora bien, podemos considerar que la salud pública contempla algunas de las necesidades de la población en materia de salud, sin embargo ésta también se ve influenciada por estándares internacionales que apuntan a satisfacer necesidades básicas de la población a partir de acciones específicas y de bajo costo para los gobiernos; aunque algunos de dichos estándares no son empleados por los gobiernos al pie de la letra, si logran ser antecedentes para las diversas reformas o programas del sector salud de las naciones.

Durante el periodo 1994-2000, los préstamos que el gobierno mexicano obtuvo del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo comprometieron al gobierno a fortalecer la reforma neoliberal en el sector salud, a partir de sujetar la reorganización de los servicios públicos a la perspectiva de asistencia minimalista⁵¹.

A su vez, en 1998 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó ciertos lineamientos de carácter metodológico que permitieran preparar algunos perfiles para los sistemas de salud y su cabal aplicación en la región panamericana; el cual se llevaría cabo bajo la insignia de la garantía constitucional al derecho de la salud a todos los ciudadanos. Sin embargo, se priorizó la cuestión

⁵⁰ Ídem, p.15 y 16.

⁵¹ Este término minimalista se encuentra orientado a la idea de que el gobierno debe de establecer un Paquete Básico de Servicios para el sector salud, priorizando su responsabilidad hacia la población pobre, dejando a cargo del individuo servicios médicos no básicos, todo estos respaldado por el *Informe sobre desarrollo mundial 1993: invertir en salud*, emitido por el Banco Mundial en Washington, Estados Unidos.

preventiva en lugar de la responsabilidad y obligatoriedad de los gobiernos en materia de salud pública. Es por ello que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), apoyado por los centros para el control y prevención de las enfermedades de los Estados Unidos de América y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud, pretendió desarrollar un concepto común de salud pública para América, cuyo objetivo radicaba en la aplicación de acciones que fortalecieran la infraestructura, y en el mejor de los casos lograr a través de la aplicación de funciones básicas una eficaz salud pública.

La OMS, con ayuda del Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública de los Estados Unidos de América, logró delimitar tres acciones bajo las cuales se tiene que apegar las organizaciones de salud pública: evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento. Al mismo tiempo se establecieron los objetivos y servicios esenciales que la salud pública debía perseguir y los niveles de atención que los gobiernos debían garantizar a la población:

OBJETIVOS	SERVICIOS
○ La prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades.	□ Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
○ Protección contra los daños ambientales.	□ Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.
○ Prevención de daños a la salud.	□ Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
○ Promoción y fomento de conductas saludables.	□ Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
○ Respuestas a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas.	□ Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
○ Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud.	□ Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.
	□ Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles.
	□ Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud.
	□ Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

□ Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

TRES NIVELES DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- 1° ► Enfocado a la medicina general, atendiendo los padecimientos más comunes, el cual se enfoca a la prevención, diagnóstico y tratamiento.
- 2° ► Acción hospitalaria con servicios de medicina interna.
- 3° ► Especialidades para la atención de problemas patológicos que necesitan atención más precisa.

Aunque se estipula que la salud pública debe de contribuir a que los sistemas de salud fomentan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, en acción conjunta de un entorno saludable, la realidad muestra que la protección de la salud de la población quedan sujetos a servicios médicos básicos (siendo estos excluyentes ya que ofrecen servicios específicos generalizados y tienden a cubrir a un sector específico de la población). Y aún cuando la atención médica se divide en tres niveles de atención, cada uno enfocado a un tipo de servicio médico, la integridad de éstos va desapareciendo al acortar su área de trabajo simplificándolos en acciones básicas, permitiendo así la entrada de los servicios privados al contar con servicios que las instancias públicas ya no ofrecen; la salud va perfilándose más como un asunto individual, ya que se abandona la idea de la salud como algo social (*la salud de muchos no es sino la suma de la de cada uno*⁵²).

Por lo tanto, para poder desarrollar los objetivos y servicios así como garantizar los tres niveles de atención médica, la salud pública necesita de promoción, prevención y asistencia sanitaria. Garantizando así la salud como un derecho social, más que humano, puesto que la finalidad es fomentar el incremento de población sana, garantizando así la productividad del individuo.

La promoción de la salud es la acción conjunta de la población, los servicios de salud, la política, los sectores sociales y productivos, para la mejora de condiciones de salud individual y colectiva, como se estipuló en la OMS a través de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa (Canadá,

⁵² Álvarez Alva, Rafael. Salud pública y medicina preventiva. El Manuel Moderno, 3ª edición, México, 2002, p. 62.

1986)⁵³. Sin embargo la promoción de la salud no es un sinónimo de salud pública sino un componente de ella, además de que debemos de considerar que también es importante el que la población esté informada acerca de los riesgos potenciales en salud.

Por su parte, la prevención se puede entender como una acción directa porque se encuentra dirigida a la neutralización, aniquilación o extirpación de las causas directas de enfermedad. Se cuenta con la prevención estatal, la cual surge como programas comandados por el estado, y la privada, como aquella planeada por el individuo; además de la prevención institucional, la cual implica normas como podría ser el caso de alguna institución de salud⁵⁴.

La prevención se refiere a las acciones para impedir que los daños en la salud, aparezcan, se agraven, se prolonguen o generen secuelas evitables⁵⁵.

Mientras que la asistencia sanitaria debe asegurar el brindar a cada individuo enfermo atención médica, la cual incluye servicios diagnósticos, terapias eficaces y oportunas, para así asegurar la pronta recuperación de la salud del individuo. Durante el Estado Benefactor, la asistencia sanitaria cobra gran fuerza ya que era la forma como el gobierno lograba dar servicios médicos a la población que no se encontraba incorporada a la seguridad sociales, siendo entonces una atención médica abierta. De tal forma, que la asistencia sanitaria se consideró como un derecho humano básico.

⁵³ Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 26 noviembre de 1986, dirigida a la consecución del objetivo *Salud para Todos en el 2000*, surgió como respuesta la creciente demanda de una nueva concepción de salud pública, a partir de la promoción de la salud a partir de dotar a los países subdesarrollados de los medios necesarios para mejorar las condiciones de salud y control sobre la misma. Se estipula a la salud como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. De tal forma que las condiciones y requisitos de la salud se obtendrán a través de que cada nación logre asegurar para su población: paz, educación, vivienda, alimentación, ecosistemas saludables, justicia social y equidad. Y enfatiza en el hecho de que el sector sanitario público no puede por sí solo proporcionar las condiciones óptimas para la salud, por lo que necesitará de la intervención del gobierno, sectores sanitarios, sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, industria y medios de comunicación.

⁵⁴ El Estado, por medio de la Secretaría de Salud e Instituciones de seguridad social, brinda todas las herramientas necesarias a la población para evitar enfermedades irreversibles y de alto costo como el caso de cáncer, diabetes, SIDA; bajo esta lógica también se pueden comprender el por qué del arranque de programas como el PREVENIMSS o PREVENISSSTE.

⁵⁵ Malagón-Londoño, Gustavo y Ricardo Galán Morera. op. cit, p. 19.

Sin embargo, actualmente los Estado neoliberales van desplazando el término de asistencia social por el de derecho social, al formalizar el servicio en términos de seguimiento tanto de su uso por parte del individuo como del estado de salud del mismo. Además que al Estado se le encomienda garantizar servicios médicos para la población pobre, legitimando de esta forma los Paquetes Básicos de Servicios de Salud regulando así su intervención o responsabilidad hacia sus ciudadanos, a partir de la generación de leyes y normas que le permiten controlar su acción respecto a la generación de bienes públicos; de ahí que bajo el discurso oficial, el acceso a los servicios públicos de salud se expresen como un derecho social y no como un derecho humano. La salud pública se encuentra claramente ligada al tipo de Estado que se establezca, pues de él dependen el tipo de políticas en materia de salud que se aplicarán.

Podemos decir entonces que la salud pública permite que el Estado focalice su marco de acción para satisfacer ciertas necesidades en salud de su población, sin embargo, es necesario comprender que la concepción que la población posee de la salud depende de las condiciones o tipo de vida del que ésta goce; de ahí que los servicios de salud (tipo de atención médica) que ofrece el gobierno no coincidan, en su mayoría, con necesidades específicas de la población.

También la salud pública se ha relacionado con algunos objetivos básicos de la economía, ya que el tipo de modelo económico que los gobiernos, o Estados, adoptan para sus políticas públicas cada vez se orienta más a la lógica costo-beneficio o reducción de gastos, dejando de lado las necesidades en sí de salud de la población. Y puesto que la salud pública comprende el proceso salud-enfermedad por medio de características sociales, culturales, políticas, económicas y epidemiológicas, es que tiende a relaciona con la perspectiva de la ciencia económica, dado que ésta se enfoca a los aspectos relacionados con el aumento progresivo del ingreso nacional, el empleo formal, la mejoría en el poder adquisitivo de los salarios, así como en la eficiencia y asignación de los recursos que influyen en las condiciones y niveles de vida de cualquier comunidad.

Tanto la conceptualización como institucionalización de la salud en nuestro país ha transitado por una serie de transformaciones y adaptaciones dejando

entrever las responsabilidades adquiridas por el tipo de Estado respecto a la satisfacción de necesidades sociales, de tal forma que el sistema de salud no podía depender únicamente de la aplicación de políticas que se limitaban al sector salud, sino que también debían de ligarse al quehacer económico, político, social, cultural y científico. La salud ha sido tratada a partir de la acción conjunta entre la SS, la seguridad social y las normatividades y estandarizaciones de la salud pública (entendiendo a ésta última como la forma mediante la cual se establecen las prioridades en materia de salud que cada nación debe adoptar acorde al tipo de Estado y desarrollo económico que presente) las cuales dotaron a la salud de un sentido social.

El sistemas de salud en un principio respondió ante las expectativas de un Estado Benefactor en el que se pretendía garantizar servicios de salud para así asegurar una población productiva sana, sin embargo más tarde se transitaría a un Estado Neoliberal en el que el cuidado de la salud se definiría como una necesidad individual, siendo el Estado el encargado de ofrecer únicamente servicios básicos de salud para la población pobre, preservando así la salud como un derecho social (al garantizar servicios mínimos de salud, ejemplificado por medio de los paquetes básicos de servicios médicos) y no como un derecho humano (una atención o servicio a la que la toda la población debe de acceder sin importar el grado de especialización o recurrencia en el uso del servicio).

Actualmente el Estado ofrece únicamente una serie de alternativas de atención médica dejando la responsabilidad del cuidado de la salud al individuo, continuando con una atención curativa⁵⁶, puesto que esta es la más solicitada entre la población mexicana, ya que recurre a los servicios médicos cuando el estado de salud se ve alterado y no para evitar la enfermedad, por ello es que el Estado incentivo la creación de Paquetes Básicos o Esenciales de Salud, para así

⁵⁶ A finales de los setenta y principios de los ochentas todas las instituciones de salud en nuestro país tenían una clara tendencia hacia la atención curativa, dicho modelo curativo significaba un alto gasto en medicamentos uso creciente de equipo técnico (el cual fomentaba a la industria de la salud), lo cual afectaba la estructura financiera del sector salud, además de que presenta una operatividad limitada sobre los principales problemas de salud física y mental. Con la transición el Estado Neoliberal se hace énfasis en una atención médica preventiva, puesto representa reducción del gasto público, por lo que se responsabiliza al individuo la conservación de su salud.

limitar el uso de servicios curativos, los cuales logran mantenerse en vigencia puesto que cubren necesidades básicas en salud de la población pobre.

Comprendiendo entonces que la definición de la salud y la forma de atenderla se encuentra fuertemente ligada al contexto social y modificaciones en la percepción del Estado, es que se logró observar que se han recortado los servicios médicos en esencia y especie, siendo el Seguro Popular de Salud (SPS) un reflejo directo de este proceso, ya que en éste no solamente se manifestarán una disminución de los propios servicios de salud a través de la aplicación de los paquetes básicos de salud sino también se presenta un retroceso en la concepción de la salud al descontextualizarla, pues se encasilla en una simple atención médica. Sin más proseguimos con la conformación del SPS.

II. SEGURO POPULAR DE SALUD.

El Seguro Popular de Salud, acorde con el discurso oficial, surge y se establece como el mecanismo por medio del cual el Estado responde ante la necesidad evidente de una mejora en el servicio de salud a la población abierta atendida directamente por la Secretaría de Salud (SS), a través de centros de salud y hospitales de la misma, así como por medio de los servicios estatales de salud.

Pese a que en 1943 quedó estipulado un sistema de salud para la población abierta, el cual brindaba una atención médica inmediata, con su posterior pago acorde a un examen socioeconómico, no se lograba cubrir del todo a esta población, ya fuera por cuestiones geográficas o por escases de unidades médicas; además tampoco se lograba tener un control sobre los padecimientos o el seguimiento de tratamientos a esta población, por lo que tendían a recurrir a la medicina privada.

En el 2004, el Seguro Popular de Salud (SPS) se constituyó como elemento ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), definiéndose así como un instrumento de la política social del Estado mediante el cual se pretendía reducir la inequidad a partir de consolidar articulaciones de carácter político, jurídico, social y económico-financiero. En el 2004 la SS estableció que se perseguirían tres metas: garantizar abasto de medicamentos, fortalecer la estructura con la que se brinda el servicio médico, y por último consolidar el SPS⁵⁷. Éste, sería el instrumento mediante el cual se realizarían las transferencias de subsidios a nivel estatal a partir de la implementación de un paquete básico de servicios médicos, cuyo objetivo se enmarcaría a la protección de la población que no cuenta con seguridad social y que se encuentra en estado latente de empobrecimiento por gastos en salud.

Con ello, el gobierno federal pretendía solucionar el problema de la marginalidad en materia de salud, ya que la población que por su situación laboral o grado de pobreza no podía incorporarse a la seguridad social podía afiliarse a un programa de salud (cobertura universal), que a diferencia de los servicios de salud

⁵⁷ Cfr. Gaceta Salud, marzo-2004, Secretaría de Salud, México.

ofrecidos anteriormente por la SS, los cuales eran momentáneos, la población ahora tendría acceso a medicamentos gratuitos así como seguimiento clínico de su estado de salud, al tiempo que enfatizaba a cada entidad federativa la responsabilidad sobre gastos en salud.

De acuerdo al Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública:

El IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Salud y los Sistemas Estatales de Salud enfrentan serios problemas económicos para ampliar en gran magnitud la oferta de servicios a la población abierta sin antes resolver sus propios problemas para atender satisfactoriamente a quienes ya son derechohabientes. Este aspecto es un desafío que cuestiona la viabilidad del Seguro Popular⁵⁸.

Debido a este contexto, en el presente capítulo se pretende mostrar el esquema bajo el cual surge el SPS, a partir de su justificación y planeación emprendida con el programa piloto denominado *Salud para Todos* (2001). Posteriormente se abordará su aprobación oficial reflejada en la reforma a la Ley General de Salud (2003), la cual se sustenta en el artículo 77 bis de dicha ley, bajo el nombre de Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en el 2004, para con ello poder observar bajo qué premisas se sustenta y se ejecutará el SPS; para posteriormente observar la estructura para el financiamiento así como mostrar el tipo de atención médica otorgada, en el cual también se podrá ver algunos rasgos de la cobertura y afiliación. Con lo anterior se pretende crear un panorama descriptivo del SPS a partir de la visión oficial, para poder confrontarlo en el siguiente capítulo referente a los alcances reales obtenidos, permitiéndonos así observar a qué tipo de necesidades se está atendiendo.

A. Planeación del Seguro Popular de Salud: Fase Piloto.

La creación del Seguro Popular de Salud (SPS) estuvo sujeta no solo a la necesidad de satisfacer estándares internacionales, como lo establecido en la convención *Salud para todos en el año 2000* (Alma Ata, 1978)⁵⁹, sino también a necesidades específicas reflejadas en diversidad encuestas relacionadas con la salud. Desde la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1994 ya se analizaban

⁵⁸ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), *Programa Seguro Popular*, LIX Legislatura Cámara de Diputados, Febrero de 2005, p. 03.

⁵⁹ Declaración de Alma Ata, Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud.

aspectos relacionados con la cobertura, demanda de servicios, calidad, accesibilidad y gastos efectuados por los usuarios, lo cual permitió crear un diagnóstico para ver los alcances y limitaciones respecto de las necesidades de salud de la población. Como resultado, se logró observar que existía reducción del presupuesto destinado para la población abierta y reducción en el abasto de medicamentos, lo cual implicaba que esta población recurriera tanto a la compra de medicamentos como de la medicina privada, debido a la incapacidad por parte del sector público, para atenderlos o satisfacer sus necesidades en materia de salud⁶⁰. Dado que ésta encuesta evidenció el gasto de bolsillo en materia de salud por parte de la población abierta, es que ésta se tomó como referencia para sustentar y justificar la necesidad de la aplicación del SPS.

En el 2000, se llevó a cabo el XII Censo de Población y Vivienda el cual mostró que cerca del 58% de la población nacional no se encontraba incorporada a ninguna institución de seguridad social, significando que un alto porcentaje de la población abierta postergaba el atenderse por motivos económicos referentes no solo al costo de la atención médica, sino también del tratamiento y traslado a la unidad médica; con ello se evidenció la marginalidad en materia de salud en el que vivía todo este sector de la población, por lo que el gobierno planteó como prioritario, crear un mecanismo que asegurara la cobertura universal⁶¹ y la efectividad en la obligatoriedad de la atención primaria para toda la población.

Otro antecedente es la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (2001), aplicada a 1980 hogares en 28 estados de la república, cuyos resultados permitieron observar el movimiento financiero y socioeconómico de la población; logrando identificar ámbitos específicos como: la demanda de atención médica y la disponibilidad de la población para el prepago en salud, sondeando de esta manera el grado o concientización de la cultura de prepago por servicios entre la población. En dicha encuesta se obtuvo que el 50.8% de la población entrevistada no era asegurada y de ésta únicamente el 30.4% estuvo dispuesta a

⁶⁰ La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2000 permitió observar que la población con los índices más altos por gasto en medicamentos correspondía a los dos primeros deciles, esto es, la población de escasos recursos es la que más gasta en materia de medicamentos.

⁶¹ Para así poder terminar con la categoría *población abierta*.

pagar por un seguro público, considerando que el monto que se tendría que pagar sería de 461 pesos mensuales para asegurar a más de 10 miembros de la familia y 106 pesos para 1 o 2 integrantes⁶².

Este tipo de encuesta permitió observar la disponibilidad de la población respecto al pago anticipado por un servicio, sin embargo no se planteó la extensión o tipo de atención médica que se podría brindar, por lo que quizá esta se enfocó al prepago para servicios garantizados de primer nivel y urgencias los cuales pueden quedar incluidos en un paquete básicos de intervenciones médicas (planteados como base en algunos estándares internacionales de atención a la salud), implementando la idea de asegurar la efectividad de los servicios específicos pagados y restándole importancia al hecho del recorte a los servicios de atención médica.

A principios del 2001, la SS identificó por medio de las Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal cinco aspectos que fomentan el desequilibrio respecto al financiamiento en salud:

- 1) Bajo nivel de inversión.
- 2) Origen ineficiente de los recursos para financiar la salud, debido al predominio del gasto de bolsillo.
- 3) Distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas.
- 4) Falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno.
- 5) Creciente destino del gasto público hacia la nómina⁶³.

Con ello se justificó la necesidad de mejorar el sistema público, a partir de una reorientación de las políticas públicas en materia de salud. Siendo entonces que la quinta estrategia del Programa Nacional de Salud (PNS), 2001-2006, planteaba:

⁶² Otro dato que resalto entre la población encuestada es el que se calificó como muy importante el que se contara con equipo y material necesario para brindar la atención médica, así como el contar con abasto de medicamentos, y el recibir información general sobre su estado actual de salud.

⁶³ Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, México, 2006, p. 21.

Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir los gastos de bolsillo y fomentar la atención oportuna de salud⁶⁴.

Esto indica que la línea de acción bajo la cual se implementaría dicha estrategia sería a partir de la consolidación de la protección básica de salud y la promoción de un seguro popular de salud. De ahí la finalidad de implementar el programa piloto *Salud para Todos*, que posteriormente se denominaría Seguro Popular de Salud (SPS), ya que de su éxito dependería la viabilidad de éste tipo de programa.

En octubre de 2001 se llevó a cabo el programa piloto del SPS, *Salud para Todos*, aunque fue a inicios del 2002 cuando logró operar de forma óptima en cinco estado de la república: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. La prueba piloto terminaría en diciembre del 2003, y justamente en esa fecha todos los estados se incorporaron de forma voluntaria al nuevo programa.

El objetivo de la prueba piloto del SPS (*Salud para Todos*) se enfocaba a cubrir tres puntos estratégicos:

1. Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
2. Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del SPS.
3. Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud⁶⁵.

Los resultados que se obtuvieron mostraron que en los estados seleccionados entre el 40% y 50% de la población no era derechohabiente o beneficiario de la seguridad social; por lo que se priorizó la integración de ésta población abierta pertenecientes a los primeros seis deciles de ingresos, ofreciendo una lista donde se indicaban los beneficios o servicios incluidos

⁶⁴ Ídem, p. 27.

⁶⁵ Cfr, Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

(CABEME⁶⁶), dichos servicios serían otorgados por los Servicios Estatales de Salud (SESA) en las unidades correspondientes.

La selección de estos estados se debió a que contaban con alta cobertura por parte de la seguridad social, capacidad para ofrecer servicios, concentraciones altas en zonas urbanas y semi-urbanas así como la existencia de grupos que fueran beneficiarios de programas sociales por parte del gobierno⁶⁷. La importancia de incluir a los beneficiarios por programas sociales, como el Programa Oportunidades, radica en que dichos programas están orientados para la población que vive en extrema pobreza tanto del medio rural como del urbano, por lo que éstos programas sociales permitirían localizar las zonas con mayor nivel de marginación así como el recolectar información socioeconómica de los hogares para con ello poder determinar su grado de pobreza. A diferencia de éstos programas sociales, que frecuentemente no permiten la interacción entre ellos⁶⁸, el SPS únicamente estipularía el no ser derechohabiente de la seguridad social, por lo que pertenecer a algún tipo de programa social no limitaba la afiliación.

El programa piloto, *Salud para Todos*, pretendía estructurar y consolidar un esquema democratizador⁶⁹ del presupuesto destinado a la atención de la salud, contando con subsidios públicos, los cuales se incrementarían conforme el grado de pobreza de la familia beneficiaria, por lo que el SPS se constituiría como el instrumento que permitiera ordenar e incrementar al gasto público en salud.

La forma de financiamiento durante la fase piloto se dio por medio de dos fuentes: subsidios del gobierno federal transferidos por medio de la SS y el correspondiente pago de las cuotas de afiliación ejecutado por las familias afiliadas⁷⁰, aunque cabe mencionar que el subsidio federal otorgado a los estados

⁶⁶ Catálogo de Beneficios Médicos, el cual incluía 78 intervenciones médicas.

⁶⁷ Estos criterios corresponderían a las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud para el 2002, y los cuales para el 2003 cambiarían.

⁶⁸ Por lo general, solamente se puede pertenecer en uno.

⁶⁹ Esquema democratizador en el sentido de que pretende fomentar una cobertura universal de corte horizontal, aunque limitada ya que los pertenecientes a la seguridad social no pueden acceder a él a menos que ya no pertenezcan al trabajo formal. Aunque también se plantean como democrático el acceso a servicios médicos definidos o establecidos a través de un paquete básicos de servicios médicos, el cual tiene a ser limitado puesto que se contemplan los servicios para los padecimientos más comunes o recurrentes entre la población.

⁷⁰ Sin embargo, con la creación del Sistema de Protección Social en Salud en el 2003, la forma de financiamiento sería tripartita; gobierno federal gobierno estatal y cuota de la familia afiliada.

estuvo sujeto a criterios de selectividad, equidad, objetividad, transparencia, temporalidad y publicidad⁷¹. De tal forma que la SS mensualmente destinó subsidios federales por familia a los SESA. Mientras que las cuotas familiares de afiliación al SPS serían progresivas de acuerdo al nivel de ingresos familiares y serían complementadas con los subsidios federales, además dichas cuotas permitirían crear una cultura de prevención, prepago por la atención médica, cuyo beneficio sería el aseguramiento.

Cuotas por familia según decil de ingresos 2002.

Deciles de ingresos (1)	Ingreso trimestral promedio por hogar	Cuota semestral	Cuota anual
I	3,537	120	240
II	6,157	180	360
III	8,395	300	600
IV	10,707	540	1080
V	13,284	900	1800
VI	16,511	1140	2280
VII	20,611	1500	3000
VIII	26,209	1800	3600
IX	37,502	1800	4800
X	90,224	3000	6000

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

Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud, *Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluaciones del Seguro Popular de Salud*, publicadas el 15 de marzo 2002.

Una vez que se terminó la fase piloto se comenzaron a realizar evaluaciones sobre el desempeño del SPS⁷², las cuales se encontraron apegadas a estándares de la OMS, aunque se realizaron ciertas modificaciones para así poder comprobar las condiciones de salud a partir de indicadores como auto percepción del Estado en materia de salud o autocuidado. Respecto a la justicia en el financiamiento en los servicios de salud se recurrieron a los indicadores de porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, porcentaje de hogares con seguros sociales e índice de justicia financiera;

⁷¹ Cfr, Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, op. cit. 2006.

⁷² Para la evaluación del SPS intervinieron la SS y Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) así como de los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño (ENED) 2002-2003 (realizada a 38 000 hogares).

dicho índice permitió medir el grado de equidad respecto al financiamiento del sistema de salud⁷³.

Como resultado de la aplicación del programa piloto y de su respectiva evaluación se logró detectar varios problemas en su operatividad, los cuales permitirían reestructurar el programa para su implementación a nivel nacional:

- Problemas en los procesos de afiliación y financiamiento referentes a coordinación e información.
- Aclaración de las intervenciones (CABEME) cubiertas por el SPS, lo cual permitió realizar una estimación del costo del nuevo catálogo (CAUSES⁷⁴).
- Se realizaron estimaciones de las enfermedades más recurrentes y costosas por región para poder integrarlas al CAUSES.
- Aumentar la cobertura geográfica a partir de la localización de las unidades médicas que tenían la capacidad financiera y en infraestructura para otorgar los servicios del CAUSES.
- Abasto de medicamentos para satisfacer la demanda de los usuarios.
- Se permitió definir los niveles y montos para las cuotas familiares acorde con la capacidad de pago familiar.

Sin embargo, un problema que se detectó fue referente al abasto de medicamentos, puesto que en la Carta de Derechos y Obligaciones de los Asegurados 2002⁷⁵ se estipulaba que los beneficiarios tenían como derecho el recibir el 100% de sus medicamentos, por lo que se decidió crear un sistema administrativo de los propios recursos del SPS para poder vigilar el abasto y terminar con el problema. También se evidenció la exclusión en los servicios de atención médica:

La evaluación detectó otro problema serio en relación al alcance del pago solidario (subsidio) ya que su viabilidad financiera se reduce cuan mayor sea el problema de salud o demanda de atención especializada. El SPS reduce la prestación de servicios médicos a un Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) que para el 2002 incluía solo 78 intervenciones, lo que significa que

⁷³ El sistema de salud se determinaría equitativo o justo de acuerdo a que la distribución del gasto en salud fuera proporcional a la capacidad de pago de los hogares.

⁷⁴ Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud.

⁷⁵ Cfr, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), op. cit, Febrero de 2005.

el Seguro Popular de Salud no atiende enfermedades si no se encuentran clasificadas, desprotegiendo a la población que requiera de atención médica de tercer nivel. Este hecho puede influir en la economía familiar e incrementar los gastos en salud ya que a ello se le sumaría el pago del SPS⁷⁶.

Desde que se aplicó como programa piloto hasta el proceso de evaluación, la justificación oficial de la creación y aplicación del SPS se sustentó bajo las siguientes premisas:

- Ámbito político* ▶ Responde a las necesidades de elevar los índices de salud en nuestro país a partir de garantizar el acceso a servicios integrales de salud con calidad, protegiendo de ésta manera el bolsillo familiar.
- Ámbito jurídico* ▶ Se justifica por medio del Art. 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (derecho a la protección de la salud para todos), y es asunto de la ley el determinar las bases y modalidades para tener acceso a los servicios de salud. Y acorde a la posterior reforma a la Ley General de Salud en la que se inserta el SPS, éste otorgará servicios de salud para las familias que carecen de un sistema de protección social.
- Ámbito social* ▶ Se sustenta dado que se respalda en el hecho de que existen rezagos en materia de salud en segmentos amplios de la población debido a las diversas condiciones de pobreza, problemas de salud relacionados con la contaminación ambiental, así como los ocasionados por la *transición demográfica*, discriminación en la prestación de los servicios ocasionados por no poseer la derechohabencia o por su condición socioeconómica, así como el incremento en el precio de medicamentos.
- Ámbito económico-financiero* ▶ Se justifica por el impacto del gasto de bolsillo en materia de atención médica sobre la economía familiar en la población no incorporada a la seguridad social, por lo que se asigna como gastos catastróficos cuando la familia destine más del 30% de su ingreso para atender necesidades en materia de salud, de ahí que se pretenda fomentar la reducción de gastos en salud por entidad federativa así como optimizar la equidad en la asignación de recursos por estado⁷⁷.

Una vez concluida la fase piloto se prosiguió a establecer la definición del SPS así como su establecimiento como programa nacional, con marco jurídico, y sus beneficios representados en el tipo de servicio médico.

⁷⁶ Ídem, p. 16.

⁷⁷ Cfr, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), op. cit, Febrero de 2005.

B. *¿Qué es el Seguro Popular de Salud y cómo se sustenta legalmente?*

El SPS se definiría como un instrumento de transferencia, debido a que integraría a la población abierta (es decir, la población no incluida en la seguridad social) y en estado de pobreza a un seguro público para hacer efectivo no solo su derecho a la salud, sino también a la protección de la misma, el cual se llevaría a cabo por medio de un paquete básico de servicios médicos, propiciando al mismo tiempo la concientización de una cultura de prepago para tener acceso a los servicios públicos de salud; en teoría, el servicio médico estaría garantizado dado que se realiza el pago anticipado, siguiendo con ello la lógica de los seguros a la vez que se diferencia del servicio asistencial⁷⁸ que venía caracterizando a los servicios de la SS para la población abierta, el cual no se encontraba regulado⁷⁹ y era de carácter intermitente.

El 13 de mayo de 2003, el entonces presidente, Vicente Fox Quesada, firmó el decreto mediante el cual se expediría la reforma al sector salud, en la que destacaba el esfuerzo por crear reglas de financiamiento para la prestación de los servicios de salud así como el incorporar la protección social en salud dentro del ámbito de la salubridad general, por lo que dicha reforma estaría dirigida para la población no perteneciente a la seguridad social. De esta forma se crearon grupos de trabajo con la finalidad de desarrollar una plataforma organizativa y operativa para el SPS, planteándose cinco grupos específicos para:

1. Aspectos jurídicos.
2. Prioridades de servicio.
3. Movilización y asignación de recursos financieros.
4. Organización interna, instrumentos gerenciales y planeación de la infraestructura.
5. Servicios de salud a la comunidad⁸⁰.

Lo anterior nos dejaría pensar que con el SPS se realiza una transición a un servicio orientado exclusivamente en la atención médica dejando a un lado la

⁷⁸ Comprendido como un servicio abierto, de libre acceso.

⁷⁹ En el sentido de que los pacientes no contaban con un expediente clínico para poder tener un seguimiento de su padecimiento, siendo que el uso del servicio servía para crear estadísticas respecto a la recurrencia del tipo de atención que se solicitaba.

⁸⁰ Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. op. cit, 2006, p. 32.

parte social, es decir, los medios que propician la salud a partir del fomento de la integración social o grupal no se encuentran incorporados como estrategias para la conservación de la salud, puesto que se parte de la concientización del cuidado de la salud como un bien individual y no social. Así, el Estado pretendía que a través del SPS se incrementaran las opciones para el cuidado de la salud (sin embargo se responsabiliza el individuo el acercarse a ellas y por tanto cuidar de su salud), enmarcando así la democratización de la salud (que de acuerdo a la visión oficial es ejercer el derecho a la salud a partir del acceso voluntario a servicios médicos públicos) y la cobertura universal.

De acuerdo al entonces Secretario de Salud, Julio Frenk Mora, el SPS se podía observar como un programa que realizaba por primera vez la medición del tipo atención médico-paciente, al tiempo en que se establece un cambio de paradigma respecto al modelo de atención médica, ya que se pasa del asistencialista (un favor) a uno de derecho (capacidad de ejercer sus derechos, ya que es un servicio comprendido constitucionalmente). Por lo que de acuerdo a esta visión oficial, el SPS trabajaría bajo la ideología de un servicio descentralizado, ya que cada estado brindará el servicio creando un incentivo para la gente; y al ser un seguro voluntario y de aplicación universal no solo se permitiría que la población ejerciera su derecho a la salud sino también se evidenciaba la aplicación de un “modelo democrático”⁸¹.

El Seguro Popular de Salud (SPS) se enmarca en la estrategia del PNS 2001-2006, su propósito es brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud: público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos sufragados por el bolsillo de las personas, y fomentar la atención oportuna a la salud. Contemplando que los gastos médicos ocurren normalmente en las condiciones más adversas para las familias de menores ingresos no aseguradas, de ahí que el discurso oficial catalogue al SPS como un programa innovador de carácter federal, así como un mecanismo de protección de las finanzas familiares.

⁸¹ Cfr, Programa *Espiral* Canal 11, Sistema de Salud y Seguridad Social: El Seguro Popular de Salud, 3 de agosto de 2005, 10 p.m.

Proceso de consolidación del SPS.

- 2003 ► El Congreso de la Unión, por medio de diversas modificaciones y reformas a la Ley General de Salud, aprobó la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), siendo el SPS el ejecutor o la parte operativa de dicho sistema y medio financiero.
- 2004 ► Entra en vigor la nueva Ley, SPSS, quedando así establecidas las acciones de protección social en materia de salud que se ofrecerían en todas las entidades federativas⁸².
- Se aprobó y publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento en materia de Protección Social en Salud, por lo que el SPSS quedó insertado en la Ley General de Salud como adicionada en el Título Tercero bis, también conocido como artículo 77 Bis, constando con 10 capítulos y 41 artículos⁸³ en los que se define todos los lineamientos para su operatividad y financiamiento, además de que el SPSS quedaría protegido en el artículo 4º de la Constitución Mexicana en el cual se especifica el derecho a la protección de la salud.

Siendo entonces que el SPSS se definiera oficialmente como una reforma en salud cuyo objetivo planteaba la renovación de la concepción de la salud pública, a partir de otorgar un servicio médico que incluía: expediente clínico, consultas médicas, hospitalización, cirugías y medicamentos, todo ello relacionado a las enfermedades de mayor demanda para los SESA (diferenciándose así de los servicios asistencialistas de la SS).

El Seguro Popular de Salud es definido 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 la seguridad social”. Su principal objetivo es el reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas⁸⁴.

De esta manera se abordará de forma sintética los capítulos del Artículo 77 bis de la Protección Social en Salud contenido en la Ley General de Salud:

⁸² Cfr. Gaceta de Salud, Secretaría de Salud, Noviembre-2005. La creación del SPS fue respaldada por el 94% del Senado y por el 73% de la Cámara de Diputados, con la aparente participación de los legisladores de todos los partidos.

⁸³ Adicional a la estipulación del SPSS dentro de la Ley General de Salud, artículo 77 bis, éste cuenta con 3 reglamentos: Reglamento en materia de Protección Social en Salud, Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud y Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

⁸⁴ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), op. cit, Febrero de 2005, p. 38-39.

<p>1) <i>Disposiciones Generales:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - La protección social en salud se definirá como un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilizarlo 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 social⁸⁵. - Como mínimo se contemplan 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. - El SPSS para su ejecución y control contará con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), siendo la SS coordinadora; contando a su vez con la participación subsidiada y coordinada de la Federación. - Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud se incorporarán al SPSS; comprendiendo que la unidad de protección será el núcleo familiar⁸⁶. - La competencia entre el gobierno federal y el estatal en la ejecución de las acciones de protección social estarán a cargo del Ejecutivo Federal, ya que por conducto de la SS se proveerán los servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para éste rubro. Siendo entonces responsabilidad de los gobiernos de los estados el identificar e incorporar beneficiarios al REPSS, para lo cual es necesario el aplicar actividades de difusión y promoción.
<p>2) <i>De los Beneficios de la Protección Social en Salud:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gozarán de los beneficios del SPSS las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos: ser residentes en el territorio nacional, no ser derechohabientes de la seguridad social, contar con CURP, cubrir las cuotas familiares correspondientes.
<p>3) <i>De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los REPSS deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de acuerdo con el respectivo programa que elabore la SS. - El SPSS será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados y los beneficiarios, siendo entonces tarea del Gobierno Federal el cubrir anualmente una Cuota Social (CS) por cada familia beneficiaria del SPSS equivalente a 15% de un Salario Mínimo General Vigente (SMGV) diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). - El SPSS, el Gobierno Federal y los gobiernos estatales deberán efectuar aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios: la aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la CS, la aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP) de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley; ésta aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la

⁸⁵ Lo cual también responde a la lógica del Estado Neoliberal, el cual únicamente se encarga de ofrecer una serie de servicios, que respondan a las necesidades básicas de los ciudadanos, creando soluciones intermitentes ante la demanda del servicio.

⁸⁶ Cónyuges, concubina, concubinario, padre, madre, hijos y adoptados menores de los dieciocho años.

	CS.
4) <i>Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad:</i>	- El Gobierno Federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC), a través del cual se aportarán recursos que los gobiernos estatales podrán utilizar para acciones relacionadas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, los cuales quedarán establecidos en los objetivos tanto del PND y el PNS.
5) <i>De las Cuotas Familiares:</i>	- Los beneficiarios del SPSS participarán en su financiamiento con Cuotas Familiares (CF) que serán anticipadas, anuales y progresivas, las cuales se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, y deberán de cubrirse en la forma y fechas que determine la SS, excepto cuando se presente la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, puesto que dicha condición no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del SPSS. La CF no será objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios de la protección social en salud.
6) <i>Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos:</i>	- Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General (CSG) podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en función de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, en dichas reglas deberá considerarse la posibilidad de que aquellos beneficiarios cuya condición socioeconómica así lo justifique, no cubran las cuotas. - Se considerarán gastos catastróficos a aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el CSG, que permitan satisfacer las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo dado su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren. - De la CS y las aportaciones solidarias, la SS destinará el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).
7) <i>De la Transparencia, Control y Supervisión del Manejo de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud:</i>	- Tanto la Federación como los REPSS, a través de los SESA, difundirán toda la información que tengan disponible respecto a coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del SPSS, entre otros aspectos, todo ello con la finalidad de facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del sistema.
8) <i>Del Consejo Nacional de Protección Social en Salud:</i>	- Se constituye como un órgano colegiado consultivo de las acciones del SPSS, es decir, el Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) estará integrado por los titulares de la SS (quien lo presidirá y tendrá voto de calidad), SEDESOL y SHCP, además por los titulares del IMSS y del ISSSTE, así como por el Secretario del Consejo de Salubridad General, y por los titulares de los SESA de cinco entidades federativas, participantes en el SPSS y que representen a las distintas regiones del país. Así mismo, se invitará a las sesiones del CONPSS a un representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud. - El SPSS contará con una Comisión Nacional (Comisión Nacional de Protección Social en Salud-CNPSS), como órgano desconcentrado de la

	SS, con la estructura y funciones que le asigne su reglamento interno.
9) <i>Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Los beneficiarios del SPSS tienen derecho a recibir, bajo ningún tipo de discriminación tanto, los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos (expediente clínico), en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los REPSS. - Los beneficiarios del SPSS tendrán las siguientes obligaciones: adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud, cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse, cubrir oportunamente las cuotas familiares.
10) <i>Causas de Suspensión y Cancelación al Sistema de Protección Social en Salud:</i>	- La cobertura de protección social en salud será suspendida cuando no cubra las cuotas familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, o cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal. Por otra parte, la cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del SPSS en un mismo ejercicio presupuestal.

Quedando ya expuestos las normas bajo las cuales se sustenta y opera el SPSS, resulta primordial el mostrar los principios mediante los cuales dicha normatividad y operatividad se basaron, sobretodo por que estos principios constituyen la piedra angular de la reforma a la Ley General de Salud:

- *Universalidad:* cuya finalidad es evitar, y en el mejor de los casos erradicar, la exclusión social.
- *Portabilidad nacional:* facilitar la movilidad del individuo para tener acceso a los servicios de salud en cualquier parte del país, y por tanto hacer efectivo su derecho a la protección de la salud.
- *Priorización explícita de servicios-intervenciones:* utilizar los recursos destinados a la salud de tal forma que se logre mejorar las condiciones de salud de la población, atendiendo las necesidades de salud más demandadas entre la población, al tiempo que se garantizan las prácticas médicas correspondientes a su costo, explícito en un catálogo básico de intervenciones.
- *Prepago de servicios de salud, solidaridad financiera y subsidiariedad:* cuya finalidad apunta a la generación y promoción de un financiamiento justo en materia de salud además de permitir la corresponsabilidad en el financiamiento y operatividad del sistema de salud.

- *Presupuestación democrática y rendición de cuentas*: orientada a una plena prestación de los servicios, así como el que los recursos otorgados correspondan con la demanda ciudadana⁸⁷.

Comprendidos los fundamentos del SPS, es necesario mostrar su forma de financiamiento.

C. Financiamiento.

Posterior a la fase piloto, el SPS funcionaría como una institución tripartita, a partir de la unión del Gobierno Federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias, aportando los recursos necesarios para financiar de manera solidaria la atención médica que se brinda a las familias afiliadas. El monto de las cuotas familiares se establecieron en función al ingreso de cada familia, sin embargo, la insuficiencia o carencia de éste no se consideraría como limitante para tener acceso al sistema, ya que éstas familias quedarían exentas del pago de la cuota. Por medio del SPSS se pretende ampliar la protección financiera a partir de un aseguramiento público que reduzca el gasto familiar en materia de salud al tiempo que se garantiza la atención médica.

En el presente apartado se pretende mostrar la forma y mecanismos mediante los cuales se establece el financiamiento del SPSS, y con ello su impacto en el SPS.

...mediante la sustitución de cuotas de recuperación por el cobro de cuotas familiares en función del nivel socioeconómico, la protección de la salud se concibe como una responsabilidad compartida por el gobierno y la sociedad⁸⁸.

Considerando que la finalidad del financiamiento del SPS es terminar con la desigualdad en la asignación de los recursos públicos en salud a nivel regional, institucional y grupos de personas, sobre todo si consideramos que el sistema financiero que propone el SPSS es que la asignación del gasto se otorgue a partir del número de familias afiliadas por estado, por lo que la asignación del

⁸⁷ Cfr, Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, op. cit, 2006.

⁸⁸ Ídem, p.37.

presupuesto estará sujeta por la población que demanda el servicio, de tal forma que los gobiernos estatales recibirán presupuesto acorde con su grado de afiliación. Ésta asignación de los recursos a partir del grado de afiliación permite ubicar a los hogares-familias por decil de ingreso, lo cual resulta significativo si contemplamos que el objetivo de la reforma es cubrir a las familias pertenecientes a los dos primeros deciles de ingreso.

Primeramente cabría decir que el SPSS integra y brinda un conjunto de servicios de salud a la comunidad, los cuales quedan a cargo del gobierno estatal y de la secretaría estatal de salud; estos son conocidos como bienes públicos de salud y es a partir de su comprensión que el SPSS estructura los mecanismos mediante los cuales responderá sus estrategias de financiamiento. Los bienes públicos de salud se categorizan en dos ramos:

- 1) Bienes públicos nacional o regional.
- 2) *Bienes públicos local o estatal*: el gobierno federal brinda apoyo financiera por medio del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC)⁸⁹.

Clasificación de los Bienes de Salud.

Bienes de Salud		
	<i>Bienes Públicos</i>	<i>Servicios de la salud a la persona (atención médica)</i>
- Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación - Información y evaluación - Políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Diagnóstico • Tratamiento • Rehabilitación
- Conocimientos resultados de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia epidemiológica - Servicios ambientales 	
- Servicios de salud a la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios colectivos - Extensión comunitaria - Atención en desastres 	

Extraído de **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**, Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de Salud, México 2006.

⁸⁹ El crecimiento del FASC se podrá determinar a partir del incremento observado en el gasto público en salud así como por medio de crecimiento de la población total, a estos también se le sumará los recursos necesarios para las acciones cubiertas por dicho fondo.

Dado que en nuestro país existe descentralización de funciones, es que en el aseguramiento público de la atención médica la transferencia de los recursos financieros implica la utilización de subsidios cruzados entre grupos poblacionales; de igual forma, la transferencia financiera significa traspasar la administración de los riesgos entre órdenes de gobierno o entre la población.

Subsidios cruzados y transferencia de riesgos en el SPSS.

Subsidios cruzados	Transferencia de riesgos
<p><i>Subsidios de la población sana a la enferma</i></p> <p align="center">↓</p>	<p><i>Entre órdenes de gobierno</i></p> <p align="center">↓</p>
<p>I. Entendidos como las contribuciones que ejercen los gobiernos a nivel federal y estatal, las familias [independientemente del estado actual de salud de sus integrantes].</p>	<p>El gobierno federal no solo transfiere recursos a los gobiernos estatales sino también responsabilidad de la administración así como de la previsión de los servicios cubiertos por el SPSS.</p>
<p>II. La participación de la asignación de los recursos para los servicios en función de la demanda [comprendido como los recursos destinados para atender a la población enferma].</p>	<p><i>Entre las familias afiliadas y el gobierno estatal</i></p> <p align="center">↓</p>
	<p>Cuando las familias afiliadas realizan el pago de la cuota familiar al gobierno estatal, inmediatamente transfieren al estado el riesgo de financiar y brindar los servicios cubiertos por el SPSS al momentos de solicitarlos.</p>
<p><i>Subsidios de la población con mayores recursos financieros hacia la población con menores recursos</i></p> <p align="center">↓</p>	<p><i>Entre el gobierno estatal y los prestadores de servicios en el estado</i></p> <p align="center">↓</p>
<p>I. Comprende el cobro de las cuotas familiares como progresivo [acorde a la condición socioeconómica familiar].</p>	<p>Cuando se realiza la transferencia de recursos de los gobiernos estatales a las unidades que brindan los servicios se está realizando también la transferencia de riesgo de la gestión de servicios para que el financiamiento sea completo. [todo ello con la finalidad de establecer el concepto de micro-eficiencia en la otorgación de los servicios].</p>
<p>II. Se otorgará indirectamente un subsidio por medio de la atención médica otorgada a las familias con menores recursos financieros que ejerzan una mayor demanda en los servicios de salud.</p>	<p><i>Entre el gobierno federal y las familias afiliadas</i></p> <p align="center">↓</p>
	<p>Se refiere a la capacidad del gobierno federal de retener una porción de los recursos federales y estatales para con ello cubrir el financiamiento de servicios de alta especialidad así como atender contingencias de salud a la comunidad que atentaran contra el equilibrio del SPSS. [funciona como una administración del riesgo a partir de agrupaciones de riesgo a nivel nacional]</p>

Extraído de **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**, Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de Salud, México, 2006.

Ahora bien, el modelo financiero del SPSS se basa en una contribución tripartita⁹⁰, semejante a la aplicada por la seguridad social:

Aportaciones por familia en el ejercicio 2008, SPSS.

Aportaciones Federales		Aportación Estatal	Aportación Beneficiarios
<i>Cuota Social</i>	<i>Aportación Solidaria Federal</i>	<i>Aportación Solidaria Estatal</i>	<i>Cuota Familiar (Reserva Familiar)</i>
\$2 906.56	\$4 359.84*	\$1 453.28	De acuerdo con su capacidad económica.
[15% de un SMGV DF]	[1.5 veces la Cuota Social]	[0.5 veces la Cuota Social]	

SMGV DF: Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.

*Promedio, ya que dicha aportación varía entre estados.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

1. *Cuota Social* (CS): Su finalidad es fomentar la equidad financiera entre instituciones y reducir el gasto de la población en materia de salud, ésta cuota está cubierta por el gobierno federal anualmente por cada familia incorporada al SPSS; equivale al 15% del SMGV del Distrito Federal vigente al 01 de enero de 2004 (2 477 pesos anuales por familia afiliada) y se actualizará acorde con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).
2. *Aportación solidaria*: Proviene de recursos federales y estatales, cuya finalidad es fomentar la corresponsabilidad y equidad, por lo que se dividen en dos tipos:
 - I. *Aportación Solidaria Estatal* (ASE) mínima por familia corresponde a la mitad de la CS.
 - II. *Aportación Solidaria Federal* (ASF) por familia es en promedio una vez y media veces el monto por familia de la CS.

El SPSS será el encargado de contabilizar los recursos existentes que se repartirán por medio de diversos presupuestos en salud y que transfiere al ASF para los estados. Por lo que las causas de la suspensión de la transferencia de los recursos federales a las entidades se pueden dar cuando:

- I. Se presente un uso distinto a lo establecido tanto en la Ley y el Reglamento sobre los recursos asignados al SPSS.
- II. No se realice el pago de la ASE.

⁹⁰ Contenido específicamente en la *Ley General de Salud*, Artículo 77 bis 11 a 13.

- III. No se envíe la información requerida sobre el ejercicio de los recursos del SPSS.
- IV. Se incumpla cualquiera de las obligaciones pactadas en el acuerdo de coordinación de adhesión al SPSS⁹¹.

3. *Cuota familiar*⁹²(CF): es el mecanismo mediante el cual las familias afiliadas se corresponsabilizan sobre el financiamiento del SPSS; es una cuota anual que depende de la condición socioeconómica de la familia, y en caso de que la familia por su situación socioeconómica sea exenta de pago, esto no significará el quedar excluido de incorporarse al SPS. Las cuotas familiares publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 14 de febrero de 2008, y que se mantuvieron vigentes para el ejercicio fiscal de 2009, se distribuyeron de la siguiente forma:

Decil de Ingreso*	Cuota Anual Familiar (en pesos)
I	-
II	-
III	713.96
IV	1,400.04
V	2,074.97
VI	2,833.56
VII	3,647.93
VIII	5,650.38
IX	7,518.97
X	11,378.86

*Decil de Ingreso: Clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y el gasto de los hogares.

Durante el proceso de afiliación se ubican a las familias en el decil de ingresos correspondientes clasificándolas en dos regímenes (los cuales definirían su tipo de aportación financiera más no el tipo y acceso de servicios médicos): régimen contributivo (en el cual las familias aportarán una cuota familiar anual, anticipada por medio del prepago y progresiva) o al régimen no contributivo (a ésta pertenecen las familias que no pueden pagar la cuota familiar).

⁹¹Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. op.cit, p. 54.

⁹²Debido a su carácter de pago anticipado con esta cuota se eliminan las cuotas de recuperación.

Régimen Contributivo	Régimen No Contributivo
<ul style="list-style-type: none"> • Las familias pagan una CF acorde a su nivel socioeconómico. • El esquema de la CF se establece a partir de nivel de ingresos familiar promedio acorde a cada nivel de ingresos. • A cada familia se le realiza un examen socioeconómico para ubicarla en el decil de ingresos correspondiente y así establecer su respectiva CF [III al X decil]. • Cada tres años se revisará y verificará la correspondencia entre decil de ingresos con la familia asignada. • El esquema de la CF del SPSS queda a cargo del Ejecutivo Federal por medio de la CNPSS. • Queda en poder de los gobiernos estatales el administrar, recibir y ejercer las CF. • La CF llegará a moverse anualmente acorde a las variaciones del INPC. • La CF representa la tercera fuente de financiamiento del SPS, por lo que dicha cuota no cubre totalmente los costos de los servicios de salud otorgados por el SPSS, de ahí que para fortalecer esta cuota es que se reciben subsidios del gobierno federal y de los gobiernos estatales por medio de la CS, ASF y ASE. 	<ul style="list-style-type: none"> • La carencia de recursos no es limitante para ser incorporado al SPS y gozar de los beneficios de éste. • Las familias que son sujetas a incorporarse a este régimen son: <ul style="list-style-type: none"> a) Las que poseen un nivel de ingreso familiar que los ubique en los deciles I y II en la distribución del ingreso a nivel nacional. b) El ser beneficiario de los programas de combate a la pobreza extrema dirigidos por el Gobierno Federal. c) El ser residente de localidades rurales con muy alta marginación y tener una población menor a 250 habitantes. [aunque también deberán de considerar algunas disposiciones que llegue a fijar la CNPSS]. • Para cubrir la CF de las familiar ubicadas en éste régimen será necesaria la intervención de la aportación de la SS, los estados u otros terceros. • El criterio para determinar a las familias que pertenecerán a éste régimen se basará inicialmente en la ENIGH; además los métodos que emplee la CNPSS para asignar la CF se sujetarán a los lineamientos del Comité técnico para la Medición de la Pobreza.

Extraído de **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**. Secretaría de Salud, Biblioteca de la Salud, FCE, México, 2006.

Si bien es cierto que la inscripción al SPS garantiza la protección en salud a los integrantes de la familia⁹³, también se consideran las familias unipersonales⁹⁴, esto es, la conformada por un solo individuo mayor de 18 años. Por lo tanto, la finalidad de la CF radica en:

- El crear una cultura de corresponsabilidad: es decir, se pretende ofrecer a la gente mayores elementos para exigir sus derechos al momento de recibir los servicios cubiertos de atención médica, así como de medicamentos,

⁹³ La cual contempla: el padre, la madre, los hijos menores de 18 años de alguno de los padres o de ambos; también al padre y la madre del titular o de su cónyuge, mayores de 64 años que vivan en el mismo hogar, además a los menores de 18 años que tengan parentesco de consanguinidad con el titular, siempre y cuando vivan en el mismo hogar tales como nietos, hermanos y sobrinos.

⁹⁴ Las familias unipersonales son las conformadas por una persona mayor de 18 años que se afilie de manera individual, la cual aportará el 50% del monto de la cuota familiar que corresponda al decil de ingreso en que se ubique.

correspondientes al padecimientos al tiempo que se les concientiza sobre el cuidado de la salud a partir de una medicina preventiva.

- Crear y fomentar una cultura de prepago por servicios médicos: concientizar a la población que el pago anticipado por la atención médica es la mejor forma de evitar los gastos de bolsillo en materia de salud, es decir, deberá de considerarse como una inversión el incorporarse al SPSS, puesto que se beneficiarán por un año de los servicios médicos cubiertos y dado que se pretenden que sean servicios de acceso inmediato la familia puede hacer uso de ellos cuando lo requiera.
- Fomentar entre las familias incorporadas al SPSS una cultura de medicina preventiva: dado que la población no realiza un chequeo regular en su salud es que incrementa el riesgo de padecer alguna enfermedad, por lo que el ofrecer una medicina preventiva incentiva el conservar la salud entre la población y con ello se pretende reducir los riesgos de enfermar⁹⁵.

Pese a que el SPSS se basa bajo un esquema tripartito (Cuota Social+ Aportación Solidaria⁹⁶+Cuota Familiar), el sistema necesita de aportaciones auxiliares, estableciéndose la estructuración de cinco esquemas de aportaciones:

<i>Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP)</i>	La SS será quien determine el monto total anual para los recursos federales disponibles para este fondo, cuya previa aprobación es ejercida por la SHCP; interviniendo además aspectos como el número de familias beneficiarias por estado, necesidades en materia de salud por parte de la población, esfuerzo y desempeño estatal.
<i>Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de la Comunidad (FASC)</i>	También es asignado por la SS el apoyo de la Comisión Permanente de Servicios de Salud para la Comunidad (CPSSC), con previa aprobación de SHCP. Por ello es que la distribución del Fondo entre los estados se establece considerando la población total del estado más población total de las entidades federativas incorporadas al SPSS, de tal forma que la asignación al estado para el año fiscal en conjunto con el incremento anual conforme a la disponibilidad de recursos.
<i>Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)</i>	Se compone de la CS y de las aportaciones solidarias, además la SS canaliza el 8 por ciento de esos recursos para este Fondo, por lo que el objetivo de éste es el apoyar enfermedades de alto costo, dirigido a los centros regionales de alta especialidad seleccionadas, cabe mencionar que los gobiernos estatales, organizaciones públicas y organizaciones no gubernamentales pueden brindar recursos extras para este fideicomiso. Mientras tanto, corresponde al CSG el enumerar enfermedades,

⁹⁵ Cfr, Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. op. cit, 2006.

⁹⁶ Considerando que la Aportación Solidaria (AS) está integrada por la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Aportación Solidaria Estatal (ASE).

	tratamientos y medicamentos que provocan gastos catastróficos.
<i>Previsión Presupuestal Anual</i>	A partir de la integración de CS y aportaciones solidarias, es que la SS canalizará el 3 por ciento para la constitución de esta Previsión, y de esta dos terceras partes son dirigidas para infraestructura en atención primaria y especialidades básicas para las entidades federativas que presentan mayor marginalidad social; mientras la restante tercera parte es destinada a situaciones emergentes por la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal.
<i>Cuotas Familiares (CF)</i>	Se calculan conforme a las condiciones socioeconómicas de cada familia y revisadas anualmente por medio del INPC; cuando la familia no tiene capacidad de pago esta se ubica en el <i>régimen no contributivo</i> , únicamente si esta se encuentra dentro de los deciles uno y dos de la distribución de ingresos o sean beneficiarios de programas de combate a la pobreza extrema y residentes rurales. Cabe mencionar que los recursos del régimen no contributivo no pertenecen a las aportaciones solidarias ni a la CS sino que son aportaciones asignadas por la SS, con previa autorización de la SHCP, para los estados y terceros solidarios.

Fuente: Informe de Resultados del SPSS 2008, Secretaría de Salud.

Origen, Destino y Aplicación de los Recursos.

Origen de los recursos	Destino	Aplicación
CS* → [15% del salario mínimo del Distrito Federal]	Transferencia a entidades federativas por familia afiliada → 89%	Atención y prestación de servicios de salud contenidos en el CAUSES y medicamentos asociados
Federal → [1.5 veces la Cuota Social]		
Estatat → [0.5 veces la Cuota Social]		
CF [Progresiva o nula, según condición socioeconómica de la familia]	FPGC → 8%	Tercer nivel de atención Prestación de Servicios Especializados Enfermedades de Alto Costo [Priorización de Intervenciones]
	Fondo de Previsión Presupuestal → 3%	Imprevistos en la demanda de servicios Necesidades de infraestructura Cubrir cuotas incumplidas por parte de los gobiernos estatales

*Actualización con base en la inflación nacional.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2006.

Por otra parte, el SPSS a través del SPS, concebido como medio financiero, abarca el aseguramiento sobre un grupo de beneficios explícitos de atención médica que corresponde a las necesidades de la población afiliada. Las intervenciones son seleccionadas a partir de un proceso de priorización, el cual se basa a partir de criterios de costo-efectividad, continuidad en la atención, apego a normas ético-médicas, disponibilidad de infraestructura y aceptabilidad social.

Posteriormente, las intervenciones seleccionadas y los medicamentos asociados a ellas se insertan en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES)⁹⁷, otorgando su servicio a las familias incorporadas al SPSS.

El encargado de realizar los cálculos en los costos de las intervenciones del CAUSES del SPSS es la CNPSS, en específico la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. Para la estimación de los costos de los servicios esenciales se usan como puntos de referencia las guías clínico-terapéuticas⁹⁸ de cada intervención; posterior a ello, se le tiene que agregar los medicamentos y estudios asociados con la intervención. Por ello es que se utilizaron las bases del proyecto denominado CHOICE⁹⁹ respaldado por la OMS, el cual hace referencia al análisis costo-efectividad, ya que éste proyecto identifica intervenciones costo-efectividad a nivel mundial, de ahí que el CAUSES lo tomara como modelo. Las bases del CHOICE se centran en:

- Identificación de categorías de intervenciones en salud comunes en las diversas regiones del mundo que se analizan.
- Priorización de las intervenciones preventivas sobre las curativas en la mayoría de las categorías identificadas.
- Resultados concretos por región.
- Aplicación de métodos estandarizados para el análisis costo-efectividad para poder aplicarse a todas las intervenciones bajo diferentes ambientes¹⁰⁰.

En el caso del CAUSES, estos principios se ha logrado aplicar de la siguiente manera:

⁹⁷ Dicho catálogo presentó dos transformaciones antes de llegar al actual: en el 2001-2003 se denominó Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), en el 2004 se amplió y nombró Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), y nuevamente se amplió en el 2006, siendo al vigente hasta la fecha, al cual se nombró CAUSES.

⁹⁸ Cfr, Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. op. cit, 2006. Por guías clínico-terapéuticas se entenderá el establecimiento de un protocolo de procedimientos los cuales permiten contemplar a profundidad las actividades paso por paso de las intervenciones de diagnóstico como terapéuticas necesarias para atender un padecimiento.

⁹⁹ Nombrado así debido a sus siglas en inglés **CHO**osing Interventions that are **Cost-Effective**, y entendido en español, como Elección de intervenciones que son costo-efectivas.

¹⁰⁰ Cfr, Ídem.

Categoría	Intervención
Cáncer de mama	Mastectomía parcial, disección auxiliar y radioterapia.

Fuente: **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**, Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de Salud, 2006, México.

De acuerdo al discurso oficial, el lograr introducir totalmente este tipo análisis costo-efectividad al CAUSES se enfoca a la reducción de gastos en salud, sin embargo tendríamos que destacar que resulta necesario primero contar con la infraestructura material y humana suficiente así como el contar con recursos financieros necesarios para lograr una óptima cobertura sobre toda la población objetivo.

Por otra parte, también debe de considerarse el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) el cual es el encargado de apoyar a los gobiernos estatales en el financiamiento del tratamiento sobre padecimientos que significan un riesgo asegurable (servicios de alta especialidad), esto entendido dentro de la lógica del aseguramiento¹⁰¹ puesto que representa un gasto catastrófico desde la perspectiva institucional. Es así como a través del FPGC se pretende consolidar un financiamiento eficiente para los servicios de alta especialidad, asegurar la integridad y continuidad de los servicios de primer y segundo nivel, así como de alta especialidad, a partir de la construcción de centros regionales de alta especialidad y articulación de redes de prestadores de servicios.

La Ley General de Salud estableció la posibilidad de poder percibir recursos financieros por medio de aportaciones adicionales de terceras instancias dirigidas para el FPGC. Estos recursos adicionales al presupuesto del FPGC ayuda a expandir la cobertura financiera para incorporar tratamiento de enfermedades que implican altos costos y tratamiento especializado. Este tipo de universalización es nombrada cobertura vertical de enfermedades¹⁰².

¹⁰¹ Cfr, Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, op. cit, 2006. Bajo la visión clásica para considerar el aseguramiento de un riesgo se necesita:

- a) Que el riesgo tenga una baja probabilidad de ocurrencia.
- b) Que el riesgo represente una pérdida financiera considerable.
- c) Que el riesgo, en caso de presentarse, no sea provocado, es decir, involuntario.

¹⁰² En contraste con la cobertura horizontal poblacional, la cual se enfoca a la cobertura por medio de la incorporación de grupos poblacionales.

Dimensiones de la cobertura universal.

Tipo de cobertura	Punto de referencia	Criterio para la ampliación
Horizontal	Grupos de población	Equidad socioeconómica y de género
Vertical	Grupos de intervenciones	Prioridades explícitas

Extraído de **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**. Secretaría de Salud, Biblioteca de la Salud, FCE, México, 2006, p. 57.

Debido a la naturaleza de seguro público del SPSS, existen incentivos para los afiliados de incurrir en comportamientos como el llamado “riesgo moral” que se refiere al consumo o utilización excesiva y sin justificación médica de un bien o servicio como es el caso de los medicamentos o servicios médicos. Este tipo de comportamiento podría generar fuertes presiones para la solvencia financiera del SPS, razón por la cual se requieren mecanismos que inhiban dichos comportamientos en la medida de lo posible¹⁰³.

En la Ley General de Salud, a través del artículo 77 bis establece que:

Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia de su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados¹⁰⁴.

Las cuotas reguladoras, de acuerdo a la ley, tienen por finalidad el: modular la demanda, fomentar no sólo la corresponsabilidad de los ciudadanos sino también el uso racional tanto de medicamentos como de los servicios de salud; aunque cabría mencionar que el CSG puede llegar a establecer el monto de la cuota reguladora. Todos los recursos recaudados por la cuota reguladora deberán de invertirse para el financiamiento de abasto de medicamentos, equipo y otros insumos necesarios para el óptimo desempeño del SPSS.

Comprendiendo entonces la forma bajo la cual se estructura el financiamiento del SPS, podemos observar de forma sintética la forma como se ha manejado el presupuesto destinado a lo largo de cuatro años:

¹⁰³ Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, op. cit, p. 61.

¹⁰⁴ Ídem, p. 61.

Presupuesto ejercido del Sistema de Protección Social en Salud, 2004-2008.

Concepto	Ejercicios				
	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL a) + b) + c)	4 434.0	8 742.5	17 283.8	26 320.8	34 834.1
a) SEGURO POPULAR	4 315.3	7 988.7	16 100.1	25 443.9	32 655.8
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal	3 367.1	6 382.5	12 170.4	18 898.7	24 892.3
Fondo de Previsión Presupuestal	232.5	514.0	1 044.3	1 512.3	2 076.4
Fondo de Previsión Contra Gastos Catastróficos	620.0	969.6	2 885.4	5 032.9	5 687.1
Gastos de Operación*	95.7	122.6	-	-	-
b) OPERACIÓN CNPSS	118.6	294.0	598.3	382.2	707.1
c) OTRAS ACCIONES	0.0	459.7	585.4	494.7	1 471.2

*El Gasto de Operación se envió a las entidades federativas durante el 2004 y 2005 para la puesta en marcha de los módulos de operación y afiliación. A partir de 2006 este gasto fue asimilado por los estados.

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2008, Secretaría de Salud; 2004-2007: Cierre para Cuentas Públicas; 2008: Presupuesto ejercido (Seguro Popular) y Presupuesto de Egresos de la Federación (Operación CNPSS y Otras acciones).

La forma como se estructuró el financiamiento del SPSS apuntaba a incrementar la participación del gobierno federal y estatal¹⁰⁵, para así lograr un acceso rápido para la universalización de los servicios de salud, y con ello dar cabida a un sistema de salud equitativo, puesto que se pretende integrar a la población abierta. Ahora bien, es necesario conocer los beneficios de la afiliación al sistema, refiriéndonos con ello al tipo de atención médica y tipo de servicios médicos.

D. Tipo de atención médica.

De acuerdo a los estándares internacionales emitidos primordialmente por la OMS, se hace énfasis en el establecimiento de una cobertura universal que trae consigo un tipo de atención médica eficaz.

...del nuevo universalismo que abandona el objetivo de ofrecer toda la atención posible para todo el mundo, o solo la atención más simple y básica para los pobres, por el propósito de hacer llegar a

¹⁰⁵ Cfr. *Gaceta Salud*, mayo-2004, México, Secretaría de Salud. Durante la Conferencia Intencional Innovaciones en el Financiamiento de la Salud, 2004, el presidente Vicente Fox, afirmó que con la creación del Seguro Popular de Salud la justicia financiera sería una realidad dado que las familias tendrían garantizada la atención médica sin tener repercusiones en la economía familiar, terminando así con la círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza.

todos una atención esencial de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficacia, costo y aceptabilidad social¹⁰⁶.

Por lo tanto, se coloca al SPS como el mecanismo mediante el cual el Estado atienden los estándares internacionales emitidos tanto por la OMS como por el BM y el OPS, orientados a propiciar equidad tanto en la disponibilidad como distribución de la atención médica (en el sentido de asegurar el acceso a los servicios pagados por parte de los afiliados). También involucra el fomento de la cobertura universal en materia de salud, ya que dichas instancias internacionales lo plantean como el medio a través del cual se logra satisfacer las necesidades de salud de la población, definiendo así a las naciones como Estados democráticos ya que incluyen y toma en cuenta a todos los sectores de la población (OMS, Alma Ata, 1978). Sin embargo, en la realidad lo que se observa es que el Estado crea mecanismos para satisfacer necesidades generalizadas de la población que impliquen bajo costo. Con ello se comprende que el paquete básico de intervenciones que ofrece al SPS responda a la idea de crear una atención primaria universalizada garantizada (que como se podrá observar más adelante estos paquetes de servicios médicos no necesariamente resuelven las necesidades reales en salud de la población), haciendo un uso esquematizado de los recursos financieros y materiales en salud (OMS, Carta de Ottawa, 1986).

Se debe de comprender que la atención médica ofrecida a partir de la afiliación del SPS sería canalizada por medio de la infraestructura de la SS, concretamente por medio de los Centros de Salud así como en las unidades de los SESA. De tal forma que los primeros afiliados al SPS se encontraban orientados a la población que acudía con frecuencia a los centros de salud, lo cual implicó en su mayoría el no pago de cuotas dada su condición socioeconómica; y al mismo tiempo implicó cierta discriminación debido a que en los centros de salud donde se aplicaba la afiliación se priorizaba la atención médica a los ya afiliados.

Dentro de las estrategias de afiliación destaca la orientada a la incorporación de colectivos integrados por grupos focales identificados por el

¹⁰⁶ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Programa Seguro Popular, op. cit, Febrero de 2005, p. 37.

SPSS, la finalidad de la afiliación por colectivos sería el brindar a los afiliados una cobertura rápida y atención ante necesidades de salud apremiantes¹⁰⁷, al tiempo que se cumplen con las metas de afiliación por estado. Dichos colectivos se identifican bajo dos vertientes:

- I. Los colectivos representados por familias trabajadoras de un mismo gremio o sector productivo que no se encuentren incorporados a la seguridad social; como podrían ser los trabajadores del campo incorporados al Programa de Apoyos Directos al Campo (PROCAMPO), éste sería un claro ejemplo de la estrategia de ampliación de cobertura horizontal a partir de grupos de población.
- II. Los colectivos integrados por pacientes que presentan un padecimiento que no puede esperar para ser atendido de forma gradual como lo estipula la Ley General de Salud; un ejemplo claro sería la integración, o afiliación, al SPSS de todos los niños sin seguridad social que padezcan leucemia linfoblástica aguda, la cual correspondería directamente a la estrategia de ampliación de cobertura vertical por enfermedad¹⁰⁸.

Además, en el 2008 se añadieron ciertas características que debían cubrir la población objetivo para afiliarse tanto en el ámbito rural como en el urbano (considerando que en ese año se priorizó la afiliación en zonas de mayor marginalidad rural y urbana), por lo que se consideraron prioritarias aquellas familias que cubrieran el siguiente perfil:

- Aquellas familias que vivieran en municipios con menor Índice de Desarrollo Humano.
- Familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades.
- Todos aquellos grupos vulnerables, entre los cuales se consideran familias migrantes¹⁰⁹, así como familias que cuenten con algún miembro dedicado al trabajo sexual.

¹⁰⁷ Cabría mencionar que la vigencia del SPS es de 12 meses y cada que el individuo hace uso de los servicios de salud se conforma dicha vigencia; no obstante ésta podrá extender hasta por 60 días después de haber expirado.

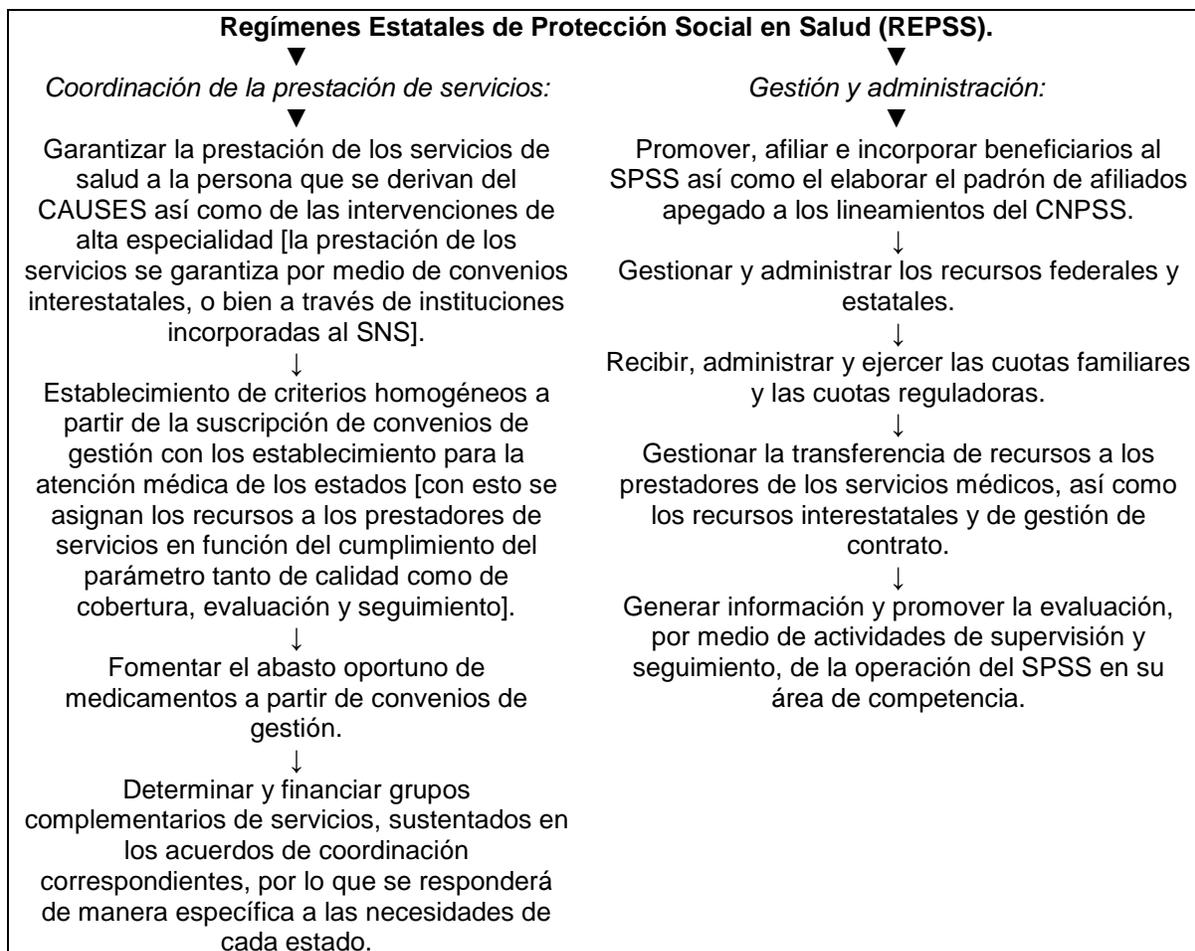
¹⁰⁸ Cfr, Ídem.

¹⁰⁹ Esto es, aquellas familias en las cuales algún miembro haya emigrado al extranjero.

- Familias que cuenten con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1° de diciembre del 2006.
- Familias con mujeres embarazadas.
- Así como aquellas familias atendidas por el Programa Caravanas de la Salud

El sentido de la cobertura implementada por parte del SPSS es el lograr la participación de la población abierta respecto al acceso a servicios de salud por medio con un nuevo esquema que incorpora: consultas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y medicamentos. Con este sistema, el SPS pretende fomentar una inversión pública gradual y sustentable, ambicionando cumplir la meta de cobertura universal para el 2010.

Por otra parte, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) serán los encargados de establecer al SPSS a nivel estatal, por lo que podrán desarrollar acciones referentes a la afiliación, gestión, administración de los recursos financieros, supervisión, evaluación y coordinación de la prestación de los servicios de atención médica. Sin embargo, corresponden a los SESA el responsabilizarse tanto de la rectoría como de la prestación de los servicios de salud así como de ejecutar las acciones necesarias encaminadas a la protección social en salud. A su vez cada estado contará con una Unidad Estatal de Protección Social en Salud (UEPSS), con la finalidad de que ésta haga cumplir las responsabilidades del REPSS al tiempo que gestiona la transferencia de recursos estatales y federales de éste; por lo que trabajará de forma coordinada con los SESA en el seguimiento de la aplicación de los recursos financieros y con la integración de la red de los prestadores de servicios. De tal forma que la prestación de estos servicios médicos se realizará por medio de los establecimientos de atención médica pertenecientes a SS, sin interferir con las instancias de la seguridad social.



Extraído de **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**. Secretaría de Salud, Biblioteca de la Salud, FCE, México, 2006.

Estrategia de Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud (FOROSS) en las entidades federativas.

- ▶ Atención médica de calidad, seguridad y eficiencia, para satisfacer las expectativas de los beneficiarios.
- ▶ Cambios organizacionales reflejados en la adecuada prestación de los servicios y suficiencia en el abasto de medicamentos, para con ello fomentar la afiliación y reafiliación el SPS.
- ▶ Acciones vinculadas con planeación, desarrollo y organización de la prestación de los servicios: enfoque en los beneficiarios (pacientes y familiares), prestación de servicios bajo el criterio de calidad, seguridad, oportunidad, suficiencia, accesibilidad, evaluación y calidad.
- ▶ Acciones estratégicas del FOROSS: infraestructura física, equipamiento, abasto de medicamentos, recursos humanos, capacidades directivas, integración sustantiva, información, evaluación, calidad, servir como medio para la coordinación y comunicación entre áreas normativas a nivel federal y los Servicios Estatales de Salud.

Fuente: **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**. Secretaría de Salud, Biblioteca de la Salud, FCE, México, 2006.

Al fomentar que los estados se responsabilicen de los servicios de salud también se pretendía crear un esquemas de las unidades médicas:

Redes de prestadores.

Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE)
Hospital General con Especialidad
UNEMES
Hospital General
Hospital de la Comunidad
UNEMES
Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)
Centros de Salud (CS)

Fuente: **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.** Secretaría de Salud, Biblioteca de la Salud, FCE, México, 2006.

Ahora bien, cuando se puso en marcha el SPS se estableció el primer catálogo de intervenciones (2002-2003) denominado Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), el cual ofrecía 78 intervenciones diferentes, las cuales se eligieron de acuerdo a prioridades epidemiológicas, demanda de la atención así como calidad para brindar dicho servicio, dando prioridad en atención a las principales causas de mortalidad a nivel nacional y de demanda hospitalaria, aunque cabe destacar que desde la creación y aplicación de este catálogo se consideraron las intervenciones preventivas así como detección de enfermedades crónico-degenerativas.

Posteriormente, para el 2004, se sustituye al CABEME por el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), el cual incrementó a 91 las intervenciones brindadas por el SPS, por lo que se estimó una cobertura del 90 por ciento de la atención médica con registro anual, además de que el incremento en el número de intervenciones va acorde al incremento en el presupuesto que se otorgue al SPSS. De tal forma, que para el 2005 volvió a incrementar sus intervenciones a 155, por lo que los medicamentos destinados para estas intervenciones cambiaron de 168 para el 2004 a 172 para el 2005. Sin embargo, para el 2006 el CASES evolucionó al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), conteniendo en ese año 249 intervenciones, cambiando en el 2007 a 255 y posteriormente volvió a incrementar a 266, y 312 medicamentos relacionados a dichas intervenciones o servicios médicos; para el 2008 aún se mantenían vigentes.

Evolución de los catálogos básicos de intervenciones médicas comprendidos en el Sistema de Protección Social en Salud para el Seguro Popular de Salud.

2001-2003 Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME)		2004 Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES)		2006 Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)	
<i>Tipo de servicio médico</i>	<i>N° Int.</i>	<i>Tipo de servicio médico</i>	<i>N° Int</i>	<i>Tipo de servicio médico</i>	<i>N° Int *</i>
I. Servicios de Medicina Preventiva: <ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones, detección y prevención. • Servicios de consejería médica, psicológica, dieta y ejercicio. II. Servicios de Consulta Externa: <ul style="list-style-type: none"> • Medicina familiar. • Servicios de salud mental comunitaria. • Servicios de salud reproductiva. • Unidad básica de rehabilitación. • Servicios de odontología. III. Servicios de Urgencias, Hospitalización y Cirugía: <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencias. • Servicios de hospitalización. • Atención del embarazo, parto y recién nacido. • Servicios quirúrgicos. 	22	I. Detección y Prevención.	9	I. Salud Pública: <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacidos y menores de 5 años de edad. • 5 a 9 años. • Adolescentes. • Adultos. • Adultos mayores. II. Consultas de Medicina General/Familiar y de Especialidad: <ul style="list-style-type: none"> • Consultas general/familiar. • Consulta de especialidades. III. Odontología. IV. Urgencias. V. Hospitalización. VI. Cirugía.	25
	15	II. Medicina Ambulatoria.	25		10
	7	III. Odontología.	3		1
	34	IV. Salud Reproductiva.	6		4
	20	V. Embarazo, Parto y Recién Nacido.	5		7
	4	VI. Rehabilitación.	2		3
	5	VII. Urgencias.	6		100
	3	VIII. Hospitalización.	9		61
	2	IX. Cirugía General.	8		39
	22	X. Cirugía Ginecológica.	3		8
	7	XI. Cirugía Urológica.	2		26
	3	XII. Cirugía Oftalmológica.	3		38
	5	XIII. Cirugía Reconstructiva para niños.	4		69
	7	XIV. Traumatología.	6		
<i>Un total de 191 medicamentos relacionados con las 78 intervenciones comprendidas.</i>		<i>Un total de 168 medicamentos relacionados con las 91 intervenciones comprendidas.</i>		<i>Un total de 312 medicamentos relacionados con las 266 intervenciones comprendidas</i>	

Fuente: Secretaría de Salud, Seguro Popular de Salud.

A diferencia del CABEME, en el CASES se contiene especificaciones o descripción del padecimiento más los medicamentos específicos por padecimiento, junto con su dosis así como los exámenes diagnósticos indicados en la intervención acorde con el padecimiento. Mientras en CAUSES las

especificaciones por intervención son más amplias puesto que ofrece la intervención, descripción del padecimiento, normatividad o razón de la intervención, medicamento (específicos por padecimiento), forma y dosis del mismo, contraindicaciones y exámenes diagnósticos indicados en la intervención acorde con el padecimiento, además incluyendo medidas para rehabilitación y continuando con el énfasis en la prevención de enfermedades, puesto que brindan consultorías a las familias para mejorar su salud. Es importante el considerar que tanto los medicamentos y exámenes de laboratorio que indique el médico deberán de estar dentro de los que ofrece el catálogo. La importancia del CAUSES radica entonces en que no solo describe el tipo de intervenciones sino al mismo tiempo el tipo de atención que ofrecerá a sus afiliados, sin embargo aún cuando pretende concientizar sobre la prevención otorga una atención curativa.

Con este catálogo se consolida la cobertura universal puesto que permite el acceso directo a los servicios de salud, no obstante se limitan los servicios de salud ya que el CAUSES únicamente contempla los servicios para los padecimientos más comunes entre la población. El reto que enfrentan gira entorno a incrementar la infraestructura en zonas donde sea deficiente y el garantizar el suministro de medicamentos así como el material de curación (sobretudo si recordamos que este ha sido el problema actual de instituciones como el IMSS e ISSSTE); al tiempo que se pretende priorizar campañas preventivas y mejoramiento en calidad de los servicios. De tal forma que las intervenciones del CAUSES se distribuyeron en 6 bloques:

1 <i>Salud Pública.</i>	Consta de 25 intervenciones orientadas a la detección y prevención de enfermedades a lo largo de la línea de vida ¹¹⁰ , en acción coordinada con programas inscritos en la Cartilla Nacional de Salud.
2 <i>Consulta de Medicina Familiar o General y de Especialidad.</i>	Actúa por medio de 100 intervenciones orientadas en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades presentadas en niños y adultos, ya sea en el primer o segundo nivel, con el objetivo de garantizar atención integral y multidisciplinaria/especializada que el paciente debe de recibir para lograr obtener un manejo adecuado de su padecimiento.
3 <i>Odontología.</i>	Integrada por 8 servicios de salud, con la finalidad de generar y asegurar salud bucal, constituido como un servicio familiar, puesto que se pretende con ello fomentar hábitos de higiene y prevención de enfermedades dentales. En caso de presentarse algún caso de patología bucal, éste se deriva a la atención odontológica.
4 <i>Urgencias.</i>	Opera bajo 26 servicios de atención médica dirigidas para atender situaciones que ponen en riesgo la vida del individuo. Dichos servicios son: estabilización, diagnóstico así como manejo terapéutico de la sala de urgencias.
5 <i>Hospitalización.</i>	Consta de 38 intervenciones sobre patologías que requieran de estancia hospitalaria, con el apoyo de la acción multidisciplinaria especializada del personal médico; también se contemplan los insumos requeridos para el control y estabilización del padecimiento.
6 <i>Cirugía General.</i>	Coordinada por 69 servicios de salud, bajo el cual se canalizan problemas agudos y crónicos; incluye diagnósticos de mayores frecuencias quirúrgicas en patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, génito urinario masculino, oftalmológicas, dermatológicas y ortopédicas.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, 2008.

Por otra parte, también debe de considerarse los complementos a estos catálogos como lo son el SMNG y el FPGC. El primero brinda a una atención médica focalizada (neonatal, pediátrica e infantil), y hasta cierto punto especializada. Mientras que el segundo cubre padecimientos si bien recurrentes en la población pero que representan un alto costo por lo que para ser candidato al Fondo se necesita comprobar al padecimiento y su posterior aceptación por parte de la CNPSS; mostrando además que el servicio de alta especialidad se encuentra separado del catálogo base del SPS.

¹¹⁰ Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2008, Secretaría de Salud. Por línea de vida deberá comprenderse al conjunto de medidas preventivas para la conservación de la salud, que se consideran necesarias en las diferentes etapas de la vida de los individuos.

Seguro Médico para una Nueva Generación, 116 patologías, SPSS.

Grupo	No.
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8
Tumores	5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	1
Enfermedades del sistema nervioso	2
Enfermedades del ojo	1
Enfermedades del oído	2
Enfermedades del sistema circulatorio	4
Enfermedades del sistema respiratorio	4
Enfermedades del sistema digestivo	4
Enfermedades de la piel	2
Enfermedades del sistema osteomuscular	2
Enfermedades del sistema genitourinario	8
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	36
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	26
Síntomas y signos generales	1
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5
Quemaduras y corrosiones	1
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	2

Fuente: Secretaría de Salud, Seguro Médico para una Nueva Generación.

Intervenciones médicas cubiertas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Grupo o Enfermedad		Intervenciones
<i>Denominación</i>	<i>No.</i>	<i>Denominación</i>
Cáncer Cérvico-Uterino	1	Cáncer Cérvico-Uterino
VIH-SIDA	2	Tratamiento ambulatorio Antirretrovirales
Cuidados intensivos neonatales	3	Prematurez
	4	Sepsis
	5	Síndrome de Dificultades Respiratorias
Cataratas	6	Técnica extracapsular facoemulsificación
	7	Catarata congénita
Cáncer de niños y adolescentes Tumores del Sistema Nervioso	8	Astrocitoma
	9	Meduloblastoma
	10	Neuroblastoma
	11	Ependinoma
	12	Otros
Cáncer de niños y adolescentes Tumores Renales (Cáncer en los riñones)	13	Tumor de Wilms
	14	Otros
Cáncer de niños y adolescentes Leucemia	15	Leucemia Linfoblástica Aguda
	16	Leucemia Mieloblástica Aguda
	17	Leucemias Crónicas
	18	Síndromes Preleucémicos
Cáncer de niños y adolescentes Tumores Hepáticos	19	Hepatoblastoma
	20	Hepatocarcinoma
Cáncer de niños y adolescentes Tumores Óseos	21	Osteosarcoma
	22	Sarcoma de Ewing
Cáncer de niños y adolescentes Tumores Genitales (Ovarios y/o Testículos)	23	Gonadales
	24	Extragenitales
Cáncer de niños y adolescentes	25	Retinoblastoma

Tumores de ojo (Cáncer de ojo)		
Cáncer de niños y adolescentes	26	Linfoma de Hodking
Linfomas	27	Linfoma no Hodking
Cáncer de niños y adolescentes	28	Sarcoma de Partes Blandas
	29	Carcinomas
	30	Histiocitosis
Transplante de Médula Ósea	31	Transplante de Médula Ósea
Cáncer de Mama	32	Tumor Maligno de Mama
SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN Trastornos Quirúrgicos, Congénitos y Adquiridos	33	Malformaciones congénitas cardíacas
	34	Atresia de esófago
	35	Onfalocele
	36	Gastroquisis
	37	Atresia/Estenosis duodenal
	38	Atresia intestinal
	39	Atresia anal
	40	Hipoplasia/Diapsia renal
	41	Uréter retrocavo
	42	Meatos ectópicos
	43	Estenosis uretral
	44	Ureterocele
	45	Extrofia vesical
	46	Hipospadias/Epispadias
	47	Estenosis uretral
	48	Estenosis del meato uretral
	49	Espina bífida

Fuente: Secretaría de salud, Seguro Popular de Salud, Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, 2009.

Bajo la reforma implementada a la Ley General de Salud donde entra en vigor el SPSS, se establecen nueve categorías de enfermedades o intervenciones cubiertas por el FPGC, por lo que dichas categorías son identificadas y definidas por el Consejo de Salubridad General (CSG). Los criterios considerados para la identificación de las enfermedades son: el peso de la enfermedad efectividad de las intervenciones, seguridad y eficacia del tratamiento, aceptabilidad social, adherencia a normas éticas profesionales médicas y la evolución de la enfermedad¹¹¹. Más adelante se discutirá sobre las implicaciones que tienen tanto el SMNG como el FPGC, aquí simplemente se consideraran como elementos o beneficios que trae consigo la afiliación al SPS.

Otros de los programas complementarios al CAUSES, son aquellos que aún maneja de forma directa la SS, pero que poco a poco se van insertando al SPS, como lo son:

¹¹¹ Por lo tanto, las enfermedades o intervenciones serán identificadas, o actualizadas, por el CSG. Será necesario que tanto el Consejo como la CNPSS recurran aplicación de métodos estandarizados para la identificación, actualización, realización de costeo y medición de la efectividad de los tratamientos, y medición de la aceptabilidad social.

- Embarazo saludable.
- Crecimiento de la afiliación de familias encabezadas por mujeres.
- Familias afiliadas de Oportunidades.
- Familias afiliadas pertenecientes a localidades con más de 40 por ciento de población que habla lengua indígena.
- Familias afiliadas en regiones de alta y muy alta marginación.
- Uno de los objetivos es lograr la reafiliación.
- Afiliación por estado, municipio y localidad (zona rural y urbana).

Sin embargo, debido a las dificultades en la cobertura del SPS, es que de acuerdo a la Ley General de Salud (Décimo sexto transitorio) el Programa IMSS-Oportunidades continuaría proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera hasta la fecha, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestales suficientes, provenientes del Presupuestos de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del IMSS. Por lo que las familias atendidas en ese momento por el programa IMSS-Oportunidades podrían incorporarse al SPSS, y con ello poder gozar de los beneficios del SPS; tomando en cuenta el hecho de que el IMSS posee una cobertura más amplia.

De forma concreta, los servicios de salud a la comunidad que ofrece el SPS de forma general contemplan las siguientes acciones:

- Campañas de autocuidado y estilos de vida saludable.
- Prevención de riesgos para la población a nivel nacional.
- Vigilancia epidemiológica.
- Atención en caso de desastres o urgencias epidemiológicas.
- Protección contra riesgos sanitarios.
- Control analítico y constatación de cumplimiento de normatividad a nivel nacional.

Por otra parte, no debemos de pasar por alto que para poder ser atendidos es necesario presentar la credencial de asegurado (*Tarjeta Inteligente Tu Salud*¹¹²)

¹¹² La cual se entrega a todos lo afiliados al SPS, y la cual resulta esencial debido a que es la muestra de que la familia pertenece al sistema y será la llave que le permita acceder a los servicios del salud.

en el centro de salud de adscripción y en caso de urgencias en los hospitales. La tarjeta del beneficiario se utilizará como medio de identificación Federal y de autenticación en las unidades médicas, además en ella se registrarán citas del beneficiario, recetas medicamentos, estudios y hospitalizaciones. Respecto a las unidades médicas, el paciente se presentará a la unidad médica y presentará su tarjeta¹¹³, ahí se validará la vigencia del seguro y la asignación del consultorio. El abastecimiento de medicamentos irá de acuerdo a la receta médica expedida por el médico a través de la tarjeta electrónica, así se mantendrá cierto control respecto a los medicamentos; estos medicamentos serán de acuerdo al padecimiento de cada paciente pero también acorde a la lista de medicamentos asignados para el SPS.

De manera concreta es así como con el SPS pretende terminar con el antiguo sistema en el cual se acudía a los centros de salud o a los hospitales de la SS para atender una enfermedad en forma transitoria o no controlada, ahora se pretende crear expedientes a todos los afiliados y mantener un control sobre los padecimientos de la población; puesto que ofrece en esquema de consulta externa y hospitalización, garantizando así los servicios de primer y segundo nivel, quedando el de tercer nivel o alta especialización a cargo del FPGC. Aunque en realidad los servicios de salud se recortaron, garantizándose únicamente una selección de servicios médicos, que priorizan atención para la población infantil, por mencionar uno, dejando de lado enfermedades crónicas para la población adulta y adulta mayor, provocando que en un futuro este sector creciente de la población no logre satisfacer sus necesidades de salud a través del sector público. Además la atención de tercer nivel o de alta especialidad queda claramente restringido y disminuido, alejando el acceso a la población de éste tipo de servicio médico.

También se pudo observar que únicamente se está garantizando una atención médica delimitada, sin ofrecer o propiciar el entorno adecuado para la mejora o conservar la salud, puesto que el presupuesto se destina a operación

¹¹³ Para saber qué unidad corresponde es necesario asistir el Centro de Salud más cercano para saber según el domicilio la unidad de atención, lo que se pretende es que se cuente con un sistema como el del IMSS, es decir, que poseen sus clínicas, hospitales o centro de especialización.

administrativa y de recursos humanos, infraestructura médica y medicamentos, por lo que la visión de la protección de la salud por parte del Estado se puede comprender como limitada.

El SPS se sustenta a partir de integrar a la población abierta en un sistema formal de salud (cobertura universal), acceso a servicios médicos, protección financiera en salud, financiamiento solidario en salud a partir de la acción conjunta entre el gobierno federal, estatal y la familia afiliada. Aunque el problema girará entorno al tipo de atención médica que se otorga, ya que en esta se inserta la concepción de necesidad y responsabilidad de la salud por parte del Estado, la cual es cada vez disminuye más.

Una vez que se logró observar la forma en la que se estructuró el SPS, insertado en la Ley General de Salud a través del artículo 77 bis, contemplando desde su estructuración operacional, diversificación financiera y esquematización del tipo de atención médica, es que se procederá a mostrar los cambios discursivos entorno al propio SPS, estructura inacabada, puesto que deja muchos servicios médicos fuera, evidenciada a partir de la inserción de dos catálogos complementarios (FPGC y SMNG) para asegurar una atención médica básica, así como de su reforzamiento plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y Programa Nacional de Salud (PNS) respecto al ámbito de acciones estratégicas de salud, para finalmente poder aterrizar frente a los alcances en cobertura poblacional, geográfica e institucional del SPS.

III. INCONSISTENCIAS EN LA EJECUCIÓN DEL SEGURO POPULAR DE SALUD.

Una vez comprendida la forma bajo la cual se estructuró el Seguro Popular de Salud¹¹⁴ (SPS), es conveniente el mostrar cómo éste se sujeta a los lineamientos del Estado plasmados tanto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) como en el Programa Nacional de Salud (PNS), ya que a partir de éstos se establecerían los alcances y tipo de acciones a tomar por parte del SPS. Aunado a ello se pretende mostrar lo inacabado del SPS en materia de cobertura de intervenciones médicas, ya que necesitará de dos catálogos auxiliares para llevar a los beneficiados atención especializada, estamos hablando del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). Es importante resaltar lo inacabado del programa, ya que con el SPS todos los servicios de asistencia, o de atención médica abierta, ofrecidos por la SS serán minimizados, tendiendo a ofrecer lo básico y el hecho de que tengan que surgir programas complementarios deja entrever que la planeación del programa se sujeta más a cuestiones de disminución de gastos que ha satisfacer necesidades en salud.

Una vez establecidos todos los elementos bajo los cuales se compone y depende el SPS, se pretende mostrar los alcances en materia de cobertura poblacional y geográfica, confrontándola con la cobertura del Programa IMSS-Oportunidades con la finalidad de mostrar su capacidad para llegar a población marginada rural, urbana e indígena. Por último, se mostrarán algunas limitantes que el SPS ha presentado en general.

Cabría mencionar, anticipadamente, que algunos representantes de ciertas instituciones públicas no consideraron óptima la creación y establecimiento del SPS. Tal fue el caso del Banco de México, quien calificó al SPS como un mecanismo mediante el cual el gobierno federal solapaba y fomentaba el sector

¹¹⁴ De acuerdo a la postura oficial, sería a través del Seguro Popular de Salud como se lograría mostrar la superación de la etapa de la institucionalización de la salud en nuestro país, haciéndose evidente la necesidad de la democratización de la salud como estrategia para consolidar al Estado actual.

informal de la economía, ya que, además de estar enfocado a atender a la población no derechohabiente, no ofrecía prestaciones a los asegurados, otorgándoles únicamente atención médica acotada por la afiliación universal. De igual forma, el ex-director del IMSS, Santiago Levy, se proclamó en contra de las nuevas políticas sociales ya que las consideraba como promotoras de la pauperización social que, en el caso del SPS, implica la evasión de la Ley del IMSS, es decir, que las empresas poco a poco dejarían de responsabilizarse en brindar seguridad social a sus trabajadores, a partir de realizar modificaciones en los contratos o la forma de contratación, dejando el cuidado de la salud y seguridad laboral en manos de los propios trabajadores; o bien, abaratando la atención médicas de los trabajadores a partir de que las empresas los afilien al SPS. Por lo tanto, deja expuesta la contradicción entre seguridad social y protección social dentro de la política social orientada a la atención médica y prestaciones.

...argumento que el diseño de la política social en México es fallido y que muchos de los programas introducidos en los últimos años han agravado el problema... las diferencias en la naturaleza de los beneficios y en el financiamiento de la seguridad social y la protección social, resultan en un impuesto al trabajo asalariado y un subsidio al trabajo no asalariado la fuerza de trabajo se segmenta en un sector formal, que tiene cobertura de la seguridad social, y un sector informal que tiene cobertura de la protección social¹¹⁵.

A. Plan Nacional de Desarrollo y Programa Nacional de Salud.

Esta sección retomará ciertos puntos expuestos tanto en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006 y 2007-2012, y del Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 y 2007-2012, para con ello poder comprender las estrategias que se tomaron durante el sexenio foxista para conformar el medio propicio para implantar el SPS, y las medidas tomadas en este sexenio calderonista para fortalecer y confirmar su funcionalidad. Ambos, PND y PNS, determinarán el tipo de acciones en atención médica que deberá cubrir el SPS, haciéndose énfasis en la lógica de una cobertura universal y un sistema de salud democratizado.

¹¹⁵ La Jornada. Viernes 04 de julio de 2008, Opinión, Economía Moral. Julio Boltvinik.

Durante el periodo foxista se habló de sentar bases para un gobierno más democrático a partir de una transición en las políticas sociales, donde la prioridad era combatir la pobreza y fomentar la igualdad y equidad entre los ciudadanos. En el PND 2001-2006¹¹⁶ quedó plasmada la democratización en la vida cotidiana de los mexicanos, implicando con ello poder para construir, y consolidar, un gobierno que pudiera financiar de manera óptima y sana el gasto público y con ello disponer de los recursos necesarios para combatir la pobreza así como la desigualdad, para con ello asegurar el disfrute de toda la población de una vida digna. Nuestro país no solamente se estaba enfrentando ante los cambios internacionales sino también a los propios, como eran la transición demográfica, social, económica y política, lo cual permitiría evidenciar no solo la capacidad de la acción pública sino también comprobar la fortaleza de la comunicación entre gobierno y sociedad para poder llevar a cabo de forma positiva la aplicación de políticas transformadoras, y en particular las enfocadas a las políticas sociales en materia de salud. El objetivo oficial era el de cubrir estas cuatro transiciones, al tiempo que se disminuían costos y se potenciaban oportunidades de crecimiento¹¹⁷.

La renovación se debe de sustentar en la educación, la gobernabilidad democrática, la salud, la seguridad pública, el desarrollo económico dinámico e incluyente y la competitividad, como los elementos más importantes para tener el potencial que nos permita aprovechar las oportunidades¹¹⁸.

De tal forma que el ejecutivo federal pretendía sustentar esta etapa de transición a través de: humanismo, equidad, cambio, sustentabilidad, competitividad, desarrollo regional, apego a la legalidad, gobernabilidad democrática, federalismo, transparencia y rendición de cuentas. Sin embargo en éste PND la salud se define como un reto, ya que aún cuando el sistema de salud han generado avances reflejados primeramente en la disminución de la mortalidad infantil, también queda claro que un sector mayoritario aún no goza de servicios

¹¹⁶ Quizá dentro de lo más sobresaliente es que éste Plan Nacional de Desarrollo se creó con la meta de proyectar el desarrollo del país, en todos sus ámbitos, a 25 años.

¹¹⁷ Se estima que dentro de 50 años nuestro país contará con una población entre 130 a 150 millones de habitantes, de ahí que sea prioritario el brindar a la población empleo, vivienda, vestido, alimentación educación y salud.

¹¹⁸ *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, p. 34.

médicos integrales, y más ahora que el país atraviesa por una transición epidemiológica posibilitada por la creciente y desordenada urbanización así como la pauperización de diferentes regiones del territorio nacional, en la cual los padecimientos más comunes son los derivados por cambios ejercidos en las actividades ocupacionales/laborales y la educación, es decir, el sistema de salud se enfrenta ahora ante el incremento de padecimientos crónicos y traumatismos, también considerados como las principales causas de muerte e incapacidad entre la población.

El gobierno, por medio del PND, pretende incorporar a la población marginada en materia de salud al plantear la unificación de los esfuerzos federales y estatales representados en programas de salud, de las diversas instituciones de salud y sistemas de salud de nuestro país (mejorando paralelamente instalaciones, equipamiento y materiales de los hospitales, clínicas e instituciones de salud en general), apuntando no solo a la integración de toda la población a un sistema de salud, sino también logrando mejoras en la atención médica y trato que recibe la población.

La salud está ligada al destino de la nación. A medida que el país se transforme, su sistema de salud también debe de hacerlo. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos¹¹⁹.

El gobierno federal a través del PND define a la salud como:

- Un objetivo del desarrollo así como fundamento para lograr la igualdad de oportunidades.
- Componente principal del capital humano, por lo que el propiciar el mejoramiento de la salud de la población equivale al fortalecimiento de las capacidades de la propia población.
- Un objetivo social que todos los sectores, gubernamentales y sociales, deben de perseguir; por lo que la salud se establece como un valor en sí mismo, y por tanto un valor que fortalece el tejido de la sociedad.
- Elemento indispensable para la democratización de la vida nacional.

¹¹⁹ <http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx>. *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, p. 53.

Tratando de manifestar que los servicios de salud lejos de considerarse como una mercancía adquieren el rango de derecho social, planteados de acceso universal (es decir, que toda la población no cubierta por la seguridad social podía incorporarse al sistema y beneficiarse de los servicios del programa), estableciéndose en función de las necesidades de la población así como en la efectividad de las intervenciones¹²⁰. Es así como la democratización de la salud implica el garantizar el derecho de la población al acceso de los servicios de salud.

Los objetivos del PND 2001-2006, giraron en torno a:

- 1) Incrementar el nivel de salud entre la población y reducir las desigualdades en materia de salud.
- 2) Garantizar un trato digno para la población usuaria de los servicios de salud.
- 3) Ofrecer protección financiera en materia de salud a los ciudadanos, a partir del apoyo al financiamiento público.
- 4) Fortalecer el sistema de salud.

Por otra parte, el PNS 2001-2006 se planteó como el mecanismo mediante el cual se llevaría a cabo la democratización de la salud en nuestro país, ya que a través de éste se forjaría el camino para el establecimiento de un sistema universal de salud, y conjuntamente lograr equidad en salud y calidad de los servicios médicos. El reto en salud se centraría en la protección financiera para la población exenta de los beneficios de la seguridad social.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo¹²¹.

Para fortalecer el sistema de salud los retos y objetivos del PNS de este periodo pretendían que la equidad eliminara las desigualdades en salud, mientras que la calidad se diversificara tanto en técnica (para mejorar las condiciones de

¹²⁰ Aunque suele contradecirse el discurso oficial en esta parte, ya que acorde con los normas tanto del Banco Mundial como de la Organización Mundial de la Salud, los servicios en salud se mercantilizan dado que se establecen cuotas para su acceso, aún cuando estas representen una aportación por parte del individuo mínima.

¹²¹ *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, p. 75.

salud de la población) como en el ámbito interpersonal (para garantizar un trato adecuado), además de perseguir la protección financiera cuya finalidad radicará en asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud, al tiempo que se fomenta la construcción un federalismo cooperativo en materia de salud¹²².

De acuerdo a datos del PNS, nuestro país presenta rezago en materia de salud desde hace 30 años, por lo que el reto de la equidad queda inscrito en intercalar a los sectores marginados rurales y localidades periféricas a las grandes ciudades, de tal forma que se logre disminuir el peso de los padecimientos sobre el individuo, o de la familia, por medio de intervenciones efectivas y accesibles desde el enfoque financiero. Podemos entonces comprender que no basta con tener los resultados de los programas de salud que lleva a cabo cada institución de salud sino también es necesario contemplar la distribución de las condiciones de salud.

El PNS 2001-2006 planteó:

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrece oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana¹²³.

Ahora bien, el PND 2007-2012 se guiará bajo la premisa de un “desarrollo humano sustentable”, el cual trabajaría sobre un suelo supuestamente firme construido por el sexenio anterior en materia de democratización, equidad y combate a la pobreza, de tal forma que se permitiría la focalización de los recursos sobre los programas sociales, implementando sistemas de evaluación para monitorear el progreso de dichos programas, puesto que se pretende desarrollar e implementar una base de datos única de registro para los beneficiados por los

¹²² Por federalismo cooperativo se entenderá el establecer nuevos mecanismos que permitan la asignación equitativa de recursos, cerrar-terminar el periodo de descentralización de la Secretaría de Salud, consolidar la etapa y mecanismos de desconcentración de los servicios de salud brindados por el IMSS, fomentar y fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad, reforzar el papel regulador y coordinador del Consejo Nacional de Salud, así como el municipalizar los servicios de salud.

¹²³ *Programa Nacional de Desarrollo 2001-2006*, p. 77.

programas sociales, de igual forma se pretende lograr una óptima vinculación entre los programas, recurriendo de esta manera al ejercicio pleno de los derechos ciudadanos y no al asistencialismo.

La estrategia de trabajo para el sector salud radica en conceptualizar a la salud a través del desarrollo integral, sobretodo sin consideramos que en nuestro país el 15% de las causas de muerte a nivel nacional están ligadas con trastornos ocasionados por la pobreza, mientras que el 85% de las causas están ligadas a enfermedades no transmisibles, enfermedades crónicas, lesiones graves o por violencia. Relacionándose la desigualdad social con la dimensión de la salud de las personas, la cual se ve diferenciada entre entidades federativas, siendo las del norte las más saludables, y las del sur las más desfavorecidas, siendo que las personas que habitan en zonas marginadas son más propensas a enfermar¹²⁴.

Concretamente, el plan de trabajo del PND 2007-2012 radica en 5 objetivos, con sus respectivas estrategias de acción (*Anexo 1*):

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

Aunque en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) se establecieron los lineamientos bajo los cuales el sector salud debe de funcionar, en el Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012 se establecen los pasos específicos a seguir

¹²⁴ Hasta el momento que se publicó el PND, 2007, el país contaba con 4 203 hospitales, de los cuales 1 121 son públicos y 3 082 son privados, así como mejora en el abasto de medicamentos del sector público en el rango ambulatorio, pero no en el hospitalario, por otra parte el programa IMSS-Oportunidades logró surtir el 94.3 por ciento de las recetas expedidas por los médicos, mientras que los servicios estatales de salud únicamente lograron cubrir el 61.2 por ciento.

dado que se plantea la retroalimentación entre financiamiento, rectoría y generación de recursos para que estos permitan un óptimo desempeño de sus funciones a través de prestación de servicios, los cuales se enfocan a la protección, promoción, prevención y atención médica. Las estrategias que se plantearon en el PNS a parte de responder directamente a los 5 objetivos del PND se relacionan directamente con las funciones básicas del SNS (*Anexo 2*).

El PNS (2007-2012) se desarrolló con un panorama en cobertura significativa, ya que ese sería el punto de partida para establecer las nuevas metas para el 2012, las cuales se enfocaban a una cobertura universal del 100%. Las instituciones encargadas de atender a la población sin seguridad social serían las pertenecientes a la SS, SESA e IMSS-Oportunidades, las dos primeras atendiendo a una población creciente estimada en 52 millones de personas (PNS 2007-2012), mientras que el segundo atendería cerca de 6.2 millones de personas (PNS 2007-2012); éste resulta de vital importancia ya que los dos primeros atienden a la población pobre del campo y la ciudad, a trabajadores informales o que trabajan por su cuenta, desempleada, mientras que el último logra proteger a la población marginada social, económica, cultural y geográficamente, la poblaciones indígenas. De la población atendida por la SS y por los SESA, 11 millones se han incorporaron al SPS antes del 2007, y son atendidos en las unidades del SESA¹²⁵.

En los últimos años la ONU ha diseñado un concepto que permite medir al acceso regular a los servicios de salud: *cobertura*, entendiendo éste como *la fracción de ganancia potencial en salud*¹²⁶. De tal forma que en nuestro país se desarrolló un ejercicio mediante el cual se permitió medir la cobertura efectiva, aunque éste consideraba 18 intervenciones, la mayoría de carácter curativo,

¹²⁵Para el cierre del 2006, se estimó que los prestadores de servicios médicos públicos realizaron anualmente: 187 millones de consultas generales, 41 millones de consultas de especialidad, 27 millones de consultas de urgencias, 1.5 millones de partos, 3.1 millones de intervenciones quirúrgicas, 4.5 millones de egresos hospitalarios.

¹²⁶ El sistema de salud a partir de la implementación de la detección y tratamiento del cáncer cérvico-uterino pretende incrementar dos años de esperanza de vida saludable para las mujeres y únicamente consigue uno, se dice que la cobertura efectiva de esa intervención es del 50%.

solamente 14 permitieron analizar la cobertura efectiva a nivel nacional y estatal¹²⁷:

Porcentaje de cobertura efectiva de los servicios de salud basada en 14 intervenció.

	Intervención	*		Intervención	*
1	Vacunación contra el Sarampión	92.1%	8	Tratamiento de diarrea en niños	66.3%
2	Vacunación contra la difteria, pertussis y tétanos (DPT)	85.6%	9	Detección del cáncer de mama	21.6%
3	Vacunación contra la tuberculosis (BCG)	97.7%	10	Detección del cáncer cérvico-uterino	41.2%
4	Atención prenatal	67.3%	11	Tratamiento de alteraciones visuales	37.5%
5	Atención del parto por personal calificado	93.3%	12	Tratamiento de la hipertensión	23.1%
6	Atención del recién nacido prematuro	80.9%	13	Tratamiento de la hipercolesterolemia	25.3%
7	Tratamiento de infecciones respiratorias en niños	58.1%	14	Vacunación contra la influenza	44.3%

*Cobertura Efectiva a Nivel Nacional.
Información extraída del PNS 2007-2012.

Aún cuando por medio de PNS se logró evidenciar la existencia de dos tipos de sistemas de salud en nuestro país, el orientado a la atención materno-infantil y otro para enfermedades no transmisibles y lesiones, queda aún más claro que los problemas de salud de nuestro país se encuentran fuertemente relacionado con la situación económica y geográfica de la población.

Los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios. La calidad también significa disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo¹²⁸.

Se logra observar entonces que en el Seguro Popular de Salud (SPS) se concentraron los objetivos del PND y del PNS, ya que con un solo sistema pretenden resolver los problemas superficiales de salud en nuestro país. Ya que dicho sistema (SPS) está diseñado para integrar a la población marginada (por cuestiones sociales, culturales, económicas y geográficas) y la excluida por la seguridad social, pretendiendo con esto hacer efectiva la democratización de la

¹²⁷ De la cobertura efectiva de las 14 intervenciones por estado se hace evidente los problemas de salud en nuestro país: los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla y Tlaxcala presentan un promedio de cobertura efectiva entre el 54% y el 55.8%, mientras que los estados de Colima, Aguascalientes, Tabasco, Yucatán y el Distrito Federal presentan los más altos, entre el 62% y 65% de cobertura efectiva.

¹²⁸ Programa Nacional de Salud 2007-2012, p. 65.

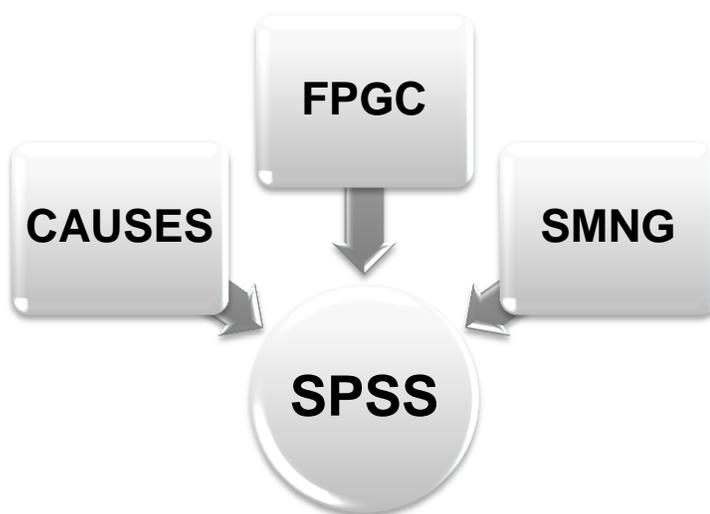
vida nacional puesto que los servicios de salud estarían al alcance de todos, sin resaltar el recorte de intervenciones médicas, puesto que la atención médica sería sometida a un limitado catálogo de servicios médicos.

Entonces podemos comprender que la salud deja de ser un derecho social y humano, para transformarse en una responsabilidad individual; es decir, el Estado deja de responsabilizarse en garantizar servicios de salud integrales para la población, ya que la conservación de salud del individuo dependerá de su capacidad para integrarse a un sistema de salud, fortaleciendo así la desigualdad en salud y quebrantando el derecho humano a la salud puesto que se restringen las formas para acceder a los servicios de salud al limitarlos en un paquete de servicios médicos excluyentes. De esta forma, el acceso universal bajo el cual se sustenta el SPS se enfoca a la incorporación al sistema es para los no pertenecientes a la seguridad social y no sobre el tipo de servicio médico que la población solicita, siendo entonces un sistema restringido puesto que los servicios de alta especialidad son de acceso y cobertura condicionados y limitados, como se podrá observar a continuación.

B. Catálogos de servicios médicos complementarios al Seguro Popular de Salud: FPGC y SMNG.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) consta de tres catálogos de intervenciones médicas, sin embargo, para poder tener acceso a ellos se debe pertenecer al Seguro Popular de Salud (SPS). El CAUSES es un catálogo al que todos los afiliados tienen derecho al incorporarse al SPS, éste ofrece una gama de 266 intervenciones básicas (correspondientes a diversas áreas como salud pública, consultas de medicina general/familiar y de especialidad, odontología, urgencias, hospitalización y cirugía), brindando así una atención médica horizontal. Otro catálogo es el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), al cual pueden tener acceso los afiliados al SPS siempre y cuando se justifique el uso de estos servicios de alta especialidad. Por último, se tiene el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), éste otorga servicios médicos para recién nacido hasta los 5 años de edad (nacidos en a partir del 1 de

diciembre del 2006) que no se encuentran en el en el CAUSES. Dichos catálogos son independientes pero a su vez trabajan en conjunto para que el SPS brinde una atención médica más integral, además de que con estos se perfilan como un mecanismo mediante el cual se logre controlar el gasto en servicios de salud básicos así como de alta especialidad. Sobre todo si tomemos en cuenta que anteriormente la Secretaría de Salud (SS) no poseía catálogos de servicios médicos, sino que la atención era abierta, en el sentido de que se atendía cualquier padecimiento que se presentara, y ahora la atención médica queda sujeta a estos catálogos.



a) Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

El FPGC, insertado en la Ley General de Salud referente al SPSS, tiene por finalidad el apoyar el financiamiento de tratamientos cuyas enfermedades representan altos costos tanto para las familias involucradas como para los prestadores de servicios de salud. Es decir, actuará como mecanismo auxiliar del CAUSES, puesto que éste catálogo es de acceso universal para todos los afiliados al SPS, mientras que para tener acceso al FPGC se tiene que evaluar la gravedad del padecimiento del afiliado y determinar con ello si es candidato para hacer uso de los servicios de alta especialidad. Por lo tanto el catálogo de intervenciones que cubre el FPGC es independiente del CAUSES, y al mismo tiempo complementario.

El FPGC pertenece entonces al SPSS y actúa por medio de los servicios de salud inscritos por la CNPSS. El FPGC se hará efectivo a través de un fideicomiso

otorgado a los servicios de salud acreditadas en las 32 entidades federativas brindando la atención de alta especialidad para 49 padecimientos (las cuales se mencionaron en el capítulo anterior).

Para poder realizar un buen manejo de los gastos catastróficos, es necesarios que el personal médico cuente con guías del tipo clínico-terapéutica, sustentada científicamente, para así poder homogeneizar los procedimientos en tratamiento y eliminar margen de error sobre el control de la enfermedad, pretendiendo así no solo monitorear el progreso sobre la enfermedad sino también posibles alteraciones, logrando conjuntamente disminuir gastos por paciente y por enfermedad. Sin embargo, será menester del Consejo de Salubridad General (CSG) el dictaminar sobre qué enfermedades, tratamientos y medicamentos son responsables de generar gastos catastróficos. Las enfermedades incluidas en el FPGC son las que representan:

- Altos costos y gastos tanto en tratamientos como en medicamentos.
- Alto grado de complejidad o especialidad de la enfermedad.
- Baja probabilidad de ocurrencia entre la población.

Categorías de enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos.

<i>Categorías:</i>	
I.	Diagnósticos y tratamiento del cáncer
II.	Problemas cardiovasculares
III.	Enfermedades cerebro-vasculares
IV.	VIH/SIDA
V.	Lesiones graves
VI.	Rehabilitación de largo plazo
VII.	Cuidados intensivos neonatales
VIII.	Trasplantes
IX.	Diálisis

Extraído de **Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos**. Secretaría de Salud, Biblioteca de la Salud, FCE, México, 2006.

...se consideran gastos catastróficos aquellos que se derivan de tratamientos y medicamentos, definidos por el Consejo de Salubridad General que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionados con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y

aceptabilidad social, que implique un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel de frecuencia con que ocurren¹²⁹.

Aún cuando es el CSG quien determinará, a partir de estudios previos, los padecimientos considerados como generadores de gastos catastróficos que se incorporarán al FPGC, la ejecución y alcance de los servicios dependerá de la capacidad financiera del propio Fondo. Aunque el FPGC se creó como un mecanismo mediante el cual se crearía un ahorro para poder solventar gastos mayores a causa del tipo de enfermedad, su posible efectividad no permite asegurar el cubrir a todos las enfermedades generadoras de gastos catastróficos ni mucho menos asegurar tratamiento o medicamentos ya que la población que demande la utilización de este Fondo puede incrementar o solicitar el uso simultáneamente; es decir, el monto destinado no siempre será proporcional a la demanda de éste tipo de servicio especializado.

El FPGC se mueve a través de dos vertientes, por una parte se encuentra la cobertura horizontal referente a la erradicación de la enfermedad, cuya base se centra sobre los grupos de población (atención focalizada), tomándose ciertos criterios de aplicación ligados a generar la equidad socioeconómica y de género, para con ello poder romper o disminuir la marginación en materia de salud pública. Estando entonces la cobertura vertical referida al tratamiento que se otorga por parte del Fondo a partir del impacto social que genera, como sería el abasto de recursos y disponibilidad de oferta¹³⁰; es decir, hace énfasis al tipo o grupo de intervenciones (atención excluyente por la utilización de alta especialidad en la atención médica brindada), por lo que sus criterios de aplicación se encuentran enfocados en prioridades explícitas. En éste no importa la marginalidad social en sentido estricto, sino el atender enfermedades generadoras de gastos catastróficos a partir de cubrir ciertos criterios que verifiquen su necesidad de entrar en la categorización del Fondo, de tal forma que el sistema gaste lo menor posible al brindar la atención a la población que entra en el esquema, y lo

¹²⁹ www.seguro-popular.salud.gob.mx, Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos, artículo: Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos. Manual de Operación. 2007, p. 04.

¹³⁰ Por ello es que, los tratamiento que se consideran como parte de la atención de la cobertura vertical son los dirigidos para antirretrovirales de VIH/SIDA, cáncer cérvico-uterino invasor y cánceres infantiles; por lo que la cobertura horizontal posee un tope anual para que sus afiliados gocen del FPGC, el cual se especula entre el 14.3% del total de la población propensa a la afiliación del SPSS.

siguiente al disminuir el gasto es eliminar la enfermedad, es decir, eliminar la incidencia de éstas.

Para poder realizar una buena aplicación del FPGC se creó el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC), el cual permitiría una óptima interacción entre notificación, gestión, pago por servicios y seguimiento. Dicho sistema es representado por los gobiernos estatales responsables de la protección social en salud, los representantes de los Establecimientos de Salud que forman la Red de Alta Especialidad y la CNPSS. Por lo tanto, el SIGGC es el único con poder para notificar la existencia de un nuevo padecimiento generador de gastos catastróficos, si los padecimientos no son registrados por el Sistema, los Centros Regionales de Alta Especialidad no pueden realizar su solicitud de recursos económicos provenientes del Fondo; el problema radica en que no se le puede negar la atención a los pacientes, por lo que el gasto por su atención sería pagada por el gasto corriente, o presupuesto determinado, del SPS.

El proceso de notificación, exitoso, de un caso de enfermedad causante de gastos catastróficos necesita de la intervención de tres actores que permitan evidenciar su impacto: primeramente el médico especialista tratante perteneciente a los Centros Regionales de Alta Especialidad, en segundo término autoridades representantes del REPSS y por último de la CNPSS.

Con todo lo anterior debe de quedar claro que el FPGC brinda ayuda financiera a las unidades Regionales de Alta Especialidad a partir de la categorización de enfermedades que generan gastos catastróficos¹³¹, y se les otorgan los recursos dependiendo del registro o notificación de casos nuevos de gastos catastróficos, los cuales se determinan a partir de que el médico tratante realice una serie de estudios al afiliado para poder determinar el tipo de padecimiento que tiene; al obtener el diagnóstico este se analiza para poder determinar si corresponde a la lista de gastos catastróficos o se encuentra en el rubro del CAUSES. Si el diagnóstico del paciente concuerda como gasto catastrófico se le inicia el tratamiento de especialización correspondiente a la

¹³¹ Leucemia linfoblástica aguda, cáncer cérvico-uterino, cuidados intensivos neonatales de RN prematuros, VIH-SIDA.

categoría de enfermedades de gastos catastróficos. Por lo tanto, ese caso se tiene que registrar en el SIGGC, pero se tiene que realizar una revisión de papales médicos del paciente en su clínica de adscripción y posteriormente confirmar su vigencia en el SPSS.

Siendo que todo éste proceso de registro de casos de enfermedades generadoras de gastos catastróficos al SIGGC requiera de 28 pasos, de los cuales los 22 primeros se enfocan el registro, realización de estudios al afiliado y dictamen, todo este proceso requiere de aproximadamente 15 días, lo cual requiere de un gran empleo burocrático-médico para hacer válida la transferencias de recursos por enfermedad generadora de gastos catastróficos, la cual se justifica como mecanismo mediante el cual se permite controlar la asignación de recursos y casos. De tal forma que se logra evidenciar que aún no se ha logrado desarrollar un sistema de salud ágil en pro del servicio médico inmediato para el paciente, la atención médica sigue atrapada bajo un sistema de filtros. Es cuestionable el sistema bajo cual opera no sólo el FPGC sino el SPS en general, ya que no se garantiza que el afiliado logre acceder de forma óptima e inmediata a los servicios médicos que requiere y que se encuentran contenidos en éste catálogo. Además queda claro que la atención médica de alta especializada queda restringida, por lo que la población necesariamente tendrá que estar inscrita al SPS para lograr acceder a este tipo de servicio.

b) Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

Ahora bien, el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), entró en vigor el 1° de diciembre de 2006, se desarrolló bajo los requerimientos estipulados en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, priorizando la atención en los menores de edad, favoreciendo de esta manera la recurrencia de individuos sanos en cada nación. El objetivo es disminuir la mortalidad infantil desde recién nacido hasta menores de cinco años de edad, cuyo objetivo es que para el 2015 se registren menos de 15 defunciones de estos menores por cada 1000 nacidos vivos.

Este Programa se inserta en la política de salud que establecen el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. En ellos, se reconoce que nuestro sistema sanitario debe resolver las desigualdades persistentes en el acceso a los servicios médicos...¹³²

El SMNG se pone en marcha con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil así como brindar atención médica en los primeros años de vida de los individuos para con ello no mermar su potencial como fuerza productiva latente; con este seguro médico se pretende disminuir, y en óptimas condiciones erradicar, enfermedades prevenibles o tratables así como evitar discapacidades en los menores. Este seguro ofrece una atención médica dirigida a los padecimientos más comunes durante los primeros cinco años de vida, aunque enfatizando en lo referente al primer mes de vida, ya que es en ésta etapa donde se presenta el 40% de las muertes infantiles dentro de este rango de edad (de 0 a 5 años).

La meta de este seguro, de carácter público y voluntario, radica en afiliar a todos los menores nacidos a partir del 1° de diciembre del 2006, ofreciendo la incorporación inmediata de la familia al SPSS. El seguro médico se hará efectivo a través de los SESA así como en las unidades propias del SPS, o por instituciones de seguridad social o privadas por medio de la firma del convenio correspondiente. Si la familia ya cuenta con el SPS puede incorporar al menor al SMNG, aunque necesita comprobar que haya nacido a partir de la fecha señalada anteriormente; sin embargo, los menores de 5 años que hayan nacido antes de esta fecha no pueden ser incorporados al SMNG pero sí al SPS, por lo tanto solamente recibirá la atención médica para infantes encontradas en el CAUSES, siendo esta atención limitada. Los menores incorporados al SMNG podrán también gozar de los beneficios del CAUSE, el medio a través del cual los menores accederán a los servicios médicos será con su póliza de afiliación al Sistema, Cartilla Nacional de Salud Niños(as), o también conocida como Cartilla Nacional de Vacunación.

Todos los afiliados al SMNG contarán con un expediente clínico individual, gozarán de los tres niveles de atención médica, incluido el servicios de

¹³² Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 2008. Decimotercera Sección, Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Seguro Médico para una Nueva Generación para el Ejercicio Fiscal 2009, p. 02.

urgencias¹³³ y en caso de encontrarse fuera de su lugar de residencia pueden acudir a cualquier unidad del SPS o unidades adscritas, haciéndose así efectiva la portabilidad de derechos. Los servicios integrados en el SMNG contemplan acciones preventivas y atención con línea de vida, estudios de laboratorio que permitan realizar diagnósticos tempranos, atención médica así como medicamentos e insumos que requiera el padecimiento del menor (no obstante, podrán hacer tanto uso de intervenciones de segundo y tercer nivel incluidos en el CAUSES como de atenciones complementarias sobre enfermedades cubierta por el FPGC).

Cuando el Seguro Popular de Salud (SPS) no pueda garantizar los servicios médicos SMNG ya sea porque los Servicios Estatales de Salud (SESA) no cuenten con unidades médicas en zonas marginadas (por motivos socioeconómicos o geográficos) o bien no cuenten con el equipo necesario, se podrá recibir la atención médica (especificada en el catálogo de intervenciones médicas) en unidades del IMSS, IMSS-Oportunidades e ISSSTE con el previo acuerdo interinstitucional o bien cuando en la Póliza del Afiliado al SPS así lo indique¹³⁴. Aunque bajo el discurso oficial esto se maneja más como un trabajo solidario interinstitucional, esto deja entrever la incapacidad del nuevo sistema para garantizar la atención médica bajo la cual se asegura la población.

Además cabe mencionar que será la Secretaría de Salud (SS) la responsable de brindar el apoyo económico para la instrumentación y operación del SMNG, entre los cuales se encuentran:

- Apoyo económico debido al incremento en la demanda del servicio.
- Pago por intervenciones cubiertas por el SMNG.
- Pago por prestaciones no otorgadas por los Servicios Estatales de Salud.
- Pago de vacunas: neomocóccicas conjugadas heptavalentes.

¹³³ Cabe mencionar que en caso de que el menor requiera de servicios de urgencias, éste tendrá cubierto medicamentos y auxiliares de diagnóstico requeridos durante su periodo de hospitalización, sin embargo el SMNG no cubre los servicios de traslado ni alojamiento en el hospital para los familiares; el tiempo de espera en unidades del SPS deberá ser menor a los 15 minutos.

¹³⁴ En caso de que debido a la gravedad del padecimiento éste es atendido, operado, en una unidad privada, el SMNG no reembolsará el gasto realizado a no ser que dicha unidad pertenezca a la unidades médicas del Sistema o cuando los familiares no tengan sus derechos vigentes, sobretodo porque el SMNG y el SPS poseen un catálogo donde se detallan las unidades que otorgaran servicios cubiertos por el Sistema.

- Tamizaje auditivo (orientado a la detección de niños con hipoacusia severa y profunda) así como implantes a los menores.
- Apoyo para la capacitación y reforzamiento del personal dedicado a la importación de los Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud y para apoyar la instrumentación de éstos.
- Apoyo para la instalación y/o operación de módulos de afiliación.¹³⁵

En el 2008¹³⁶, se estableció que el apoyo económico para los SESA por incremento en la demanda del servicio, la SS otorgaría una transferencia a cada estado equivalentes al monto de 210 pesos anuales, con una sola utilización por cada niño mexicano nacido desde el primero de diciembre del 2006 y cuya familia estuviera incorporada el sistema de 2008; por lo que el pago de intervenciones cubiertas por el SMNG se realizará cuando el paciente se encontrara afiliado a dicho sistema por lo que la institución que brinde el servicio sería compensada por la transferencia federal.

Al cierre del 2008, el SMNG logró una cobertura de 1 033 481 menores incorporados, los cuales gozan de los beneficios de un catálogo médico compuesto por 116 intervenciones, así como aspectos excluidos (*Anexo 3*), divididas por 19 grupos de enfermedades:

○ Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	○ Enfermedades de la piel.
○ Tumores.	○ Enfermedades del sistema osteomuscular.
○ Enfermedades de la sangre y de los órganos hemapopoyéticos.	○ Enfermedades del sistema genitourinario.
○ Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas.	○ Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
○ Enfermedades del sistema nervioso.	○ Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
○ Enfermedad del ojo.	○ Síntomas y signos generales.
○ Enfermedad del oído.	○ Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.
○ Enfermedades del sistema circulatorio.	○ Quemaduras y corrosiones.
○ Enfermedades del sistema respiratorio.	○ Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.
○ Enfermedades del sistema digestivo.	

Como se pudo observar tanto el FPGC como el SMNG se construyeron para fortalecer al SPS así como para cubrir inconsistencias del sistema y brindar mayor peso al CAUSES. Sin embargo, esto también implicó el incremento en

¹³⁵ Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 2008. op cit, p. 10.

¹³⁶ Ídem, p. 10.

gastos y burocratización, y aunque se tiene todo esquematizado para poder tener control sobre estos gastos aún no se tiene la certeza de que el personal este capacitado para hacer uso de todos los esquemas de registro en el sistema.

Ambos mecanismos, FPGC y SMNG, enfatizan lo difícil que es en nuestro país el poder acceder a servicios médicos especializados, ya que aún cuando el Fondo cubre esta facción, tiene un límite en su uso, el cual se tiene que ajustar al presupuesto así como a cubrir los lineamientos que acreditan el padecimiento a partir de estudios previos y evaluación del médico familiar como el especialista. Si bien esto permite fomentar el control sobre la utilización de servicios médicos, estudios y por tanto control del presupuesto, también nos deja clara la dificultad para acceder a los servicios especializados, ya que el SPS garantiza la atención inmediata de los padecimientos comunes encontrados en el CAUSES. Siendo entonces que la protección de la salud se encuentre interrumpido puesto que no se tiene un completo y libre acceso hacia los servicio médicos. Respecto al SMNG, es en cierta forma marginalista ya que únicamente se permite su afiliación a los nacidos a partir de diciembre de 2006, por lo que los niños nacidos con anterioridad no gozarán de estos servicios. Por todo ello, resulta importante el poder observar el progreso en cobertura que ha logrado al SPS y todos estos programas complementarios, el cual se abordará en el siguiente apartado.

C. Alcances del Seguro Popular de Salud.

En éste apartado se pretende mostrar el impacto del SPS en materia de cobertura, para posteriormente confrontarlo con la cobertura implementada por el Programa IMSS-Oportunidades para así observar la capacidad del SPS para incorporar a población marginada (rural e indígena).

El SPS tiene que enfrentarse ante los problemas no solo de cobertura sino también sobre los padecimientos que aquejan a la población, así mismo tiene que enfrentarse a la movilidad social, enfocada ésta a la composición diversificada de la familia y del empleo, además de contemplar a poblaciones marginadas rurales, urbanas e indígenas; sobre todo porque cada estado posee problemas o

características específicas que se generalizan en los informes o estadísticas nacionales.

La cobertura que brinda el IMSS, como mayor exponente de las instituciones de seguridad social, es sumamente significativo, sobretodo si lo comparamos con el SPS, ya que éste aún se encuentra en una fase de crecimiento es que actualmente no ha logrado cubrir a toda la población abierta, y esto se proyecta dudoso ya que no se asegura que la población que se afilia se mantenga incorporado a él de forma permanente, es decir, el SPS se enfrenta a un proceso esporádico de afiliación; ya que aún hay familias que no se encuentran convencidas por los servicios otorgados ya que hay procedimientos que no se encuentran cubiertos por el SPS y que el individuo o la familia tiene que pagar de forma directa así como el hecho de que aún existen problemas para acceder de forma inmediata a los servicios médicos, por lo que habra quienes se afiliaran solamente al momento de presentar alguna enfermedad.

Por otro lado, el IMSS ha presentado cierta movilidad respecto a la regularidad de sus derechohabientes, esto incentivado por las crisis económicas derivadas en despidos de trabajadores, sin embargo la población que continúa cubriendo es considerable, además de que éste cuenta con la atención otorgada por medio del programa IMSS-Oportunidades y la afiliación voluntaria al régimen obligatorio, por lo que se cobertura no se limita. Sin embargo, la población cubierta por la seguridad social tiende a hacer uso de los servicios médicos cuando se enferma o su estado de salud se ve afectado, mientras que la población a la cual está dirigido el SPS recurre a sus servicios médicos al presentar alteraciones en su salud solicitando el servicio médico y no necesariamente la incorporación al sistema.

Cobertura IMSS-Oportunidades vs Seguro Popular de Salud, 2007.

Estados	Municipios	IMSS- Oportunidades Usuarios	IMSS- Oportunidades Municipios	SPS Afiliados	SPS Municipios (a)
Total	2 453	10 020 361	1 178	16 446 749	2 301
<i>Aguascalientes</i>	11	-	-	323 709	11
<i>Baja california</i>	5	53 203	2	475 499	5
<i>Baja California Sur</i>	5	-	-	102 074	5
<i>Campeche</i>	11	137 783	11	218 628	11
<i>Chiapas</i>	118	1 740 607	7	1 197 194	112
<i>Chihuahua</i>	67	ND	ND	342 290	67
<i>Coahuila</i>	38	199 421	20	168 806	38
<i>Colima</i>	10	-	-	205 048	10
<i>Distrito Federal (b)</i>	16	93 698	ND	323 008	16/c
<i>Durango</i>	39	267 076	39	147 352	39
<i>Guanajuato</i>	46	24 401	7	1 525 889	46
<i>Guerrero</i>	81	-	-	652 227	76
<i>Hidalgo</i>	84	630 053	68	500 766	79
<i>Jalisco</i>	124	14 235	9	706 435	124
<i>México</i>	125	-	-	1 307 788	124
<i>Michoacán</i>	113	1 105 520	104	368 869	101
<i>Morelos</i>	33	10 070	4	332 332	33
<i>Nayarit</i>	20	130 779	20	239 159	20
<i>Nuevo León</i>	51	-	-	261 333	51
<i>Oaxaca</i>	570	1 246 819	349	702 002	472
<i>Puebla</i>	217	1 097 205	159	1 050 696	206
<i>Querétaro</i>	18	-	-	198 688	18
<i>Quintana Roo</i>	8	-	-	118 567	8
<i>San Luis Potosí</i>	58	646 411	55	539 760	58
<i>Sinaloa</i>	18	294 426	16	546 842	18
<i>Sonora</i>	72	-	-	425 368	72
<i>Tabasco</i>	17	-	-	994 974	17
<i>Tamaulipas</i>	43	243 458	35	663 672	43
<i>Tlaxcala</i>	60	-	-	132 847	60
<i>Veracruz</i>	212	1 376 984	152	1 047 420	198
<i>Yucatán</i>	106	348 428	71	334 573	106
<i>Zacatecas</i>	58	359 784	50	292 934	57

(a) Información extraída de la Secretaría de Salud

(b) Información del 2006.

/c Información 2007.

ND Información No Disponible.

(-) Estados en los cuales no se implementa el Programa o bien es limitado o no se tiene información oficial.

Fuente: INEGI.

Como se pudo observar en el cuadro anterior, aún cuando el Programa IMSS-Oportunidades no se aplica en todos los estados de la república, cubre una cantidad de municipios muy significativa reflejada en una alta incorporación de población marginada a dicho programa, lo cual resulta interesante dado que es un programa de apoyo en servicios médicos. Por su parte, el SPS a pesar de que es

un sistema de carácter nacional y que se respalda con las unidades médicas directas de la SS y de los SESA aún presenta un rango de no inclusión alto, por lo que cuestiona su viabilidad para garantizar una cobertura completa.

El Programa IMSS-Oportunidades (*Anexo 4*), el cual se encuentra enfocado para la población marginada rural e indígena, prioritariamente, tiene una presencia primordial a nivel nacional, haciendo énfasis en los estados que más presentan marginalidad o bien constan de población indígena muy alta, esto es, su aportación solidaria y de asistencia ha permitido proteger a este sector de la población, aunque cabe destacar que existen estados en donde el programa no se ejecuta; en el 2007 de las 32 entidades federativas 12 no poseían servicios del programa. Por otra parte, el SPS ha logrado establecerse casi por completo en todos los municipios de los estados¹³⁷, de tal forma que para el año 2007 el SPS logró una afiliación de 16 446 749 personas a nivel nacional siendo que en el 2005 la población abierta se calculaba cerca de los 51 402 597 personas, mientras que para el 2007 los usuarios de los servicios de la asistencia social rondaban por los 52 075 995 personas, por lo tanto la cobertura democrática aún sigue en proceso puesto que algunos estados no han incorporado al 100% sus municipios y localidades en el SPS (*Anexo 5*) como lo son: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Michoacán¹³⁸, Oaxaca¹³⁹, Puebla, Veracruz y Zacatecas¹⁴⁰.

El Programa IMSS-Oportunidades cuenta con Hospitales Rurales así como Unidades Médicas Rurales y Urbanas, lo cual permite la efectividad de dicho programa puesto que focalizan y al mismo tiempo diversifican la atención médica en poblaciones marginadas por cuestiones geográficas, económicas, culturales y sociales; y aunque se apega a normas generales dictaminadas por la administración central, logran satisfacer las necesidades de salud particulares por estado y por localidades ya que fomentan la vinculación con la medicina

¹³⁷ Aunque no hay que olvidar que el SPS se insertó directamente en las unidades de los centros de salud así como en las instalaciones de salud estatal, y posteriormente se fueron creando unidades nuevas propias del SPS.

¹³⁸ En calidad de desprotegida debido a que aún cuando el SPS cubre 101 municipios de 113, únicamente se benefician 1 482 localidades de 12 540.

¹³⁹ Cobertura incompleta, y por tanto desprotegida, debido a que el SPS cubre 472 municipios de 570 pero solamente se benefician 2 374 localidades de 11 936.

¹⁴⁰ Es el estado del norte desprotegido por su cobertura incompleta pues aún cuando cubre 57 municipios de 58 son beneficiadas únicamente 1 884 localidades de 7 198.

tradicional (medicina-institucional/tradicional-atención casera), de ahí que su incorporación en las localidades por estado sea aparentemente pequeña pero efectiva, el control sobre enfermedades es eficaz, aún cuando no es un programa universal sino solidario-comunitario.

Por su parte, el SPS se ha encargado de absorber toda la infraestructura directa de la Secretaría de Salud (SS) en materia de población abierta así como de la estatal o local para así poder consolidar su sistema en materia de eficacia y cobertura universal, sin embargo existe cierto desequilibrio entre Hospitales Generales y Centros de Salud respecto a población que demanda la atención médica, como en el caso de Puebla el cual cuenta 43 Hospitales Generales y 541 centros de salud para una población adscrita al SPS de 1 050 696 y una población no asegurada equivalente a 3 888 900 personas, considerando que cuenta con una extensión geográfica céntrica y moderada, aparentemente cuenta con una distribución de unidades de salud que permiten atender a la población demandante. Por otra parte, Chiapas cuenta 26 Hospitales Generales y 638 centros de salud para una población afiliada al SPS de 1 197 194 personas, además de contar con una población no asegurada que se estima cerca de 3 501 084 personas, observándose una considerable disparidad en cuanto a infraestructura médica.

Con lo anterior se pretende evidenciar que no existe una buena administración geográfica de la infraestructura del SPS, la cual se puede reflejar en una lenta cobertura, insatisfacción de los usuarios que deriva en la renuncia de la afiliación o también incapacidad para poder afiliar a toda la población demandante del servicio, sobretodo porque aún cuando la mayoría de los municipios por estado se encuentran incorporados al SPS, a nivel micro, localidades, aún no se lograba la efectividad del seguro puesto que un alto índice de éstos no se encontraban beneficiados por el SPS en términos tanto de información e infraestructura. Este problema puede radicar en el hecho de que cuando se aplicó oficialmente el SPS todos los estados debían incorporar de forma prioritaria a la población perteneciente a zonas marginadas, con la finalidad de afiliar, en un primer momento, a la población que de acuerdo al estudio

socioeconómico no pagara por el seguro, sin considerar si las unidades médicas de los municipios de los diversos estados estaban capacitados para llevar a cabo un servicio que implicaría citas programadas, creación de expediente médico, creación y uso de farmacias.

Ahora bien, el tipo de actividad económica que desarrolla el segmento de la población que se beneficia por el SPS (*Anexo 6*) ciertamente pertenece al sector de la población desprotegido, puesto que no se les podía integrar de forma directa en los sistemas de salud otorgados por la seguridad social por lo que recurrían a los servicios directos de la secretaría de salud y servicios médicos estatales, perteneciendo actualmente a la protección social. De ahí que resulte interesante el observar que es en los primeros dos deciles de ingreso donde se concentra el mayor número de familias afiliadas al SPS a nivel nacional, siendo éstas también las que se encuentran incorporadas al sistema exentas de pago por su situación socioeconómica, es decir, pertenecen al Régimen No Contributivo, al cual también pertenecen cierto porcentaje de las familias ubicadas en el tercer decil.

Los estados que han presentado un avance en la incorporación, o afiliación del SPS en materia del Régimen Contributivo son Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Jalisco, Quintana Roo, Sinaloa y Tabasco, ya que han logrado incorporar familias del tercer decil al décimo decil, por lo que refleja un óptimo avance sobre la operatividad del seguro respecto al acaparamiento de la población con mayor solvencia económica (*Anexo 7*).

Mientras que otros estados debido a su situación poblacional como económica no han logrado expandir dicha incorporación puesto que no lograron afiliar a familias ubicadas entre el cuarto y sexto decil, como lo son Chiapas, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán, obteniendo baja confianza sobre la efectividad del sistema entre la población con capacidad de pago, de tal forma que la aportación que el gobierno otorga no logra equilibrarse con la aportación de las familias que logran incorporarse al Régimen Contributivo; no obstante, el Distrito Federal posee un registro limpio puesto a que únicamente se han incorporado al

SPS a familias ubicadas en los dos primeros deciles, de tal forma que no existe aportación alguna para el Régimen Contributivo.

Por otra parte, existen estados que se encuentran en una situación intermedia debido a que acaparan a familias ubicadas entre el séptimo y noveno decil, como lo son: Baja California, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Zacatecas, por lo que se considera que su aceptación va en crecimiento.

Sin embargo, se presentan ciertas contradicciones en el discurso oficial, ya que por una parte se dice que los estados que logran incorporar a un mayor número de familias ubicadas en los primeros tres se dice que responde a la lógica de proteger a la población en estado de pobreza. Cuando logran afiliar a un mayor número de familias ubicadas en los en el decil cuarto al décimo se considera que logran aplicar una cobertura universal puesto que logran llevar el servicio a sectores con capacidad de pago, lo cual también representaría que existe una base para poder llevar a flote al SPS. Aunque esta relación también implicaría que serían estos estados que logran integrar a población con capacidad de pago las beneficiadas puesto que lograrían favorecer la creación de nuevas unidades médicas o óptimo abasto de medicamentos, mientras que los estados que no logran incorporar a este tipo de población seguirían presentando problemas en incremento de infraestructura y abasto médico, no terminado con la desigualdad en salud.

Distribución de las familias cubiertas por el Seguro Popular de Salud: Familias de Régimen Contributivo y No Contributivo, 2007.

Estados	Total de Familias Cubiertas	Familias de Régimen No Contributivo	Familias de Régimen Contributivo	Promedio de cuota familiar en Régimen Contributivo (pesos)	Familias afiliadas en localidades de alta y muy alta marginación
<i>Aguascalientes</i>	107 635	99 037	8 598	158.4	11 971
<i>Baja california</i>	203 612	201 180	2 432	332.3	105 427
<i>Baja California Sur</i>	35 122	30 689	4 433	604.8	12 558
<i>Campeche</i>	71 170	70 910	260	524.1	30 811
<i>Chiapas</i>	425 619	425 510	109	633.0	317 123
<i>Chihuahua</i>	120 416	118 820	1 596	336.0	30 919
<i>Coahuila</i>	52 504	52 462	42	400.6	3 296
<i>Colima</i>	79 271	75 409	3 862	398.0	1 798
<i>Distrito Federal</i>	101 682	101 682	0	0	0
<i>Durango</i>	44 591	43 897	694	362.8	6 109
<i>Guanajuato</i>	505 740	502 150	3 590	278.6	61 677
<i>Guerrero</i>	147 710	146 061	1 649	568.1	116 103
<i>Hidalgo</i>	151 633	151 673	-40	626.9	61 071
<i>Jalisco</i>	231 843	225 107	6 736	422.8	17 496
<i>México</i>	392 836	392 742	94	456.5	174 636
<i>Michoacán</i>	117 669	117 257	412	578.7	16 226
<i>Morelos</i>	111 390	111 317	73	395.5	4 179
<i>Nayarit</i>	82 699	82 055	644	444.8	8 829
<i>Nuevo León</i>	80 348	79 437	911	343.6	16 118
<i>Oaxaca</i>	279 438	279 504	-66	488.0	163 138
<i>Puebla</i>	316 633	315 637	996	457.0	191 291
<i>Querétaro</i>	51 040	49 744	1 296	1 087.9	37 144
<i>Quintana Roo</i>	35 433	35 053	380	453.0	12 178
<i>San Luis Potosí</i>	184 200	184 150	50	260.2	100 987
<i>Sinaloa</i>	162 973	156 250	6 723	603.3	41 295
<i>Sonora</i>	164 170	159 876	4 294	343.7	8 149
<i>Tabasco</i>	357 374	276 832	80 542	1 249.7	68 093
<i>Tamaulipas</i>	229 422	228 987	435	326.5	22 972
<i>Tlaxcala</i>	43 187	43 181	6	0	2 771
<i>Veracruz</i>	348 665	348 469	196	403.9	211 406
<i>Yucatán</i>	104 653	104 585	68	279.3	69 368
<i>Zacatecas</i>	91 518	89 728	1 790	314.1	10 747

(El Distrito Federal aparece en ceros en familias de régimen contributivo y en promedio de cuota familiar en régimen contributivo puesto únicamente se incorporaron a familias sin capacidad de pago o ubicadas en el primer y segundo decil de ingresos, ejerciendo así la gratuidad del servicio; y hasta el cierre del 2007 no se registró afiliación de familias de alta y muy alta marginación)

Fuente: Secretaría de Salud, 2007.

Aguascalientes presenta la menor aportación promedio por familia incorporada al Régimen Contributivo (158.4 pesos), mientras que en los que más se paga es en el estado de Tabasco (1 249.7 pesos) y Querétaro (1087.9), interesante si consideramos que el primero pertenece a los estados del sur los

cuales no poseen un desarrollo económico importante y el segundo perteneciente al conjunto del bajo quienes se caracterizan por poseer cierta estabilidad económica tanto por las zonas industriales como ganaderas. Sin embargo, habría que detenernos un poco para analizar esta parte, los estados de Chiapas (633.0 pesos) y Oaxaca (488.0 pesos) poseen una población y territorio considerable, su fuente económica se sustenta principalmente en el turismo por lo que su desarrollo económico es bajo además de poseer población indígena, son de los estados más débiles del país sin embargo la cuota es un tanto elevado a comparación con estados como Nuevo León (343.6 pesos), San Luis Potosí (260.2 pesos) y Zacatecas (314.1 pesos), estados fortalecidos por la industria, maquilas, ganadería y minerales, poseen una situación económica más estable con una población menor, así como bajos índices de población indígena, no obstante la aportación es mucho menor; mientras que un caso curioso es Tlaxcala ya que posee únicamente 6 familias ubicadas en el Régimen Contributivo y no realizan pago alguno por el seguro. No existe un equilibrio entre los estados, puesto que reciben contribuciones diversificadas, que nuevamente evidencian la desigualdad y marginalidad que azota en nuestro país.

El SPS también pretende mejorar las condiciones de salud de la población más necesitada a partir de la acción conjunta con otro tipo de programas sociales, en este caso nos referimos al Programa Oportunidades, de carácter global no sólo de salud, lo cual significaría obtener resultados óptimos sobre las condiciones de vida de la población marginada. Una parte considerable de la población afiliada al SPS es beneficiada por el Programa Oportunidades, los más significativos son los estados de Guerrero y Querétaro, ya que cerca del 78.7% y 78.6% de su población afiliada al SPS se beneficia por el Programa Oportunidades. Mientras que Baja California del total de las familias incorporadas al SPS únicamente el 4.5% de ellas pertenece al Programa Oportunidades. De acuerdo a datos de la SS y la CNPSS en el 2008 se encontraban afiliadas al SPS 2.4 millones de familias del Programa Oportunidades, lo que representaba uno de cada tres núcleos familiares.

De acuerdo al Informe de Resultados del SPSS 2008, se logro observar que:

Logros del Seguro Popular de Salud al cierre 2008.

ÁREAS	RESULTADOS	EXTRA
AFILIACIÓN:		
<i>Cobertura-Afiliación</i>	9.1 millones de familias; equivalente a 27.2 millones de personas.	Cumplimiento del 100% de las metas del 2008 en afiliación y progreso del 72.7% para la meta del año 2010.
<i>Seguro Médico para una Nueva Generación</i>	Se afiliaron un total de 1 033 481 niños.	Sumándole a los menores afiliados en el 2007 se tienen 1 852 891 niños protegidos.
<i>Embarazo Saludable</i>	188 913 mujeres embarazadas beneficiadas.	Implementado en el primer semestre del 2008, garantiza a toda mujer embarazada un seguro de atención médica, y para su familia.
<i>Cobertura Territorial</i>	Se logró cubrir 2 453 municipios.	Efectividad del 99.9% de territorio nacional, sin embargo en aspecto micro, es decir, por localidad, dicha efectividad de cobertura territorial es relativa.
<i>Número de familias afiliadas ubicadas en localidades donde más del 40% de la población es de habla indígena</i>	827 063 familias afiliadas.	Significó un incremento de 148 008 familias respecto al 2007.
<i>Familias afiliadas residentes en regiones de alta y muy alta marginación</i>	3.0 millones de familias.	Representa un incremento de 469 mil familias (18.5%) respecto al cierre del 2007; de éstas, el 83% son encabezadas por mujeres.
SERVICIOS DE SALUD:		
<i>Consultas para beneficiarios del SPSS</i>	32.9 millones.	Al cierre del 2008.
<i>Unidades médicas acreditadas que brindan servicios a los afiliados al Seguro Popular</i>	5 755 unidades.	Al cierre del 2008.
<i>Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos</i>	Se financiaron 48 473 casos de padecimientos catastróficos y se adquirieron medicamentos antiretrovirales para la atención de pacientes con VIH/SIDA por un monto de 2 728 millones de pesos.	Casos de padecimientos catastróficos como: cáncer cervicouterino, cáncer de mama, cáncer infantil, cuidados intensivos neonatales, cataratas, trasplantes de médula ósea, insuficiencia renal crónica, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos.
FINANCIAMIENTO:		
<i>Presupuesto federal asignado al SPSS</i>	Ascendió a 34 834.1 millones	Representó un incremento en términos reales del 24.2 % respecto

<i>Recursos ejercidos</i>	<p>de pesos. 24 892.3 millones de pesos destinados a los subsidios de la CS y ASFI. 2 076.4 millones de pesos para el Fondo de Previsión Presupuestal. 5 687.1 millones de pesos para el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.</p>	<p>al 2007. La ASE para el ejercicio fiscal 2008 ascendió a 11 536.34 millones de pesos.</p>
<p>ACCIONES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DEL SPSS:</p>		
<i>Satisfacción del servicio recibido por parte de los usuarios</i>	<p>96% de los usuarios del SPS manifestó estar "muy satisfecho" o "satisfecho" con el Sistema.</p>	<p>De acuerdo con las 2 encuestas de satisfacción realizadas en junio y diciembre del 2008.</p>
<i>Cumplimiento legal</i>	<p>Se dio cumplimiento al Artículo 38 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2008.</p>	<p>Se destacaron los lineamientos relacionados a fomentar la eficiencia en la compra de medicamentos con recursos del SPS.</p>
<i>Evaluación de Desempeño</i>	<p>De acuerdo a los resultados de dicha evaluación en todas las entidades federativas se redistribuyeron recursos por 113.1 millones de pesos a los estados que tuvieron un mejor desempeño a lo largo del año.</p>	

Fuente: Secretaría de Salud, 2009.

Por otra parte, el financiamiento del SPSS en el 2008 se encuentra dividido en diferentes tipos de aportaciones, entre ellas se encuentran la Aportación Federal, la cual obtuvo un monto de 2 906.56 pesos por CS y 4 359.84 pesos por ASF; mientras que la ASE recibió un monto equivalente de 1 453.28 pesos por familia, siendo en total de 11 536.34 millones de pesos. Para ese año, las aportaciones por concepto de CF, obtenidas gracias a los estudios socioeconómicos, totalizaron 228.6 millones de pesos¹⁴¹. Considerándose beneficiarios de dicho movimiento familias que pertenezcan a algún programa del gobierno federal contra la pobreza extrema residentes en localidades rurales,

¹⁴¹ En éste total la información considera las aportaciones de todas aquellas familias contributivas (régimen contributivo) que se encontraron vigentes durante uno o más trimestres, además de las familias unipersonales (un sólo integrante beneficiario), las cuales aportan únicamente el 50% de la cuota familiar que corresponda a su decil de ingresos. Informe de Resultados del SPSS 2008.

residentes en localidades de muy alta marginalidad con menos de doscientos cincuenta habitantes, así como los que determine la CNPSS.

Mientras tanto, en el 2008 se autorizó un presupuesto para el SPSS de 34 713.8 millones de pesos, sin embargo, al cierre de ese año el presupuesto ejercido se estimó en 34 834.1 millones de pesos. El presupuesto original se encontraba diversificado de la siguiente manera:

- Recursos para el SPS: se destinarían 32 535.6 millones de pesos para cubrir cuotas y aportaciones a las familias beneficiarias del SPSS; cabe mencionar que este monto proviene de los recursos federales transferibles aplicables a las entidades federativas, así como de la parte federal dirigida al FPGC y del Fondo de Previsión Presupuestal.
- Recursos para la operación de la CNPSS: a la cual le correspondían 707.1 millones de pesos, para gastos administrativos y recursos humanos de dicha Comisión.
- Otras acciones: estos son recursos del SPSS, que la SS reasignó a diversas áreas, para con ello poder desarrollar acciones estratégicas del SPSS, 209.2 millones de pesos; el monto restante, 1 261.9 millones de pesos, se utilizarían para financiar el FASC.

Por otra parte, la modificación respecto a las metas de afiliación han variado tanto por la demanda del servicio como por la posibilidad de incrementar y fortalecer el presupuesto y acaparamiento de familias con mayor capacidad de pago, es por ello que la meta de afiliación para el 2010 cambió de 11.9 millones de familias a 12.6 millones. Datos oficiales informan que en el 2008 se logró afiliar a 9.1 millones de familias, equivalente a 27.2 millones de personas:

Afiliación registrada al SPSS 2008.

Estado	Familias Afiliadas
<i>Aguascalientes</i>	116 748
<i>Baja california</i>	242 755
<i>Baja California Sur</i>	40 960
<i>Campeche</i>	107 569
<i>Chiapas</i>	598 969
<i>Chihuahua</i>	205 316
<i>Coahuila</i>	146 016
<i>Colima</i>	85 544
<i>Distrito Federal</i>	282 901
<i>Durango</i>	100 091
<i>Guanajuato</i>	620 299
<i>Guerrero</i>	355 086
<i>Hidalgo</i>	280 399
<i>Jalisco</i>	471 002
<i>México</i>	830 986
<i>Michoacán</i>	284 638
<i>Morelos</i>	191 825
<i>Nayarit</i>	130 256
<i>Nuevo León</i>	196 323
<i>Oaxaca</i>	492 503
<i>Puebla</i>	479 667
<i>Querétaro</i>	146 642
<i>Quintana Roo</i>	80 837
<i>San Luis Potosí</i>	254 421
<i>Sinaloa</i>	221 875
<i>Sonora</i>	204 280
<i>Tabasco</i>	414 797
<i>Tamaulipas</i>	325 792
<i>Tlaxcala</i>	162 506
<i>Veracruz</i>	719 806
<i>Yucatán</i>	177 509
<i>Zacatecas</i>	177 695
Total Nacional	9 146 013

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

De acuerdo a datos oficiales, la reafiliación al SPS ha sido óptima en la mayoría de los casos, sin embargo es necesario esperar más tiempo, ya que cuando el SPS lleve al pie el cumplimiento del CAUSES, los afiliados podrán resentir que muchas intervenciones médicas quedan excluidas, provocando una posible disminución en la reafiliación; además no podemos dejar de lado el hecho de que hay población que únicamente recurrirá a la afiliación cuando su estado de salud se vea quebrantado.

Reafiliación de familias al Seguro Popular de Salud, 2008.

Estados	Familias afiliadas 2007	Familias reafiliadas 2008	% familias reafiliadas 2008
<i>Aguascalientes</i>	114 796	88 437	77.03
<i>Baja California</i>	229 946	202 272	87.96
<i>Baja California Sur</i>	36 597	30 335	82.88
<i>Campeche</i>	95 769	85 536	89.31
<i>Chiapas</i>	488 502	442 110	90.50
<i>Chihuahua</i>	149 966	137 889	91.94
<i>Coahuila</i>	92 320	87 219	94.47
<i>Colima</i>	82 073	75 492	91.98
<i>Distrito Federal</i>	170 846	106 144	61.12
<i>Durango</i>	85 291	75 798	88.86
<i>Guanajuato</i>	568 573	523 176	92.01
<i>Guerrero</i>	279 618	261 501	93.52
<i>Hidalgo</i>	207 678	204 285	98.36
<i>Jalisco</i>	318 726	282 520	88.64
<i>México</i>	529 518	505 024	95.37
<i>Michoacán</i>	211 961	177 267	83.63
<i>Morelos</i>	164 786	126 443	76.73
<i>Nayarit</i>	111 783	108 509	97.07
<i>Nuevo León</i>	145 151	141 757	97.66
<i>Oaxaca</i>	386 585	378 604	97.93
<i>Puebla</i>	390 029	366 090	93.86
<i>Querétaro</i>	112 235	108 817	96.95
<i>Quintana Roo</i>	61 816	53 489	86.52
<i>San Luis Potosí</i>	231 794	216 176	93.26
<i>Sinaloa</i>	187 317	165 900	88.56
<i>Sonora</i>	209 672	165 395	78.88
<i>Tabasco</i>	412 942	343 883	83.27
<i>Tamaulipas</i>	294 772	288 351	97.82
<i>Tlaxcala</i>	101 661	95 739	94.17
<i>Veracruz</i>	540 183	524 991	97.18
<i>Yucatán</i>	154 099	149 002	96.69
<i>Zacatecas</i>	140 168	126 083	89.95
Total Nacional	7 307 173	6 644 234	90.92

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

No obstante al supuesto crecimiento de la cobertura y reafiliación, resulta de vital importancia el poder integrar al sistema a la población indígena que se encuentra en situación de marginalidad, sobre todo si consideramos que por lo general esta población se encuentra en zonas de difícil acceso, por lo que el acceso a los servicios de salud es precario, siendo diversas instituciones y programas quienes se encargan de llevar los servicios médicos a estas zonas (tal es el caso del IMSS-Oportunidades, el Programa Oportunidades, campañas de vacunación, por mencionar algunas).

Familias afiliadas al Seguro Popular de Salud en localidades con 40% o más de población de habla indígena.

Estado	2007	2008
<i>Aguascalientes</i>	0	0
<i>Baja california</i>	16	10
<i>Baja California Sur</i>	6	6
<i>Campeche</i>	15 126	17 652
<i>Chiapas</i>	107 963	135 867
<i>Chihuahua</i>	2 126	3 373
<i>Coahuila</i>	0	0
<i>Colima</i>	0	0
<i>Distrito Federal</i>	1	2
<i>Durango</i>	2 909	3 469
<i>Guanajuato</i>	2	3
<i>Guerrero</i>	85 374	88 830
<i>Hidalgo</i>	23 101	49 680
<i>Jalisco</i>	37	793
<i>México</i>	16 447	19 259
<i>Michoacán</i>	6 210	6 950
<i>Morelos</i>	766	625
<i>Nayarit</i>	5 469	6 531
<i>Nuevo León</i>	12	13
<i>Oaxaca</i>	93 792	135 834
<i>Puebla</i>	68 322	79 409
<i>Querétaro</i>	3 537	4 542
<i>Quintana Roo</i>	18 490	21 135
<i>San Luis Potosí</i>	36 062	37 566
<i>Sinaloa</i>	856	809
<i>Sonora</i>	7 035	6 100
<i>Tabasco</i>	12 023	12 317
<i>Tamaulipas</i>	0	0
<i>Tlaxcala</i>	1 050	1 809
<i>Veracruz</i>	82 852	92 015
<i>Yucatán</i>	89 468	102 462
<i>Zacatecas</i>	3	2
Total Nacional	679055	827 063

Fuente: Secretaría de Salud, CNPSS.

No podemos pasar por alto, que la población indígena recurre a la medicina tradicional, por lo que integrar esta población al sistema de salud no siempre es fácil, sobretodo si consideramos que un problema importante para poder llevar los servicios médicos a esta población es su ubicación geográfica; sin embargo, es fundamental el poder garantizarles servicios médicos para así poder conservar su estado de salud ante padecimientos prevenibles o tratables.

Por su parte, la población infantil incorporada el SMNG mostró un incremento en afiliados, al cierre del 2006 se obtuvo un registro de 2 170 niños,

para diciembre de 2007 se tenía un total de 819 410 y para diciembre de 2008 a 1 033 418, por lo que en total se tienen afiliados 1 852 891 niños.

Cabe mencionar que las unidades en las que se otorga el servicio del SPS deben de pasar ciertas normas, siendo que en el 2008 se acreditaron 1 674 unidades médicas, 1 647 son centros de salud y 27 hospitales, lo cual significó un incremento en la cobertura en el Estado de México, Veracruz, Oaxaca, Hidalgo, Guanajuato, Puebla, Jalisco, Guerrero y Querétaro, pues todos ellos representaron el 55.4% de las unidades acreditadas en ese año. Es importante poder contar con unidades médicas para así poder garantizar el servicio médico en cualquier zona del país, y romper de esta manera las barreras geográficas.

El promedio de servicios que se otorga en el SPS aún no se encuentra del todo especificado, sin embargo se puede delinear el promedio de servicios que se otorgan en un día típico, aunque actualmente únicamente se cuenta con el promedio de servicios otorgados al año.

**Servicios otorgados a la población afiliada al Seguro Popular de Salud, 2008.
Consultas otorgadas:**

Rango de edad (años)	Mujeres	Hombres	Total
<i>Menos de 1</i>	1 019 543	1 059 973	2 079 516
<i>1 a 9</i>	3 590 385	3 451 268	7 041 653
<i>10 a 19</i>	3 306 556	1 797 042	5 103 598
<i>20 a 29</i>	3 906 465	636 498	4 542 963
<i>30 a 49</i>	6 058 331	1 488 806	7 547 137
<i>50 a 59</i>	2 059 294	758 268	2 817 562
<i>Más de 60</i>	2 473 229	1 323 012	3 796 241
Total	22 413 803	10 514 867	32 928 670

Fuente: Informe de Resultados del SPSS 2008, Secretaría de Salud.

Actualmente no se tiene acceso a datos recientes sobre los servicios otorgados por el SPS, quizá porque aún la base de datos no posee una actualización esquematizada o controlada, o bien aún se maneja cierta prudencia para no contrariar la efectividad del SPS. No obstante, sí se logró acceder a datos relacionados con el grado de satisfacción de los afiliados al SPS. De manera oficial se estableció en la fracción IX del artículo 39 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2008, se estipuló como obligatorio realizar semestralmente encuestas de satisfacción entre los usuarios del Sistema de Protección Social en

Salud, en ese año se realizaron dos encuestas¹⁴² a nivel nacional, en los meses de junio y diciembre, a aproximadamente a 26 mil afiliados; de ambas encuestas el dato más sobresaliente es que 96% de los usuarios respondieron estar *muy satisfechos* o *algo satisfechos* con el SPS. Respecto a la *atención médica* recibida el promedio nacional de satisfacción se calculó en 95% por parte de los afiliados al encontrarse *muy satisfechos* o *algo satisfechos*. Mientras que lo correspondiente al *surtimiento de recetas* el 78% de los afiliados a nivel nacional recibieron al 100% sus medicamentos que les fueron recetados. Lo concerniente a la *reafiliación* mostró que existe una probabilidad del 98% de que los afiliados durante ese periodo sigan incorporados al sistema.

En el 2008 se aplicó también los Lineamientos para la Evaluación del Desempeño del SPSS para con ello poder monitorear su operatividad global así como en las instancias ejecutoras a nivel nacional (unidades donde se da servicio del Seguro Popular), con la finalidad de poder estimar el cumplimiento de objetivos, metas y desempeño del sistema en todos los estados.

Rubros evaluados del Sistema de Protección Social en Salud, 2008.

Rubro	Porcentaje en la evaluación total
<i>Afiliación y Operación</i>	30%
<i>Gestión de servicios de salud</i>	35%
<i>Financiamiento</i>	15%
<i>Supervisión operativa</i>	5%
<i>Satisfacción del usuario</i>	10%
<i>Imagen institucional</i>	5%
Total	100%

Fuente: Informe de Resultados del SPSS 2008, Secretaría de Salud.

Aunque el SPS poco a poco va mostrando avances tanto en infraestructura, intervenciones y cobertura tanto geográfica como poblacional, lo cierto es que sus datos siempre serán variables ya que nada asegura que la población se reafilie al seguro, por lo que posee una tarea difícil, ya que debe de satisfacer las necesidades en materia de servicios médicos, medicamentos, unidades médicas, portabilidad y calidad del servicio para así consolidar una afiliación estable y progresiva.

¹⁴² Dichas encuestas quedaron a cargo de la empresa independiente de investigación Bimsa-Ipsos Marketing, Junio-Diciembre 2008.

D. *¿Credibilidad en el discurso del Seguro Popular de Salud?*

Una vez expuestos los mecanismos bajo los cuales el SPS se sustenta (PND y PNS) y bajo los cuales se complementa (FPGC y SMNG), así como sus alcances estadísticos en cobertura, podemos discutir sobre las adaptaciones, modificaciones y deslindes, que este seguro ha presentado a lo largo de su establecimiento, evidenciando de esta manera lo que podía cumplir ante la población y lo que podía cumplir en materia normativa en el ámbito operativo.

Dentro de los grandes beneficios que el SPS brindaría a la población que se afiliara a éste era ofrecer un seguro de vida para el jefe(a) de familia, así como brindar medicamentos (surtido completo y oportuno), atención a enfermos de diabetes, cáncer y VIH/SIDA¹⁴³, sin embargo, con el transcurso del tiempo se hizo evidente la disparidad entre el discurso y la realidad, obligando a que se realizaran ciertos cambios respecto a los beneficios y ejecución del seguro, sobretodo dejando claro que la atención médica se encontraría focalizada por enfermedad.

En marzo del 2006, el Comisionado Nacional del Seguro Popular, hizo referencia de que el SPS pertenecería a un nuevo esquema de integración social-popular denominado Sistema de Seguridad Social Popular (SSSP), al cual se le adjudicaría el cargo de “tercer pilar” de la seguridad social en nuestro país, ya que como el IMSS e ISSSTE, este sistema contaría con el SPS (como representante de la atención médica), el Programa de Pensiones y Ahorro Oportunidades¹⁴⁴ y el Fomento a la Vivienda Popular¹⁴⁵. Por lo que se crea el Consejo Nacional de Protección Social (CONPSS) como coordinador de este nuevo modelo, el cual pretendía “fortalecer la política social” que el Estado desarrollaba en beneficio de

¹⁴³ Cabe destacar que estos tres últimos padecimientos son atendido de acuerdo a ciertas especificidades contenidas en el CAUSES; esto es, si bien es cierto que se atienden este tipo de padecimientos habría que comprender que cada una de estas enfermedades se divide por categorías correspondiendo a la gravedad y evolución de la enfermedad, por lo tanto existen ciertas restricciones, atendándose las más comunes.

¹⁴⁴ Este se encuentra enfocado hacia los adultos mayores registrados en el programa Oportunidades para que cuenten con una pensión y a un sistema de ahorro para su retiro, así como brindar a la población de éste programa de 30 a 65 años el iniciar su propio fondo de ahorros. Dicha pensión digna va acorde el ingreso percibido el tipo de actividad laboral desarrollada, por lo que el término de “digna” es en todo caso ridículo

¹⁴⁵ Entendido como un tipo de crédito enfocado a los trabajadores independientes y familias de menos recursos, comprendido como viviendas capaces de resistir fenómenos naturales, así como permitir mejora la calidad de este sector de escasos recursos al poseer un patrimonio propio.

la población; es decir, crear políticas orientadas a la reducción de costos y que al mismo tiempo estas reflejen diversidad de acciones.

Con ello se pretendía romper con el antiguo esquema de seguridad social otorgado por el IMSS e ISSSTE, ya que ahora cualquier mexicano podría acudir al hospital así como el canjear sus recetas médicas donde el eligiera. Esta perspectiva se encuentra vinculada con las primeras declaraciones que se expusieron respecto a la ubicación de los centros en los que se brindarían los servicios de atención médica del SPS, ya que se había divulgado tanto hospitales como clínicas del IMSS e ISSSTE participarían así como las instancias estatales, darían los servicios de atención médica. Situación que no fue bien recibida por parte de estas instituciones, debido a que estas ya se encontraban sobrecargadas y presentaban sus propios problemas de atención y abasto para sus afiliados, por lo que atender a los pertenecientes al nuevo seguro de protección popular resultaba sumamente problemático.

Conforme se fue desarrollando el SPS se pudo observar que aún cuando éste pretendía disminuir gastos, la creación de tantas dependencias para su funcionamiento solo deja ver el crecimiento de la burocratización del servicio, a partir del incremento en gastos administrativos, ya que la SS no tomó en sus manos la administración o dirección de los servicios de salud como ocurría con los Centros de Salud, puesto que para el control administrativo y normativo del SPS se crearon la CNPSS y el CONPSS, de intervención a nivel federal y estatal. Actualmente lo que se pretende es que coincidan o interactúen los programas ya existentes, para lograr efficientar lo que ya se tenía en desarrollo y operatividad. Como podemos observar, la creación de tantas instancias administrativas se justifican en pro de la organización del sistema y efectividad de los programas, para con ello, según el discurso oficial, disminuir pérdidas presupuestarias o fugas de capital a consecuencias de programas mal implementados o con escaso seguimiento, aunque *paradójicamente se sigue gastando más en el rubro burocrático que en el práctico.*

Tal vez sería más viable el tener una sola instancia administrativa encargada de la distribución de los recursos y supervisora del uso de los servicios

médicos, aunque se necesitaría que su acercamiento a nivel estatal y local fuera directo y contara con un buen sistema de registro sobre el uso de los recursos.

En un principio la trascendencia que otorgó el gobierno federal al sistema universal del SPS radicaba en dar plena garantía a los mexicanos respecto a que no importaban el lugar donde laboraran (refiriéndose en este punto al trabajo informal), contarían con una cobertura del 100% dentro de una red universal de hospitales acreditados, la ventaja de dichos hospitales sería que el afiliado podría elegir la unidad en la que mejor lo trataran; aunque en términos prácticos lo que la población necesita es un lugar cercano donde pueda recibir atención médica inmediata u oportuna. Para lograr la efectividad de este planteamiento se pretendía organizar un plan maestro de infraestructura, en el cual se detallara dónde hacían falta unidades médicas y donde sobraban, de tal forma que se detendrían las obras hospitalarias con la finalidad de construir donde realmente hicieran falta, así como el establecer qué tipo de unidad de especialización se requería en determinada región del país. Esto es, que si un paciente de Chiapas necesitaba atención médica de segundo nivel y solamente Tabasco contaba con ese, el paciente sería trasladado y por tanto la aportación se destinaría a Tabasco, de tal forma que se reforzaría equipamiento de dicho hospital ya que no solo atendería a población de su estado sino de zonas aledañas, lo cual implicaría que Tabasco tomaría cierto porcentaje del presupuesto de Chiapas.

Lo anterior sin lugar a dudas implica una lucha presupuestaria entre estados y por tanto pelea por acaparar el mayor número de pacientes a los que se les pueda brindar atención médica acorde a las necesidades del padecimiento; aunque si bien es cierto que se dio prioridad al mantenimiento de unidades de especialización regional, también se planteó que el SPS contara con unidades estatales especializadas para así disminuir la lucha presupuestaria entre estados y con ello evitar problemas en la recaudación y distribución del presupuesto. Actualmente, *el SPS cuenta con instalaciones “propias”¹⁴⁶, compartiendo*

¹⁴⁶ Aunque hubo cierta controversia cuando se comenzaron a contabilizar las unidades médicas del SPS, ya que éste comenzó a dar servicios médicos de forma oficial en las instalaciones de la SS, como lo son los centros de salud, y en algunos edificios nuevos o en construcción destinados para las instituciones de seguridad social y unidades estatales de salud.

exclusivamente servicio con las clínicas de IMSS-Oportunidades, esto debido a que estas clínicas se encuentran ubicadas en localidades de difícil acceso, además de contar con información de la población y zonas que acuden por sus servicios¹⁴⁷.

La ambición del proyecto, SPS, en sus inicios apuntaba a fusionar o integrar al sector público con el privado, puesto que se pretendía que los asegurados tuvieran libre elección sobre su unidad médica de adscripción, esto incluía a unidades privadas, todo ello con la finalidad de reducir gastos familiares por motivos de trasportación; sin embargo, esto resulto más complicado en su ejecución, por lo que ahora se asigna la unidad de correspondencia, siendo entonces que el acceso a unidades privadas fuera descartado; actualmente el SPS no se encuentra ligado a ninguna institución privada de salud, todas las unidades médicas a las que puede acudir el beneficiario son públicas¹⁴⁸.

Datos oficiales del sector salud afirmaron que cerca del 55% de la población nacional efectuaba gastos de bolsillo en materia de salud, ya sea por compra de medicamentos o bien por recurrir a la medicina privada, siendo entonces el SPS el encargado de terminar con dicho problema, aunque para poder incorporarse al sistema se tenía que realizar un pago anticipado por los servicios o beneficios del seguro, fomentando con ello una cultura de prepago la cual se justificaba como un mecanismo para concientizar sobre el uso de los servicios públicos y la conservación de la salud; siendo entonces el SPS una opción para la atención médica¹⁴⁹.

También el SPS pretendía erradicar los problemas de horarios cortos de atención médica en zonas marginas al brindar un incentivo a los médicos de \$100

¹⁴⁷ Actualmente la portabilidad de derechos “garantiza” a los afiliados al SPS ejercer su derecho de la atención médica en cualquier unidad médica incorporada al sistema a nivel nacional.

¹⁴⁸ Cabría mencionar que en el 2006, el entonces Secretario de Salud, Julio Frenk Mora, formó un acuerdo con la ONU para blindar al SPS en materia de política electoral.

¹⁴⁹ Puesto que en sus inicios el SPS no contaba ni con instalaciones y personal médicos propios es que los servicios médicos pretendían brindar sea partir de la solidaridad institucional, siendo que los primeros afiliados fuera la población que hacía uso recurrente de los servicios de la SS a través de sus centros de salud. Para el 2006, el SPS contaba con 1 356 hospitales.

pesos por consulta¹⁵⁰, con lo cual se pretendía que los médicos se dedicaran a la atención pública y abandonaran la idea de establecerse en consultorios privados. El SPS tenía que enfrentarse a problemas de abasto de personal, ya que en el sector público no son bien remunerados y tienden a no aceptar trabajo en zonas rurales o semiurbanas, además de que actualmente en el sector salud para el personal médico y de enfermería resulta difícil poder hacer antigüedad al ser contratados por periodos. Si nos enfocamos al incentivo que propone el SPS para incrementar el horario de atención, nos deja entrever que se están realizando cambios respecto al tipo de pago y contratación del personal médico, puesto que están priorizando el número de pacientes (entre más pacientes se atiendan por jornada mayor será el salario) respecto al tiempo de calidad de una consulta¹⁵¹.

Para finalizar el sexenio foxista, el 25% del presupuesto del programa, 6 mil millones de pesos, se destinaron para la contratación de médicos y para el mantenimiento de la infraestructura. Mientras tanto, del presupuesto total del SPS, equivalente a 24 mil millones de pesos, el 50% se destinaba a medicamentos. Resulta curiosa la forma en la que pretendía operar el abasto de medicamentos, puesto que no se consideraba óptimo el contar con bodegas para almacenar el medicamento ni el contar con personal o realizar licitaciones debido al gasto y corrupción que significaría.

La propuesta que lanzó el SPS, como aseguradora pública, era el de publicar una lista o catálogo de las farmacias que ofertan medicamentos al mejor costo, por lo que como aseguradora realizaría el pago a la farmacia que surta el medicamento al afiliado, dichas farmacias que logren su acreditación serán incluidas en dicha lista, de tal forma que el asegurado podría informarse en qué farmacias podría surtir su receta; esto significaría una disminución de costos para el SPS ya que no pagaría por medicamentos caducados. Esto representaría una

¹⁵⁰ *La Revista*. Suplemento del periódico *El Universal* de los días lunes, Semana del 06 al 12 de marzo de 2006, n° 106, artículo *La propuesta transexenal del Seguro Popular*, p. 30-34, entrevista al Comisionado Nacional del Seguro Popular: Juan Antonio Fernández Ortiz.

¹⁵¹ Situación que se está percibiendo en el IMSS, tanto en clínicas como en consulta externa, ya que el tiempo que tiene asignado los médicos familiares para una jornada es de 10 a 15 minutos por paciente, provocando que la calidad de las consultas decaiga y no se logre hacer un buen diagnóstico, derivando en la prolongación de la enfermedad o no detección de ésta. Esto con la finalidad de poder atender el mayor número posible de pacientes en una jornada de 8 horas, poniéndose como objetivo el atender entre 40 a 50 pacientes por médico familiar, sin que ello implique la contratación de más médicos familiares.

ganancia importante para las cadenas farmacéuticas así como para los laboratorios. Actualmente es el SPS quien otorga los medicamentos a partir de la compra de estos efectuada por la CNPSS, siendo entonces controlada la compra de medicamentos por estado así como la realización de auditorías a las farmacéuticas respecto a calidad del medicamento así como bajo costo del mismo.

Sin embargo, el sector salud ha presentado una creciente demanda en los medicamentos, provocando el desabasto de los mismos por lo que los médicos recurren a recetar medicamentos que no se encuentran dentro del “cuadro básico”, de tal forma que los usuarios atiendan su padecimiento al comprar los medicamentos. Resulta esencial que el gobierno cree los medios necesarios para tener un abasto continuo de medicamentos así como el contemplar sobredemanda de los mismos, a partir de realizar estimaciones respecto a las enfermedades más recurrentes así como de las que necesitan de tratamientos más especializados; lo cual nos deja pensar que el problema de desabasto de medicamentos aún se encuentra lejos de solucionarse.

El problema del financiamiento del SPS sigue siendo cuestionable, ya que el objetivo es que éste seguro logre llegar a sectores de la población no afiliados por el IMSS o ISSSTE pero que tengan capacidad de pago, y así poder acaparar a la población ubicada en los últimos deciles de ingresos.

De forma concreta se logró observar que las inconsistencias del SPS no se limitan a un solo ámbito, de tal forma que se señalaran las que se consideran más evidentes.

En un primer momento se mencionó que este seguro de protección social operaba bajo cierta similitud respecto a los seguro privados al hacer énfasis en el pago anticipado (cultura de prepago), con la finalidad de concientizar a la población de que para poder efectuar su uso, o exigirlo, se necesita pagar por él. Si bien es cierto, en un principio se creyó que el SPS estaba respondiendo directamente al discurso privatizador del ámbito público, esto parece no quedar del todo explícito en este sistema de protección social, sobretudo si consideramos que por privatización del sector público se entiende la transferencia del sector público al privado respecto a propiedad, finanzas, gestión y control. Sin embargo, el

privatizar un sector público, como lo es el sector salud, significaría atentar directamente contra las garantías fundamentales del ciudadano. Lo que si se ha presentado en una interacción del servicio público-privado, ya que si bien el SPS ofrece servicios esenciales, queda claro que muchos servicios quedaron excluidos dejando entonces que el sector privado se ocupe de ellos, por lo que el ciudadano puede afiliarse al SP y complementar sus servicios en el sector privado o no; o bien, no afiliarse y hacer uso de los servicios privados cuando su estado de salud se deteriore, por lo que el problema del gasto de bolsillo y marginación en salud no se solucionan.

Las instancias de salud tienden cada vez más a colaborar con el sector privado a fin de poder garantizar a los involucrados (asegurados) capacidad en prestación de servicios, a partir de su fortalecimiento y mejora en el acceso a la atención, pero manteniendo en cierta forma la hegemonía pública, o la esencia de lo público, a través de la adopción y aplicación de políticas como del establecimiento de regulaciones, dejando características del sector privado fuera del esquema estructural, ubicándolos en áreas que permitan eficientar el servicio.

Ahora bien, otra inconsistencia que se detectó, es que aún cuando la OMS establece tres características básicas para los sistemas de salud: regulación, financiamiento y provisión, el sistema de salud mexicano se caracteriza por ser un sistema segmentado. No obstante, éste opera bajo el esquema de regulación, ya que el Estado es quien establece las reglas para la participación y funcionamiento de las instituciones de salud, así como el de monitorear su funcionamiento y cumplimiento de normas establecidas. Mientras tanto el sector privado crea sus propios mecanismos para participar dentro del esquema de regulación a partir de transferencia que el Estado le otorga al actuar por medio de aseguradoras, esto es, por medio de mecanismos financieros. A diferencia del sistema público¹⁵²,

¹⁵² El financiamiento de las instituciones públicas se da a través de transferencias vinculadas a fondos federales y estatales-locales que se obtiene a partir de la recaudación de impuestos; dicha regla se aplica para generar los fondos de la seguridad social.

En el sector privado, el financiamiento se da a través del pago directo o de bolsillo por servicios prestados, así como mediante mecanismos establecidos por las aseguradoras privadas¹⁵³.

Sin embargo, la prestación de servicios en el sector privado se caracteriza por no trabajar en conjunto con las unidades que brindan el servicio, pese a que cuentan con los tres niveles de atención, mientras que en el sector público es esta articulación entre las unidades que brindan el servicio de atención las que permiten eficientar la operatividad de la seguridad social y las instituciones de salud.

El SPS opera bajo las reformas realizadas en el sector salud, enfocadas a eficientar el sistema de atención (elección de unidad médica, puntualidad de citas médicas, entrega oportuna y completa de medicamentos), y con ello poder cubrir a más sectores de la población marginada por la seguridad social a partir de la afiliación universal. En el actual sistema de salud segmentado se ha permitido también la inclusión de la mezcla público-privado mediante la cual se establecen pasos a seguir: la inclusión social (se reconoce y ejerce el derecho de todo ciudadano a los servicios de salud sin importar su ubicación social y económica), equidad de oportunidades (sin importar su situación económica se debe de otorgar a todos los sectores de la población servicios igualitarios) y la participación democrática (referente a la participación de la ciudadanía a opinar respecto a la calidad de los servicios que se le brinda, ya que es la ciudadanía quien por medio de sus impuestos sustenta los servicios de salud, por lo que es obligación del gobierno ofrecer servicios de calidad), y la concientización sobre el pago por el servicio.

De forma concreta podemos decir que mientras no se garantice un acceso efectivo de los servicios de salud, en materia de atención oportuna así como en no restricción del tipo de servicios médicos, no se podrá garantizar la reafiliación al SPS, ya que si la población no se siente satisfecha con el servicio tenderán a utilizar los servicios privados o bien se quedaran sin servicios de salud al no poder

¹⁵³ Revista *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción.* Artículo: *Mezcla público-privado en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México*, México, 2003,p. 231.

pagarlos, no resolviéndose el problema de salud entre la población no perteneciente a la seguridad social.

Bajo el discurso oficial, el SPS se consolidó como una aseguradora pública, mediante la cual se concentraban los riesgos de enfermar del individuo a partir de la cuota familiar, ya que cuando uno de los integrantes de la familia llegaba a enfermarse su atención médica quedaría cubierta por la aportación o cuota familiar, catalogándolo como un sistema solidario, en el sentido de que los integrantes sanos ceden su aportación para cubrir los servicios del enfermo. Esto resulta muy conveniente para el Estado ya que así hace pensar a la población que el programa es integral y previsor, sin embargo lo que está haciendo es fomentar la idea de ver al prepago de los servicios médicos como una inversión, ya que en cualquier momento se pueden necesitar servicios de salud. Además de entrar en contradicciones ya que plantea que un solo integrante absorbería la cuota familiar, por lo que podríamos comprender que el programa no tiene la capacidad para garantizar servicios médicos para todos los integrantes, ya que para poder atenderlos primero uno tendría que recobrar su estado de salud para posteriormente otorgar servicios a otro, no quedando claro su sentido democrático ya que aún cuando todos están cubiertos no todos los miembros podrían verse beneficiados al mismo tiempo.

De tal forma, que los nuevos programas enfocados en salud, contemplan a la salud bajo la lupa neoliberal, como un bien individual (durante el Estado de Bienestar era fundamentalmente colectivo), por lo que la atención a la salud se deriva como una demanda de los individuos para producir salud, lo cual significa que la población invierte capital para el cuidado de ella, ya sea de forma curativa (corto plazo) o preventiva (largo plazo). Las instituciones de seguridad social actualmente apuntan a la atención preventiva ya que esta representa disminución de gastos puesto que se educa a la población a cuidar de su salud y con ello evitar la enfermedad, mientras tanto la protección social, como se encuentra hoy, está enfocada a una atención curativa, puesto que está comenzando a integrar en un sistema formal a la población excluida (cuya población realizaba un uso irregular de los servicios directos de la secretaría de salud) de atención médica organizada.

Otro punto a destacar es que anteriormente la seguridad social si bien ofrecía la afiliación a la familia del trabajador, su prioridad era preservar y concientizar la salud colectiva, para así asegurar su fuerza de trabajo, por lo que el cumplir con este primer paso es que ahora se enfoca a la salud a largo plazo a partir de las campañas preventivas; mientras tanto, la protección social desde su inicio estableció que sería la familia su unidad de impacto en la que se daría prioridad el autocuidado de forma individualizada en cada uno de sus miembros, ya que al caracterizarse como programa solidario se responsabiliza al enfermo por absorber los servicios médicos destinados a la familia.

La demanda de los servicios de salud radica también a ciertas condiciones específicas que el SPS no parece responder de forma precisa, ya que por medio del CAUSES se homogenizan las necesidades de la demanda, la protección social continúa con la política de focalización para así ir disminuyendo padecimiento. Ante la situación actual, pareciera que la demanda de los servicios, curativo o preventivo, no sólo se sujeta a las características de las instituciones de salud sino que también son las instituciones de salud, comandadas por la SS, las que regulan y dictaminan el carácter preventivo o curativo de los servicios de salud.

El problema al que se podrá enfrentar el SPS es que, mientras la población se enferme tenderá a hacer uso de sus servicios, o bien a afiliarse a él, pero mientras conserven su estado de salud, íntegro, son propensos a no utilizarlo y por ende a considerar innecesario el pagar por un servicio que no utilizan. La demanda de atención médica, cuando el individuo pierde su estado de salud, tiene un impacto diferente entre la población ya que depende de su estado socioeconómico, el estar enfermo, aún cuando representa no estar sano, puede contener diversos significados, ya que cuando se encuentra en los primeros deciles de ingreso el enfermar represente un gasto tan catastrófico que tienden a no demandar el servicio. Aunque la población no perteneciente a la seguridad social demanda servicios de salud, paradójicamente la demanda se restringe por motivos económicos, por lo que se recurre a la medicina tradicional o alternativa, dado que la medicina privada es cara y los servicios públicos no son percibidos como eficientes ante una emergencia, o por su lejanía.

Siendo entonces que con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y con el Programa Nacional de Salud (PNS) se respaldó la reforma al sector salud (SPS), ya que los servicios médicos continuarían siendo marginalistas dado que se tenía que pagar anticipadamente por recibir servicios médicos acotando el derecho social a la salud, ya que el Estado generaría un nuevo sistema para la atención de la salud el cual incluía una reducción en la atención médica puesto que muchas intervenciones médicas quedaron fuera en el paquete básico de servicios médicos, violando de esta forma el derecho humano a la salud, en el sentido de que al individuo cada vez se le alejan los medios para tratar de forma directa e inmediata su salud. También se logró observar que al requerir el SPS de catálogos auxiliares (FPGC y SMNG), se remarca la exclusión de intervenciones médicas así como el alejamiento de servicios de alta especialidad.

Por otra parte, aunque el SPS es de carácter nacional y en él queda insertada la salubridad general, no ha logrado incorporar a toda la población objetivo dado que aún no logra llegar a localidades donde los servicios médicos son escasos, no resolviendo el problema de salud en el sentido de acercar la atención médica a la población más necesitada, es decir, la población marginada cultural, social y económica.

La disparidad entre el discurso y los hechos parece incrementar conforme pasa el tiempo, sobre todo si consideramos que el SPS ha tenido que ir moldeando su ejecución debido a los problemas de aplicación de servicios, además de que aún no ha logrado acaparar a la población que permitiría llevar a flote al sistema de protección social, es decir, no ha logrado el impacto esperado sobre la población de los últimos deciles. El SPS sigue confrontándose entre lo público y lo privado, lo necesario y lo básico, así como la atención de necesidades específicas ante esquemas estandarizados u homogeneizadores, además de que con éste la salud se separa del contexto del individuo enfocándose únicamente a la atención de la salud.

CONCLUSIONES.

Haciendo uso de un proceso histórico descriptivo, como herramienta clave para comprender la evolución de la conceptualización de la salud y su institucionalización en nuestro país, se mostró que el Seguro Popular de Salud (SPS) no se comprende como un programa innovador sino como parte de la reforma al sector salud en nuestro país, el cual se relaciona con la disminución de costos y cantidad de servicios públicos en salud. En el mejor de los casos se puede observar como una estrategia para administrar la atención y servicios de salud, esto es, controla tanto la inserción del individuo en el sistema y el uso que éste hace de los servicios médicos.

De igual forma que se comprendió que para poder explicar la lógica o sentido de la implementación del SPS fue necesario el explicar cómo se estructuró la propia Secretaría de Salud (SS), lográndose observar la forma cómo el Estado, a través de sus diversos momentos, ha concebido el tema de la salud estableciendo así hasta qué punto se responsabilizaría de ella; esta parte se pudo observar también a partir de abordar la seguridad social y la salud pública. Por lo que la forma como el Estado define a la salud se puede ver reflejado en el tipo de políticas sociales y de salud que éste desarrolla, contemplando también que las políticas que una nación adopta suelen vincularse con estandarizaciones de instancias internacionales, evidenciando de esta manera el alejamiento de los gobiernos en materia de satisfacer o solucionar las necesidades sociales de su población.

Se comprendió que los problemas de salud no radican en la enfermedad misma sino sobre el impacto que ésta tiene sobre la sociedad, ya que así se evidencia no sólo la concepción que el Estado posee de ella sino también de su capacidad para crear un ambiente propicio para la conservación de la salud, el cual involucra el garantizar la óptima satisfacción de necesidades sociales de su población reflejados en una integración social a nivel político, económico, cultural y social. No se puede conservar la salud de la población si el Estado no logra proveerla de los medios necesarios para preservarla, como lo son: empleo,

vivienda, educación; a lo cual también se le tendría que sumar el respeto a las costumbres de los diversos grupos étnicos o regionales, por lo tanto la salud no se puede encasillar simplemente como menester de servicios médicos.

Los programas en salud que el Estado ha implementado son generalizados no satisfaciendo las necesidades específicas de la población acorde a su situación actual (económica, social y geográfica), por lo que se presenta cierta contradicción ya que por una parte podríamos decir que es la demanda de los servicios de salud los que deberían determinar la orientación de las estrategias para la erradicación de la enfermedad y prolongación de la salud, sin embargo, actualmente parece ser que la demanda que la población hace de los servicios de salud se sujeta a lo que las instituciones de salud pueden ofrecer acorde a las políticas sociales y de salud que dictamina el Estado. Por lo que también podríamos pensar que el tipo de servicios médicos que demanda la población, así como los servicios médicos que se aseguran para la población, reflejan el grado de desarrollo político, económico y social de una nación; ya que a partir de ello se puede considerar si un Estado es incluyente o excluyente, en la medida es que éste respete la integridad de los diversos grupos sociales, ya que las necesidades en salud no pueden ser las mismas entre la población urbana y la rural, así como de estas respecto a la indígena.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), como reforma al sector salud, pretendió ser la herramienta mediante la cual se terminara con la marginación en salud y disminuir el grado de pobreza al ofrecer un sistema para la población no incorporada a la seguridad social, otorgando servicios básicos de salud en el que se incluía seguimiento sobre el padecimiento del individuo. Con ello, pretendía diferenciarse de los servicios asistencialistas de la Secretaría de Salud (SS), los cuales se caracterizaban por ser esporádicos y sin creación de expediente clínico. Sin embargo, el SPS no terminó con la marginación en salud puesto que:

- Alejo el acceso a los servicios de alta especialidad al manejar la atención médica a través de tres catálogos de servicios médicos (CAUSES, SMNG y SMNG).

- No incluyó riesgos de intervenciones médicas dentro de dichos paquetes de intervenciones, por lo que la población tiene que realizar pagos extras para la realización del procedimiento médico.
- Condicionó la atención médica con el pago anticipado.
- Generalizó necesidades de salud, no respetándose problemas específicos de salud por estado, localidad y grupo social.
- No creó unidades médicas en zonas donde los servicios médicos son escasos (no resolviendo el problema de acercar la salud a la población).
- No asegurando la portabilidad de derechos (el cual restringió aún más la atención médica puesto que los afiliados no pueden acudir a otras unidades médicas del SPS que no sean la de adscripción).
- No garantizó un abasto adecuado de equipo médico y correcta distribución y contratación de personal médicos.
- No resolvió el problema del gasto de bolsillo ya que al limitar los servicios médicos las familias o el individuo tiene que recurrir a otras instancias, sector privado, para completar su atención médica, además de realizar gastos en tratamiento.
- La infraestructura bajo la cual en un inicio se implementó el SPS fue sobre las unidades médicas directas de la SS y los SESA, no creándose infraestructura, y aún no queda claro cómo se desarrolla ésta.
- Si bien el SPS pretende garantizar el derecho a la protección social de la salud al establecerse como un nuevo sistema formal para la población excluida de la seguridad social, lo cierto es que éste sistema quebranta el derecho humano a la salud puesto que el acceso a los servicios de salud son restringidos (se necesita estar afiliado) y limitado (puesto que se maneja un catálogo básico de servicios médicos y los servicios de alta especialidad necesitan de todo un proceso para autorizarlos y no tiene una cobertura amplia).

El SPS rompió con la idea de una atención médica abierta (*necesidad igual, servicio igual*) que ofrecía anteriormente la SS y relacionó la salud con servicios médicos no haciendo énfasis en el fomento de un entorno sano; además aunque

su objetivo es cubrir a la población pobre y la que pertenece al sector informal de la economía, el único beneficio es el servicio médico, sin embargo aún el acceso a la atención médica no se ha logrado asegurar que sea inmediato y óptimo al momento de solicitarlo el afiliado.

Con el establecimiento del CAUSES se fortalece la diferenciación entre los servicios esenciales de salud y los discrecionales, entendidos estos como aquellos que depende del interés del individuo para incentivar su estado de salud; fomentando con ello la participación del sector privado en la atención médica nacional, ya que estos complementarán o cubrirán las abstinencias en servicios de salud realizadas por el Estado. Estos paquetes básicos de servicios de salud incluyen un conjunto de servicios esenciales de bajo costo y alto impacto, con lo cual se pretende resolver los problemas de salud considerados como más graves entre la población de escasos recursos económicos, por lo que cualquier otro padecimiento, no incluido en dicho paquete, deberá ser atendido de forma particular.

Con el CAUSES, se pretendía informar a la población sobre los servicios médicos que podrían utilizar, siendo que cuando se tenía el sistema asistencialista no se poseía un límite del número y tipo de intervenciones médicas. Con ello se reitera que los servicios que se encuentren fuera de los básicos se comprenderán como adicionales para mejorar la salud del individuo siendo entonces responsabilidad de él adquirirlos de forma externa, es decir, en el sector privado. Este paquete básico de servicios pretende resolver los problemas de salud de la población considerados graves dada su recurrente incidencia entre los diversos sectores de la población, sin embargo dicha incidencia es propiciada por el deterioro del entorno físico y social en el que se encuentra la población, mas no de la gravedad de la enfermedad.

Además aún cuando el CAUSES es el eje del SPS, éste necesita de la ayuda de catálogos adicionales y estrategias en salud para poder incrementar los servicios médicos, ya que con ello pretende reforzar su credibilidad como mecanismo para satisfacer las necesidades sociales en salud tanto de la población afiliada como de aquella propensa a la afiliación. Por ello, es que el

FPGC y el SMNG resultan vitales ya que representan la inclusión de servicios especializados focalizados por rango de edad y por género, aunque también por enfermedad (ya que si bien pueden contener tratamiento para cáncer, este es para determinado cáncer y en determinada etapa; o bien, atención pediátrica neonatal dentro de la más común, y no de la esporádica).

También se debe de considerar que el SPS recibe apoyo en cobertura poblacional y geográfica del Programa IMSS-Oportunidades, dado que éste programa ya se encontraba ubicado en zonas marginadas rurales e indígenas. Logrando introducir, dicho programa, aspectos culturales de estos grupos (modos y costumbres) a los servicios médicos, permitiendo de ésta forma ofrecer una atención médica más específica, preservando al mismo tiempo la esencia de dichos grupos sociales al no estandarizar los servicios médicos. Por lo tanto, una vez más se muestra que el SPS se implementa sobre infraestructura de otras instancias, alterando el tipo de servicio ofrecido al imponer una atención generalizada.

Al ofrecer el SPS servicios médicos limitados y generalizados, la universalización que tanto pregona se orienta a lograr una cobertura sobre la población no incorporada a la seguridad social, más no una universalización orientada a implementar un sistema de salud integral.

Por otra parte, aún cuando el SPS estableció que su población objetivo era la ubicada en estado de pobreza (priorizándole a ésta servicios básicos de salud), el verdadero objetivo del seguro era incorporar a la población perteneciente al sector informal de la economía, ya que ésta si realizaría pagos por cuota familiar, pretendiendo con ello equilibrar el financiamiento del SPS. Esto confirma que el pago de la cuota familiar es la que determina la introducción al sistema (aún cuando existas población exenta de pago), relativizándose así la protección a la salud, ya que si bien anteriormente con los servicios otorgados por la SS se tenía que pagar cierta cantidad acorde a un estudio socioeconómico, sin embargo dicho pago se realizaba después de haber recibido la atención médica, ahora el derecho a la protección de la salud queda condicionada con el pago anticipado.

Anteriormente, al individuo se le atendía sin importar la intervención médica aunque la clara limitante para recibir una atención óptima era que el equipamiento de las unidades de la SS no era completa, sin embargo ese problema aún no se resuelva; anteriormente cuando el individuo hacía uso de los servicios de salud en la SS era así como se mostraba su inserción en el sistema, ahora es el prepagó el que marca la introducción al sistema. La ventaja que se podría ver en el SPS es que la afiliación permite tener un registro sobre el estado de salud del individuo, aunque también esto podría representar un control sobre los servicios otorgados o la frecuencia con la que el asegurado hace uso de los servicios médicos.

Ahora bien, antes de la implementación del SPS no existía estatuto legal que impidiera el uso de servicios de alta especialidad (la limitante real giraba entorno a un equipamiento no completo o sobresaturación en las unidades médicas u hospitales), siendo que ahora para tener acceso a este tipo de servicio, se tiene que pasar por un largo proceso para autorizar el servicio y el financiamiento para el mismo. La población afiliada al SPS “adquiere el derecho” de recibir servicios de alta especialidad acotados en el FPGC, sin embargo al acceso o uso de estos servicios no está garantizado para toda la población afiliada puesto que tiene que cubrir toda una serie de estatutos que dictaminen que el padecimiento que presenta requiere ese grado de atención. Bajo esta perspectiva no tiene sentido pagar por un servicio limitado cuando anteriormente estos mismos servicios y más eran de acceso libre. Siendo optimistas quizá el SPS permita tener un mayor control epidemiológico sobre esta nueva población asegurada así como de los recursos destinados y empleados en esta área, aunque esto reafirma la idea de que el Estado simplemente se responsabilizará de brindar servicios esenciales de salud así como fomentar la libre elección del individuo para decidir dónde atenderse (es decir, elegirá si lo hace en el sector público o privado), además de relacionar los problemas de salud únicamente con la presencia de la enfermedad y no como parte de la situación social, cultural, económica y política de una nación, ya que el SPS asegura servicios médicos para enfrentar los problemas de salud.

La universalización bajo la cual se respalda el SPS es una contradicción, ya que la lógica de universalización de los servicios de salud debería radicar en que: *toda la población tuviera acceso a todos los servicios de salud sin excepción*. Sin embargo, bajo la visión neoliberal la universalización plantea que todos los individuos (en este caso el sector que se había considerado población abierta) tenga la posibilidad de integrarse al seguro, cumpliendo aquí el SPS una universalización en cobertura al dirigirse a un sector amplio de la población pero no cumple su universalización respecto a la atención médica ya que esta es limitada. Aunque se ha fomentado la afiliación al SPS, y hasta en sus inicios se llegaron a otorgar servicios extras a los establecidos en el catálogo de servicios, será cuando se comience a aplicar al 100% el CAUSES que se sentirán las restricciones del servicios, puesto que existen servicios de complicaciones por enfermedad que no se incluyen en el nuevo seguro, así como complicaciones por intervenciones médicas. Dado que el CAUSES se estimó por rango de edad tiende a ofrecer más servicios para la población infantil, disminuyendo su atención para la población adulta y adulta mayor, descartando enfermedades crónicas y accidentes.

Ahora bien, la incorporación al SPS no asegura que la familia o el individuo estén exentos de realizar gastos extras para completar el servicio de salud, ya que se pueden presentar costos de traslado en ambulancia o bien sobre medicamentos que no cubra el SPS, o bien cuando se presenta un gran desabasto de las farmacias, incitando al afiliado a adquirirlos por su cuenta. Esto puede verse reflejado con el problema de la desigualdad geográfica en materia de corresponsabilidad entre estabilidad económica estatal y unidades o centros médicos, ya que habría que mencionar que no todos los estados cuentan con centros u hospitales de especialidades médicas, siendo menos de la mitad de las entidades quienes cuentan con este tipo de servicios. Por lo que la población de escasos recursos ubicados en zonas de alta marginalidad no pueden beneficiarse por el SPS puesto que las posibilidades locales y estatales no permiten solventar los servicios, no resolviéndose así el gasto de bolsillo.

El SPS sigue ofreciendo una atención curativa, por lo que el proceso preventivo puede darse a partir de la concientización a través de responsabilizar al individuo, y al núcleo familiar, sobre su actual y futuro estado de salud, facilitado esto por medio del CAUSES al establecer qué tipo de servicios médicos se les otorgarán, no se trata entonces de un simple proceso informativo sino un proceso de asumir responsabilidades ya que el individuo sabrá hasta que punto podrá contar con la intervención pública para conservar su salud, por lo que cualquier gasto extra que se genere para restablecer su salud corra por su cuenta (de ahí también la lógica de que el SPS ofrezca servicios limitados o básicos).

El SPS fomenta los mecanismo de diferenciación en salud ya que establece los servicios que el Estado puede proveer y al poner fin al sistema asistencialista la población se diversifica: la perteneciente a la seguridad social, la incorporada al SPS, la perteneciente a los seguros privados y la que no se encuentra aún a un sistema de salud; además se encuentra la posibilidad de que la población incorporada al SPS se niegue a reafiliarse.

Por otra parte, de ninguna manera se asegura que se termine con la desigualdad estatal y regional en materia de salud, ya que los estados que poseían un sistema de salud precario debido a escasos recursos, personal e infraestructura, pueden continuar en dicha situación debido a una baja recaudación de impuesto y asignación de recursos a ese nivel estatal, por lo que los beneficiados seguirán siendo los estados con una estabilidad o crecimiento económico.

Además resulta ser muy ambicioso el asegurar medicamentos cuando las instituciones de seguridad social que poseen un sistema de control y seguimiento de sus derechohabientes y amplitud de unidades médicas tanto en zonas urbanas como rurales y un financiamiento estable del propio sistema no han logrado garantizar un surtimiento efectivo de sus recetas médicas, y el SPS pretende asegurarlo cuando aún no logra una distribución eficaz de sus unidades médicas, además de que éste cuenta con un financiamiento incierto dado que depende de la estabilidad financiera a nivel estatal y federal (aunque esta ya se encuentra regulada o establecida en la Ley General de Salud, sin embargo aún se encuentra

sujeta a la competencia estatal de afiliación, puesto que se entrega mejor presupuesto a aquellas entidades que fomenten e incrementen la afiliación al sistema) así como de la movilidad de las familias objetivo dentro de los rangos de los deciles de ingreso.

Por otra parte, los gobiernos estatales aceptaron el establecimiento del SPS con la condición de recibir oportunamente los recursos para dicho sistema, no habían logrado otorgar un servicio integral de salud para su población abierta debido a problemas financieros reflejados en malas condiciones de unidades médicas, así como escases de las mismas, y poco personal médico, mostrando no solamente en una baja calidad de servicio sino también parcialidad en la aplicación de programas o campañas de salud; considerando que cada estado poseía ya con anterioridad problemas financieros derivados de la desproporcional distribución del presupuesto en salud tanto a nivel federal como estatal. Además también tendríamos que mencionar que en los inicios del SPS se aplicó el lema de que *los recursos seguirían a la demanda*, con lo cual se castigaría a los sistemas estatales debido a que aún cuando la afiliación debía ser voluntaria, se otorgaría mayor presupuesto para aquellos estados que logran una cobertura rápida; es decir, se acentuarían los rezagos en salud en los estados pobres, ya que el no tener la capacidad para cubrir a toda la población objetivo, el apoyo federal sería escaso o bien no llegaría.

También podemos dilucidar que el SPS fomenta el burocratismo para el acceso y uso de los recursos monetarios a nivel estatal, ya que si bien la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es la encargada de administrar dichos fondos, ésta evalúa si es aceptable y necesaria la petición estatal de requerir presupuesto, si la CNPSS lo considera prudente se tiene que tramitar el uso del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Esta situación ha provocado más problemas a los sistemas estatales de salud, ya que de acuerdo a la SS, cada entidad debe de tener la capacidad económica para desarrollar la aplicación del SPS de formas óptima y una vez que hayan realizado el gasto pueden pedir a la CNPSS el reembolso de la inversión y con ello hacer uso del Fideicomiso, por lo que si los gobiernos no desarrollan satisfactoriamente

la implementación del SPS la Comisión no puede acreditar el reembolso hasta alcanzar ciertos estándares.

Además, no se asegura una íntegra aplicación de los Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), ya que aún cuando debían de ser instancias autónomas para el establecimiento del SPS, muchas de estas quedaron sujetas a la administración de las secretarías estatales de salud, siendo entonces que el uso de los recursos no se destinen apropiadamente para el SPS, ya que se pueden emplear para “solucionar” los problemas específicos de salud de la entidad; lo cual también sería relativo ya que las unidades rurales no presentan mejoras ni en unidades médicas, incremento de personal o bien un abasto adecuado de las farmacias, significando una saturación del sistema al incrementarse el padrón de afiliados destinados para las unidades médicas evidenciando la incapacidad de dichos centros de salud para atender a su población inscrita, representando con ello un no cumplimiento de servicios de calidad, ya que el personal médico se enfrentará al desabasto de equipo médico y a la incapacidad de otorgar un servicio médico integral, puesto que el tiempo que se asigna para atender al paciente se reduce dada la alta demanda.

Si contemplamos el problema que cada entidad federativa posee para crear infraestructura médica, solucionar problemas de desabasto en unidades médicas así como problemas por saturación de los servicios, podemos comprender que la portabilidad de derechos del SPS (entendida como el beneficio de poder atenderse, en caso de urgencia, tanto en otra unidad diferente a la de referencia, así como de zona distinta al de la afiliación) no logra aplicarse del todo puesto que los gobiernos estatales y locales pueden negar el acceso al servicio por motivos de escases de recursos, no colaboración entre estados o bien porque el brindar servicios a afiliados de otra entidad representaría el no servicio inmediato, para su propia población; por lo que el afiliarse al SPS no asegura el acceso de los servicios médicos al momento de requerirlos. Siendo entonces que se pone en riesgo la capacidad del Estado para verdaderamente garantizar el derecho a la salud para su población.

Es así como terminamos de comprender que el establecimiento del SPS, a través del SPSS, significa el fin del sistema asistencialista en salud de nuestro país, y con ello el fin de los servicios médicos integrales (en los tres niveles de atención: consulta externa, hospitalización y alta especialidad) de libre acceso para toda la población, priorizándose ahora el pago por el uso del servicio y no el uso del servicio, cambiando así la esencia de la atención médica de nuestro país. Fomentando la fragmentación de los servicios de salud en el sentido de no lograr la creación de un sistema de salud integral sino marcando las diferencias de servicios médicos entre las diversas instancias públicas de salud y profundizando la disparidad de calidad y cobertura de servicios, infraestructura y población entre estados. La salud se desocializa, categorizando el avance de los sistemas de salud acorde a la capacidad de cobertura estatal, y no enfocándolo hacia el tipo y calidad de los servicios hacia la población respecto a sus necesidades reales, no estandarizadas.

Bajo este esquema ya establecido, pareciera difícil el poder modificarlo para crear beneficios, no obstante del SPS se rescata el hecho de crear un expediente clínico, ya que así se logra tener un mejor registro sobre el estado de salud de la población. Se necesitaría otra reforma en la Ley General de Salud para eliminar los paquetes básicos de servicios médicos y el pago anticipado. Sin embargo, lo que se podría hacer es fomentar las campañas de salud para que estas logran llegar a zonas marginadas, asegurar un óptimo abasto de equipo médico y farmacias, así como una buena distribución a nivel estatal de unidades médicas y hospitales; considerando también atender las necesidades de salud a nivel local.

Finalmente se concluye que con la implementación del SPS no se logra la equidad en salud puesto no se brinda a la población un medio saludable que incentive su estado de salud, además de que tampoco se logra llevar los servicios de salud a lugares de difícil acceso o en zonas marginadas por su condición de pobreza. Además la equidad en salud no puede sustentarse sobre el hecho de que los servicios médicos que ofrece el SPS son iguales para todos los afiliados dado que esa población solo tiene acceso a cierto tipo y grado de atención

médica. Es decir, el SPS profundiza la desigualdad en salud dado que no se estimula el mejoramiento del entorno social.

Mientras que el Estado se preocupe por garantizar el derecho social a la salud (apegado a crear opciones para la atención de la salud en la población, pretendiendo con ello legitimarse como un Estado democrático dado que responde a necesidades básicas), se atenta contra el derecho humano a la salud puesto que se crean mecanismos restrictivos para el acceso a los servicios médicos ya que se termina con la atención abierta al someter el servicio a un pago anticipado, y aún cuando existe población exenta de pago, se sigue restringiendo al acceso a servicios de alta especialidad; por lo que no se le otorga al individuo los medios necesarios para tratar su salud. Se refuerza la discriminación en salud, puesto que por una parte al limitar los servicios médicos a un paquete básico muchos padecimientos quedan sin tratamiento, atención o intervención médica, provocando que la población no opte por este tipo de sistemas, quedando entonces sin servicios médicos, diversificándose la marginación en salud.

El SPS forma parte del proceso de transformación del sector salud, el cual se apega a políticas sociales implementadas por el Estado neoliberal, el cual fomenta la reducción de la intervención del sector público para satisfacer necesidades sociales, en este caso de salud. Los servicios médicos otorgados se recortan al generalizándose las necesidades en salud, siendo que la atención médica continúe situada en el ámbito curativo, sin embargo ahora es excluyente puesto que deja fuera enfermedades así como tipo y grado de intervención médica. No se logra solucionar el problema de salud dado que tampoco logra crear infraestructura propia en zonas o localidades que han carecido de servicios médicos, así como no integra a toda la población objetivo por situaciones geográficas, culturales o bien por no satisfacer sus necesidades en salud provocando una no afiliación.

La atención de la salud se aleja de ser una necesidad social para establecerse como una responsabilidad del individuo, puesto que dependerá del individuo el conservarla y tratarla, ya que el Estado eliminó la salubridad general,

como sistema abierto, implementando al SPS como una opción y no como el medio para tratar la salud.

ANEXOS.

- Anexo 1:

Objetivos y Estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012:

Objetivo 1:	Mejorar las condiciones de salud de la población.	
<i>Estrategias:</i>	1.1	Fortalecer los programas contra riesgos sanitarios.
	1.2	Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos (construcción de una base social).
	1.3	Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades

Objetivo 2:	Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.	
<i>Estrategias:</i>	2.1	Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos: fortalecer la cadena de abasto de medicamentos, garantizar la oferta oportuna, promover la participación del mercado de medicamentos genéricos, optimizar el gasto en medicamentos en las instituciones públicas de salud.
	2.2	Mejorar la planeación, organización, desarrollo y mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para el mejoramiento del desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo.
	2.3	Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población (para el mantenimiento de la infraestructura se impulsará con la participación de asociaciones público-privadas; capacitación profesional al personal médico).

Objetivo 3:	Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.	
<i>Estrategias:</i>	3.1	Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad (planificación familiar, anticoncepción).
	3.2	Ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina.
	3.3	Fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Objetivo 4:	Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal	
<i>Estrategias:</i>	4.1	Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad (protección social de salud más la universalización permitirán superar la segmentación en salud).
	4.2	Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños (lograr confirmación como política sustentable el acceso universal a los servicios de salud, aunque la cobertura universal se plantea como un objetivo a largo plazo, se fortalecerá el Seguro Médico para una Nueva Generación).

- | | |
|-----|--|
| 4.3 | Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos (garantizar acceso universal a los servicios de salud sin impactar en la economía familiar). |
| 4.4 | Promover la concurrencia equitativa entre órdenes de gobierno para las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud. |

Objetivo 5:	Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.
<i>Estrategias:</i>	<ul style="list-style-type: none">5.1 Consolidar la investigación en salud y el conocimiento en ciencias médicas vinculadas a la generación de patentes y el desarrollo de la industria nacional.5.2 Garantizar un blindaje efectivo contra amenazas epidemiológicas y una respuesta oportuna a desastres para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional.5.3 Promover la productividad mediante el entorno de trabajos saludables, la prevención y control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones.

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

- Anexo 2:

Función del Sistema Nacional de Salud		Estrategias del Programa Nacional de Salud
<p>1. <i>Rectoría efectiva en el sector salud.</i></p> <p>2. <i>Financiamiento equitativo sostenible.</i></p> <p>3. <i>Generación de recursos suficientes y oportunos.</i></p>	<p>Prestación</p> <p>de</p> <p>Servicios</p>	<p>1.1 Fortalecer y modernizar la producción contra riesgos sanitarios. 1.2 Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades. 1.3 Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. 1.4 Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud. 1.5 Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>2.1 Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud. 2.2 Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona.</p> <p>3.1 Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector. 3.2 Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos. 3.3 Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.</p>

Cuadro extraído del Programa Nacional de Salud 2007-2012, p. 19.

- Anexo 3:

Gastos no cubiertos por el SMNG.

Adquisición de anteojos.
Cama extra.
Compra y reposición de prótesis y aparatos ortopédicos, así como pulmón artificial, marcapasos y zapatos ortopédicos.
Diálisis/hemodiálisis crónica.
Padecimientos derivados y tratamientos secundarios a radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.
Reembolsos médicos de aquellos gastos erogados fuera del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
Insuficiencia renal crónica.
Renta de prótesis, órtesis y aparatos ortopédicos.
Sangre y hemoderivados.
Servicios brindados por programas y campañas oficiales de salud vigente.
Servicios de enfermeras y cuidadoras personales.
Rehabilitación y educación especial para síndromes cromosómicos.
Traslados en ambulancias aéreas.
Trastornos psiquiátricos mayores que requieran hospitalización.
Tratamiento dental que requiera de servicio ortodoncio y cirugía maxilofacial, así como prótesis dentales.
Tratamientos envías de experimentación.
Tratamientos o intervenciones quirúrgicos de carácter estético o plástico.

Fuente: Reglas de Operación del SPSS 2009.

- Anexo 4:

IMSS-Oportunidades en los Estados: ficha informativa.

Estado	IMSS-Oportunidades 2008							
	Infraestructura			Población Adscrita	Cobertura			
	Hospital Rural	UMR (a)	UMU (b)		Municipios cubiertos	MT (1)	Localidades cubiertas	LT (2)
Total	69	3 547	145	9 777 138	1 298	2 454	17 021	288 470
<i>Aguascalientes</i>	-	-	-	-	-	11	-	2 739
<i>Baja california</i>	1	11	0	51 183	2	5	65	6 608
<i>Baja California Sur</i>	-	-	-	-	-	5	-	4 347
<i>Campeche</i>	1	40	4	135 783	11	11	179	5 024
<i>Chiapas</i>	10	553	12	1 662 045	112	118	2 432	24 999
<i>Chihuahua</i>	3	144	4	224 326	45	67	746	20 944
<i>Coahuila</i>	3	79	6	227 444	26	38	392	9 318
<i>Colima</i>	-	-	-	-	-	10	-	3 176
<i>Distrito Federal</i>	-	-	-	-	-	16	-	598
<i>Durango</i>	3	163	1	257 899	39	39	720	9 602
<i>Guanajuato</i>	-	-	-	-	-	46	-	10 670
<i>Guerrero</i>	-	-	-	-	-	81	-	9 865
<i>Hidalgo</i>	4	214	6	607 613	68	84	959	5 152
<i>Jalisco</i>	-	-	-	-	-	124	-	19 003
<i>México</i>	-	-	-	-	-	125	-	5 143
<i>Michoacán</i>	5	335	15	1 022 046	105	113	1 605	12 294
<i>Morelos</i>	-	-	-	-	-	33	-	1 814
<i>Nayarit</i>	1	79	4	126 360	20	20	298	4 293
<i>Nuevo León</i>	-	-	-	-	-	51	-	10 307
<i>Oaxaca</i>	9	470	14	1 200 351	331	570	1 767	12 214
<i>Puebla</i>	6	306	10	1 049 865	158	217	1 333	7 740
<i>Querétaro</i>	-	-	-	-	-	18	-	3 334
<i>Quintana Roo</i>	-	-	-	-	-	8	-	3 807
<i>San Luis Potosí</i>	4	202	6	567 385	55	58	1 464	9 404
<i>Sinaloa</i>	3	104	5	274 013	17	18	841	8 846
<i>Sonora</i>	-	-	-	-	-	72	-	16 019
<i>Tabasco</i>	-	-	-	-	-	17	-	2 708
<i>Tamaulipas</i>	2	104	0	241 814	35	43	546	13 689
<i>Tlaxcala</i>	-	-	-	-	-	60	-	1 916
<i>Veracruz Norte</i>	2	291	6	703 081	78	115	1 509	15 932
<i>Veracruz Sur</i>	3	228	32	632 868	73	97	1 302	10 027
<i>Yucatán</i>	4	83	11	417 137	72	106	301	9 554
<i>Zacatecas</i>	5	141	9	375 925	51	58	562	7 384

(a) Unidades Médicas Rurales.

(b) Unidades Médicas Urbanas.

(1) Municipios Totales.

(2) Localidades Totales.

(-) Estados donde no se implementa el Programa o es limitado o no se tiene información oficial.

Fuente: IMSS- Oportunidades

- Anexo 5:

Seguro Popular de Salud en los Estados: ficha informativa.

Estado	Seguro Popular de Salud 2007							
	Infraestructura		Población Adscrita	Cobertura				
	Hospitales Generales	Centros de Salud		MC (a)	MT (b)	LC (c)	LT (d)	Loc. Población Índigena /1
Total	428	10 404	16 446 549	2 301	2 454	58 158	285 823	1 708 066
<i>Aguascalientes</i>	4	86	323 709	11	11	626	2 739	0
<i>Baja california</i>	4	134	475 499	5	5	472	6 573	61
<i>Baja California Sur</i>	4	79	102 074	5	5	772	4 347	23
<i>Campeche</i>	8	126	218 628	11	11	555	4 863	34 372
<i>Chiapas</i>	26	638	1 197 194	112	118	4 588	24 249	247 188
<i>Chihuahua</i>	13	231	342 290	67	67	1 745	20 531	6 527
<i>Coahuila</i>	11	172	168 806	38	38	737	9 298	0
<i>Colima</i>	5	134	205 048	10	10	338	3 176	0
<i>Distrito Federal</i>	ND	107	323 008	16	16	35	598	0
<i>Durango</i>	7	194	147 352	39	39	1 170	9 441	6 691
<i>Guanajuato</i>	12	528	1 525 889	46	46	5 306	10 670	27
<i>Guerrero</i>	31	540	652 227	76	81	2 235	9 865	275 700
<i>Hidalgo</i>	11	396	500 766	79	84	2 059	5 077	68 374
<i>Jalisco</i>	31	654	706 435	124	124	3 720	19 003	57
<i>México</i>	34	941	1 307 788	124	125	2 657	5 143	55 600
<i>Michoacán</i>	12	232	368 869	101	113	1 482	12 540	14 968
<i>Morelos</i>	5	215	332 332	33	33	620	1 814	2 411
<i>Nayarit</i>	5	222	239 159	20	20	1 030	4 454	8 586
<i>Nuevo León</i>	6	458	261 333	51	51	1 618	10 307	42
<i>Oaxaca</i>	24	600	702 002	472	570	2 374	11 936	171 623
<i>Puebla</i>	43	541	1 050 696	206	217	2 967	7 611	214 496
<i>Querétaro</i>	5	207	198 688	18	18	1 341	3 334	11 265
<i>Quintana Roo</i>	4	161	118 567	8	8	309	3 807	43 814
<i>San Luis Potosí</i>	8	291	539 760	58	58	3 065	9 218	104 180
<i>Sinaloa</i>	16	210	546 842	18	18	2 914	8 795	2 233
<i>Sonora</i>	13	263	425 368	72	72	1 467	16 019	12 900
<i>Tabasco</i>	20	576	994 974	17	17	1 931	2 708	33 634
<i>Tamaulipas</i>	8	296	663 672	43	43	2 568	13 478	0
<i>Tlaxcala</i>	4	168	132 647	60	60	396	1 916	196
<i>Veracruz</i>	32	674	1 047 420	198	212	4 460	25 833	182 684
<i>Yucatán</i>	3	140	334 573	106	106	717	9 282	210 401
<i>Zacatecas</i>	19	190	292 934	57	58	1 884	7 198	13

(a) Municipios Cubiertos.

(b) Municipios Totales.

(c) Localidades Cubiertas.

(d) Localidades Totales.

/1 Localidades con 40% o más de población indígena: la cifra corresponde al total de familias afiliados al Seguro Popular de Salud que habitan en municipios o localidades con más del 40% de población hablante de lengua indígena.

Fuente: Secretaría de Salud.

- Anexo 6:

Actividad económica de los afiliados al Seguro Popular de Salud, 2007.

Jornalero o Peón
Albañil
Obrero
Empleado
Patrón o Empleador
Profesionista independiente
Trabajador por cuenta propia
Capataz o supervisor
Miembro de una cooperativa
Ayudante en negocio o taller
Ayudante sin remuneración

Fuente: Secretaría de Salud.

- Anexo 7:

Familias Afiliadas al SPS por decil de ingreso.

Estado	Total de familias afiliadas 2007	Total de familias afiliadas 2008	Familias por decil de ingreso 2008			
			I	II	III	IV a X
Aguascalientes	107 635	115 766	63 826	47 113	4 045	782
Baja california	203 612	240 883	156 218	73 832	7 571	3262
Baja California Sur	35 122	39 804	20 287	10 779	5 661	3077
Campeche	71 170	105 254	75 094	28 730	1 096	334
Chiapas	425 619	557 862	487 479	69 453	508	422
Chihuahua	120 416	180 868	110 192	65 234	4 952	490
Coahuila	52 504	110 634	73 019	34 341	2 687	587
Colima	79 271	84 867	43 112	35 072	5 739	944
Distrito Federal	101 682	263 105	234 187	28 915	0	0
Durango	44 591	96 901	65 434	28 577	2 465	425
Guanajuato	505 740	604 415	448 380	149 399	5 576	1060
Guerrero	147 710	341 235	301 877	35 839	2 713	806
Hidalgo	151 633	277 075	227 259	49 191	481	144
Jalisco	231 843	464 529	288 579	142 084	25 599	8 267
México	392 836	774 217	626 380	144 150	2 954	733
Michoacán	117 669	293 243	243 499	46 089	2 526	1 129
Morelos	111 390	168 110	137 296	30 086	526	202
Nayarit	82 699	126 629	83 329	40 702	2 258	340
Nuevo León	80 348	192 306	123 027	63 674	3 964	1 641
Oaxaca	279 438	488 549	423 419	64 883	160	87
Puebla	316 633	473 749	355 656	111 298	5 789	1 006
Querétaro	51 040	144 885	95 617	41 808	5 634	1 826
Quintana Roo	35 433	75 749	53 580	19 534	1 583	1 052
San Luis Potosí	184 200	247 296	181 300	60 162	3 515	2 319
Sinaloa	162 973	216 442	134 275	59 331	13 634	9 202
Sonora	164 170	193 166	116 142	62 253	12 272	2 499
Tabasco	357 374	407 353	167 259	142 509	39 646	57939
Tamaulipas	229 422	319 978	241 744	76 611	1 521	102
Tlaxcala	43 187	161 006	127 763	33 096	144	3
Veracruz	348 665	711 529	576 190	133 366	1 611	362
Yucatán	104 653	175 108	140 660	33 768	579	101
Zacatecas	91 518	160 405	104 725	49 820	5 056	804
Total Nacional		8 812 918	6 526 804	2 011 699	172 465	101 950

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

GLOSARIO.

ASE	Aportación Solidaria Estatal
ASF	Aportación Solidaria Federal
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BM	Banco Mundial
CABEME	Catálogo de Beneficios Médicos
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CECASOEH	Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar
CESOP	Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública
CESSA	Centros de Salud con Servicios Ampliados
CF	Cuota Familiar
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONPSS	Consejo Nacional de Protección Social en Salud
CPSSC	Comisión Permanente de los Servicios de Salud a la Comunidad
CS	Cuota Social
CSG	Consejo de Salubridad General
CURP	Clave única de Registro de Población
ENED	Encuesta Nacional de Evaluación y Desempeño
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
FASC	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
FASP	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
FOROSS	Estrategia de Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud en las Entidades Federativas
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FSPSS	Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud
HRAE	Hospital Regional de Alta Especialidad
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México

ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PBSS	Paquete Básico de Servicios de Salud
PMI	Plan Maestro de Infraestructura
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNS	Programa Nacional de Salud
PROCAMPO	Programa de Apoyos Directos al Campo
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIGGC	Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SMGV	Salario Mínimo General Vigente
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
SSSP	Sistema de Seguridad Social Popular

UEPSS Unidad Estatal de Protección Social en Salud
UNEMES Unidades de Especialidades Médicas

BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS:

- 1) Allen, Francis T. Los principios generales de seguros. FCE, México 1949, p. 296.
- 2) Almada Bay, Ignacio (coordinador). Salud y Crisis en México. Textos para un debate. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, Siglo XX, México, 1990, p. 393.
- 3) Álvarez Alva, Rafael. Salud pública y medicina preventiva. El Manual Moderno, 3° edición, 2002, México, p. 472.
- 4) Arteaga Basurto, Carlos y Silvia Solís San Vicente (coordinadores). Necesidades sociales y desarrollo humano: un acercamiento metodológico. Plaza y Valdés, UNAM, México, 2005, p. 419.
- 5) Asociación Latinoamericana de Medicina. II Taller Latinoamericano de Medicina (16 al 23 de septiembre de 1991). Universidad Central de Venezuela, Ediciones del Rectorado, Caracas, 1991, p. 332.
- 6) Barquín Calderón, Manuel. Historia de la medicina. Méndez Editores, México, 8° edición, 2001, p. 400.
- 7) Benejam D., María Antonieta y Cecilia Brown Villalba. Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los primeros años 1943-1944. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1980, p. 319.
- 8) Bronfman, Mario N. y Roberto Castro (coordinadores). Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1999, p. 543.
- 9) Castaño Yepes, Ramón Aber. Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social a la profesión médica. Ecoe Ediciones, Bogotá, 2000, p. 186.
- 10) Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Programa Seguro Popular. Cámara de Diputados LIX Legislatura, México, Febrero 2005, p. 72.

- 11) CEPAL. La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. CEPAL, Santiago, Chile. 1998, p. 252.
- 12) Coe, Rodney M. Sociología de la Medicina. Alianza Editorial, Madrid, 1973, p. 439.
- 13) Dávila, Enrique y Maite Guijarro. Evolución y Reforma del sistema de salud en México. Serie- Financiamiento del Desarrollo (91), Unidad de Financiamiento para el Desarrollo, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo. ONU-CEPAL-ECLAC, Santiago de Chile, enero de 2000, p. 83.
- 14) Freeman, Howard. Manual de Sociología Médica. Secretaría de Salud FCE (Biblioteca de la Salud), México, 1998, p. 689.
- 15) Gutiérrez Arriola, Angélica. México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social en América Latina. Siglo XXI, UNAM, Instituto de Investigaciones Económicas, México, 2000.
- 16) Huertas García, Rafael. Neoliberalismo y políticas de salud. El Viejo Topo (Fundaciones de Investigaciones Marxistas), Madrid, 1998, p. 190.
- 17) Laurell, Asa Cristina (coordinadora). Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. Fundación Friedrich Ebert, UAM-Xochimilco, México, 1ª edición 1994, 1ª reimpresión 1995, p. 128.
- 18) Laurell, Asa Cristina. La reforma contra la salud y la seguridad social. Ediciones Era, Fundación Friedrich Ebert, México, 1997, p. 122.
- 19) López Arellano, Olivia y José Blanco Gil. La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, 1º edición, 1993, p. 145.
- 20) López Luna, Concepción. Salud Pública. Interamericana-McGraw Hill, México, 1993, p. 212.
- 21) Malogón-Londoño, Gustavo y Ricardo Galán Morera. La salud pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones. Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2002, p. 492.

- 22) Massot L., María Luisa. (coordinadora). Alternativas de reforma de la Seguridad Social. Fundación Friedrich Ebert, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, 1996, p. 246.
- 23) Mora, Fernando y Paul W. Hersch. Introducción a la medicina social y salud pública. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, 1984, p. 112.
- 24) Mora Carrasco, Fernando y Paul Hersch Martínez. Introducción a la medicina social y salud pública. Trillas, UAM, 1990, p. 191.
- 25) Narro Robles, José. La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI. FCE, México, 1993, p.402.
- 26) Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financiamiento y operativos. FCE, Colección de la Biblioteca de la Salud, Secretaría de Salud, México, 2006, p. 309.
- 27) Soberón, Guillermo, Jesús Kumate y José Luna. La Salud en México: testimonios 1988. desarrollo institucional del IMSS, ISSSTE. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio Nacional, FCE, México, 1988, p. 323.
- 28) Soberón Acevedo, Guillermo. Derecho constitucional a la protección de la salud. Miguel Ángel Porrúa, México, 1983, p. 176.
- 29) Soberón Acevedo, Guillermo. La protección de la salud en México, Palabras, discursos y mensajes. Miguel Ángel Porrúa, México, 1ª edición, 1987, p. 758.
- 30) Solís Soberón, Fernando y F. Alejandro Villagómez. La Seguridad Social en México. Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE), FCE, México, 1999, p. 402.
- 31) Susser, Mervin W. y W. Watson. La Sociología en la Medicina. (1971 Universidad de Oxford), Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982, p. 643.
- 32) Torres, Blanca. Descentralización y democracia en México. El Colegio de México, México, 1ª edición 1986, p. 280.

- 33) Varios Autores. Las políticas sociales en México en los años noventa. UNAM, FLACSO, Plaza y Valdés, México, 1° edición, 1996, 1° reimpresión 1998, p. 511.
- 34) Varios Compiladores. ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. (Ponencias y debates del foro: 16 y 17 de febrero de 2006) Organización Panamericana de la Salud, UAM-Xochimilco, UNAM, FES-Zaragoza UNAM, IPN, México, 2006, p. 249.

PERIÓDICOS:

1) El Universal:

- Miércoles 06 de junio 2001, Nación, p. 15. *Anunciará Ssa “seguro popular”*. Justino Miranda.
- Miércoles 24 de octubre 2001, Nación, p. 13. *Entrará en función el seguro popular: VFQ*. José Luis Ruíz.
- Viernes 25 de abril de 2003, Nación, p. 23. *Aprueban la creación del seguro popular*. Juan Arvizu.
- Jueves 15 de mayo de 2003, Nación, p. 22. *IMSS, proveedor del Seguro Popular*. Ruth Rodríguez.
- Viernes 24 de octubre de 2003, Nación, p. 15. *Se cumplirá meta del seguro popular: Frenk*. Guillermina Guillén.
- Jueves 26 de agosto de 2004, Nación, p. 04. *Va un millón de afiliados en Seguro Popular*. José Luis Ruíz.
- Viernes 24 de septiembre de 2004, Nación, p. 02. *Cuestiona Frenk la falta de apoyo para seguro popular*. Sergio Javier Jiménez y Jorge Teherán.
- Viernes 05 de noviembre 2004, Primera Sección, p. 14. *Difícil expansión del Seguro Popular por restricciones fiscales*. Ruth Rodríguez.
- Martes 28 de diciembre de 2004, Nación, p. 13. *Abastecerán farmacias privadas a los afiliados del Seguro Popular*. Ruth Rodríguez.
- Jueves 13 de enero de 2005, Nación, p. 09. *Amplían cobertura del Seguro Popular*. Juan Arvizu y Ruth Rodríguez.

- Jueves 03 de febrero de 2005, Primera Sección, p. 01. *Impondrá Fox Seguro Popular en la Capital*. José Luis Ruíz, Ruth Rodríguez y Fabiola Cancino.
- Jueves 10 de febrero de 2005, Nación, p. 19. *Acuerdan diálogo para Seguro Popular*. Ruth Rodríguez.
- Miércoles 16 de agosto de 2006. *En 2010, la mitad de los mexicanos tendrá Seguro Popular, prevén*. Ruth Rodríguez.
- Lunes 16 de octubre de 2006. *Frenk: Seguro Popular es parte de las reformas democráticas*.
- Martes 23 de enero de 2007. *Sugiere la OCDE extender el alcance del Seguro Popular en la actual administración*. José Manuel Arteaga.
- Lunes 12 de abril de 2010, Primera Plana y Nación p. 12 y 13. *Seguro Popular, derroche sin resultados, advierten y La decepción del Seguro Popular*. Thelma Gómez.
- Martes 13 de abril de 2010, Primera Plana y Nación, p. 12. *Sindicatos frenan seguro universal y La fragmentación del sistema de salud*. Thelma Gómez.

2) La Jornada:

- Miércoles 06 de abril de 2005. *Sin acuerdo formal, Fox pone en marcha el Seguro Popular en el DF*. Claudia Herrera Beltrán.
- Viernes 08 de abril de 2005. *El gobierno federal viola la ley al poner en marcha el Seguro Popular*. Laura Gómez Flores.
- Sábado 23 de abril de 2005. *¡A privatizar con el Seguro Popular!* Gustavo Leal F.
- Martes 26 de abril de 2005. *Apremia Frenk a firmar el Seguro Popular de Salud*. Carolina Gómez Mena.
- Miércoles de 27 de abril de 2005. *Crítica el GDF declaraciones de Frenk sobre el Seguro Popular*. Ángel Boñaos y Bertha T. Ramírez.

REVISTAS:

- 1) La Revista. Suplemento del periódico *El Universal*, Semana del 06 al 12 de marzo de 2006, n° 106, *La propuesta transexenal del Seguro Popular*, p. 30-34.
- 2) Salud Pública. Laurell, Asa Cristina. *Investigaciones en Sociología Médica: 1ª parte*. Enero 1978, p. 5-9, n° 01. Maestría en Medicina Social, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco.
- 3) Salud Pública. Laurell, Asa Cristina. *Investigaciones en Sociología Médica: 2ª parte*. Abril 1978, p. 18-20, n° 02. Maestría en Medicina Social, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco.
- 4) Salud Pública. Laurell, Asa Cristina. *Investigaciones en Sociología Médica: 3ª parte*. Octubre 1978, p. 27-30, n° 03. Maestría en Medicina Social, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco.
- 5) Salud Pública. Laurell, Asa Cristina. *Investigaciones en Sociología Médica: 4ª parte*. Enero 1979, p. 22-26, n° 04. Maestría en Medicina Social, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco.
- 6) Salud Pública de México. Knaul, Felicia Marie, Héctor Arreola-Ornales, Oscar Méndez y Alejandra Martínez. *Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México*. vol. 47, suplemento 1 de 2005, p. 54-65 [Fundación Mexicana para la Salud].

INTERNET:

- 1) <http://books.google.com.mx>; Jonathan M. Mann, *Health and human right*. (julio 2010).
- 2) <http://es.amasfac.org> [Asociación Mexicana de Agentes de Seguros y Fianzas] (junio 2009).
- 3) www.amis.com.mx [Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros] (junio 2009).
- 4) www.funsalud.com (septiembre 2008) Revista: Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción. Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) México, Octubre 2003, p. 299. Artículo:

- Merino, Gustavo. *Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo*. p. 195-207.
- Torres, Ana Cristina y Felicia Marie Knaul. *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000*. p. 209-225.
- Nigenda, Gustavo, Erika Troncoso, Héctor Arreola, Mariana López y Luz María González. *Mezcla público-privado en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México*. p. 229-242.
- Nigenda, Gustavo, Emanuel Orozco y Gustavo Olaiz. *La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud*. p. 263-273.
- Knaul, Felicia Marie, Héctor Arreola, Christina Borja, Oscar Méndez y Ana Cristina Torres. *El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos en los hogares*. p. 275-291.

5) www.imss.gob.mx [Instituto Mexicano del Seguro Social] (octubre 2008).

6) www.inegi.gob.mx [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (marzo 2009).

7) www.insp.mx [Instituto Nacional de Salud Pública] (marzo 2005 y diciembre 2006).

8) www.paho.org [Organización Panamericana de la Salud] (marzo 2009).

9) www.salud.gob.mx [Secretaría de Salud] (marzo 2005; octubre y diciembre 2006; octubre 2008; febrero, agosto y septiembre 2009; marzo 2010):

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- Informe de Resultados del SPSS 2008.
- Seguro Popular de Salud.
- Gaceta Salud, n° 20, Febrero-Marzo-2004.
- Gaceta Salud, n° 22, Mayo-2004.
- Gaceta Salud, n° 26, Septiembre-2004.
- Gaceta Salud, n° 31, Febrero-2005.
- Gaceta Salud. Edición Especial, Noviembre-2005.

- Gaceta Salud, n° 44, Marzo-2006.
- Gaceta Salud, n°50, Septiembre-2006.
- Ley General de Salud.
- Programa Nacional de Desarrollo.
- Programa Nacional de Salud.

9) www.scieloso.org [Revista Panamericana de la Salud] (julio 2010):

- Artículo: Amartya Sen, ¿Por qué la equidad en salud?
- Artículo: Silvia tamez González y Catalina Eibenschutz, El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud.

10) www.who.int/es [Organización Mundial de la Salud] (junio 2009).

11) www.wikipedia.org [se utilizó para obtener información sobre la Carta de Ottawa, Declaración de Alma Ata, seguridad social] (junio 2009).

TELEVISIÓN:

- Programa *Espiral* Canal 11, Sistema de Salud y Seguridad Social: El Seguro Popular de Salud, 3 de agosto de 2005, 10 p.m.