



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Economía

Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)

Tesis que presenta:

Díaz Hernández Carlos Fernando

Para obtener el grado de:

Licenciatura en Economía

Tutor:

Dra. Alejandra Patiño Cabrera

Cd. Universitaria 22 de noviembre 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

Introducción.....	2
Justificación.....	3
Objetivo General.....	4
Objetivos Particulares.....	4
Hipótesis.....	5
1. Papel del Estado en el Sector Salud: Instituciones de Salud en México	
1.1. La Institucionalidad en México.....	5
1.1.1. Política Social en México.....	8
1.1.2. Las Instituciones de Salud en México.....	17
1.1.3. El IMSS (Antecedentes, evolución y constitución actual).....	18
1.1.4. El ISSSTE (Antecedentes, evolución y constitución actual).....	22
1.1.5. El Seguro Popular (Antecedentes, evolución y constitución actual).....	27
2. La Salud y el Gasto en México.....	30
2.1.1. El Gasto en Desarrollo Social.....	33
2.1.1.1. El Gasto Público en Salud.....	39
3. El Impacto de la Salud en el Desarrollo Humano	
3.1. La cobertura en Salud en el Mundo.....	43
3.2. La cobertura en Salud en México.....	49
4. El Seguro Popular y su impacto en la salud en México.....	55
4.1. Situación actual.....	58
4.2. Problemática.....	63
4.3. Nuevos retos.....	65
Conclusiones y propuesta de reforma.....	66
Bibliografía.....	70
Anexo Estadístico.....	77

Introducción

El sector salud a través del tiempo y la historia de México ha sido fundamental en la relación Estado-individuos, ya que en el momento de realizar el Plan Nacional de Desarrollo por parte de los gobiernos es necesario contemplar este sector, que a nivel global es fundamental para el desarrollo del ser humano.

Dicho lo anterior, ésta investigación hará énfasis en analizar tanto logros como retos del programa “Seguro Popular”, el cual inició en 1999; aunque no fue hasta la reforma contenida en la Ley General de Salud que se aprobó en el año 2003 y entró en vigor el 1° de Enero del 2004 que instituyó el esquema de seguridad universal y que se le dio por nombre Sistema de Protección Social en Salud, que se le conoce comúnmente como Seguro Popular, el cual ofrece el aseguramiento médico público a la población no asalariada. (Seguro Popular, 2010)

En este contexto, su fin máximo es que la población en México tenga acceso a la atención médica en todos los niveles, además de que esta sea de calidad y eficiente. Pero como sabemos, esto no se ha logrado a pesar de tener casi diez años de que entró en vigor este programa. Ante esto se analiza, desde una perspectiva de un Estado Institucional a través de un sector público activo, tanto el financiamiento como los problemas y condiciones a los que se ha enfrentado el Seguro Popular y por los cuales no ha llegado a cumplir sus objetivos esenciales.

A lo largo del trabajo, se analizarán estadísticas del gasto orientado al sector salud y la población con derechohabiencia, subsecuentemente pasando a revisar las familias e individuos afiliados al Seguro Popular para analizar la diferencia con respecto a la población total en México y observar cuánta población aún carece de acceso a algún servicio de Salud.

Esta investigación no solo está orientada a dejar entrever los problemas que aquejan a este sector, y en específico al programa que se ha destinado por

parte del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud para la cobertura universal enfocada al sector que rige esta última entidad, sino para promover posibles soluciones a través de un análisis profundo, en primera instancia apoyándose en recursos teóricos, y en segundo término, en elementos prácticos y aplicados a la realidad de lo que está viviendo hoy la población en nuestro país.

Justificación

Durante los sexenios de los presidentes Vicente Fox Quesada (2001-2006) y Felipe Calderón Hinojosa (2007-2012), se ha buscado la universalización de la Salud. En este contexto se creó desde el gobierno de Fox el llamado “Programa Nacional de Salud”, en donde se establecen tanto retos como objetivos y líneas de acción para la Democratización de la Salud, que es lo que da nombre al documento del gobierno Foxista.

Por otro lado, en el gobierno del presidente Felipe Calderón se continuó con esta línea, tomando de ejemplo el Programa del primer sexenio panista, y continuando la senda de acción reforzando el Seguro Popular, el cual fue instituido en el año 2004, que buscaba en sí la cobertura para los no asalariados y los que no pertenecían a alguna institución como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o alguno de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) o de Petróleos Mexicanos (PEMEX). El control se llevaba a cabo a través de una cuota según el nivel de ingresos.

En este contexto, ante un aumento aparente en el Gasto en Salud, en donde para el ejercicio fiscal 2012 se destinó 430 mil millones de pesos, que según los informes de gobierno es cerca 20 por ciento del presupuesto que se destina al rubro de la infraestructura social; con el cual se planea que para el final del Gobierno de Felipe Calderón haya 105 millones de mexicanos que cuenten con seguro en materia de salud.

Ante este previo análisis, es momento de contrastar el problema, el cual es el motivo principal por el que nace este trabajo de tesis. En este sentido,

ubicaremos el punto central, el cual es que el Seguro Popular tiene un registro total de 20,544,362 familias afiliadas que equivale a un total de 52,738,355 beneficiarios para el primer semestre del año 2012. Enfrente de esta situación, uno de los puntos negativos de este programa y el más trascendental dentro de los problemas de este sector es que se afilia a la población carente de seguridad en materia de salud pero no se amplía el número de hospitales, clínicas, médicos y personal tanto de enfermería como administrativos. En este sentido, las instituciones como el IMSS e ISSSTE, principalmente, tienen una sobrepoblación, mermando la calidad del primer, segundo y tercer nivel de atención.

A raíz de esto, es necesario analizar el presupuesto que se ha destinado al Sector Salud en México, así como la distribución del mismo en los componentes esenciales. En conjunto se podrá lanzar una propuesta con la cual se logre el principal objetivo, que es la Cobertura Universal.

Objetivo General

Analizar indicadores como la cobertura en materia de salud en México, el Gasto Público enfocado al sector, así como la comparación a nivel internacional de las cifras enfocadas al tema de estudio para que se pueda realizar un diagnóstico profundo de la situación de nuestro país, y proponer una alternativa viable para el desarrollo del mismo en un tema tan importante como es la Salud.

Objetivos Particulares

- 1) A través del estudio del Institucionalismo se analizará el papel del Estado dentro del Sector Salud, además de sus mecanismos para el desarrollo de los mismos.
- 2) Con cifras del Gasto Público enfocado al Desarrollo Social y del Sector Salud, realizar un análisis profundo de su evolución en el periodo de estudio (2000-2012), y cómo ha contribuido al desarrollo de la política enfocada a los sectores antes mencionados.

- 3) Comparando cifras del Banco Mundial, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) con estadísticas de derechohabencia nacionales, podremos visualizar si la Cobertura Universal ha sido posible en México, y si no es así, encontrar los caminos viables para poderla alcanzar en base a las políticas aplicadas por otras naciones.

Hipótesis

En el México actual, a pesar de que el Presupuesto de Egresos de la Federación ha aumentado en un 12 por ciento aproximadamente para el decenio de los presidentes Vicente Fox Quesada y Felipe Calderón Hinojosa en materia de sanidad, no se ha logrado el principal objetivo que es una Cobertura Universal para los mexicanos, principal eje de la política en materia de salud de ambos gobiernos.

1. Papel del Estado en el Sector Salud: Instituciones de Salud en México

1.1. La Institucionalidad en México

Como punto de partida, North (1993) define a las instituciones como:

“Las instituciones son imposiciones creadas por los humanos y estructuran y limitan sus interacciones. Se componen de imposiciones formales (por ejemplo, reglas, leyes, constituciones), informales (por ejemplo, normas de comportamiento, convenciones, códigos de conducta autoimpuestos) y sus respectivas características impositivas. En conjunto, definen la estructura de incentivos de las sociedades, y específicamente de las economías”.

En este sentido, las estructuras económicas actuales a nivel internacional van de la mano con la teoría del Institucionalismo, las cuales son eje rector de la toma de decisiones y definición del sistema actual de las políticas en los gobiernos.

Como consecuencia, North (1993) menciona que la interacción entre instituciones y organizaciones determina la evolución institucional de una economía. En este contexto, las instituciones son las que determinan las reglas del juego, mientras que a un nivel microeconómico y macroeconómico, las organizaciones y los empresarios son los jugadores.

Las organizaciones, dentro del sistema actual, son uniones de individuos con propósitos en común con el fin de alcanzar objetivos específicos. Entre éstas se incluyen las políticas (partidos políticos, el senado, un concejo municipal, cuerpos reguladores), las económicas (empresas, sindicatos, granjas familiares, cooperativas), las sociales (iglesias, clubs, asociaciones deportivas) y las educativas (escuelas, universidades, centros de capacitación vocacional).

Se crean organizaciones que reflejan las oportunidades ofrecidas por la matriz institucional. Esto es, si el marco institucional premia la piratería, surgirán entonces organizaciones piratas; y si el marco institucional premia las actividades productivas, surgirán organizaciones (empresas) que se dediquen a actividades productivas.

Con esto, se establece un preámbulo del Institucionalismo, el cual North planteó con el fin de que el aparato económico pudiera desarrollarse fuera de un esquema neoclásico, ya que menciona que el mismo se olvida de un funcionamiento a través de instituciones y lo deja a las libres fuerzas del mercado.

Con esto, José Ayala (2005:48) contribuyó con el Institucionalismo del Sector Público en México señalando lo siguiente:

“La institucionalidad está inserta en el sistema político, que define la forma de organización y la estructura institucional del gobierno. Estas características determinan las restricciones, capacidades y atributos del sector público en los asuntos de competencia y particularmente, en el diseño y aplicación de políticas públicas”.

Bajo este esquema, el sector público en nuestro país se ha caracterizado por tener un papel activo en relación a la administración, diseño y aplicación tanto de las políticas públicas como de una organización de las mismas para que el Estado tenga un funcionamiento lo más eficaz posible, además de promover el bienestar de la población a través de un accionar constante.

Ante esto, Ayala (2005) nos señala que las instituciones son el resultado de una elección de los agentes económicos incluyendo el gobierno. Menciona que

las instituciones son parte de la definición de la autoridad formal entre las diferentes partes que constituyen un gobierno; además, tienen un papel esencial dentro de la vida del sector público, ya que fijan las reglas del intercambio que se da entre los diferentes actores entre los que se encuentran el presidente, el gabinete, el Congreso, partidos políticos y los distintos grupos de interés.

En este contexto, las instituciones son fundamentales en el sistema público, ya que son piezas importantes dentro de la toma de decisiones. Así, los acuerdos institucionales que se den, afectarán de manera directa a los agentes, de manera positiva o negativa, según sea el caso; es decir, los acuerdos por parte de los grupos de poder raramente serán neutrales. Este punto es significativo, ya que los agentes que resulten favorecidos o no tendrán opiniones diversas acerca del sistema y los mismos gobernantes.

Ayala (2005:49) menciona que la economía mexicana ha tendido a desenvolverse en una actividad de libre mercado, aunque con una participación significativa por parte del sector público. Ante esto, el Estado promueve por mandato Constitucional el desarrollo económico de la nación, al fomentar el crecimiento económico y el empleo, además de promover una justa distribución de la riqueza. Conjuntamente se le asignan las siguientes funciones:

- 1) La planeación, coordinación y orientación de la actividad económica.
- 2) El fomento de la actividad económica en el marco de una economía de mercado.
- 3) El logro de la justicia social.

Dicho esto, el Estado en nuestro país tiene la obligación de atender, entre otras cosas el pleno desarrollo de la población y sus capacidades, ya sea en empleo, educación, protección social, vivienda y salud; éste último, que es el que compete a la investigación, y se hace presente a través de la Secretaría de Salud, la cual es el ente organizacional encargado de la regulación y promoción del sector salud dentro de la población.

Otro elemento fundamental que se menciona, es la parte de las Leyes, de las que podemos enlistar, de acuerdo con nuestro interés en el sector, cuatro fundamentales:

- 1) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2) Ley Orgánica de la Administración Pública
- 3) Ley para el control de los Organismos y Empresas de Participación Estatal
- 4) Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

Estas leyes, en conjunto con el Convenio Único de Desarrollo contribuyen al trabajo del sector público y de las distintas instituciones que propician el buen funcionamiento del sector público en nuestro país.

Ante esto, se han puntualizado elementos del sector público institucional, ya que es un sistema que se adecúa perfectamente a la situación del sector público y el Estado en nuestro país.

1.1.1. Política Social en México

En relación a la política social, es necesario analizar el concepto y algunos antecedentes con el fin de establecer el contexto en materia tanto de desarrollo social como del mismo sector salud.

Una definición que contribuye al análisis de la política social es la de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual nos dice:

“La protección que la sociedad provee a sus miembros a través de una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción sustancial de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también incluye la protección en forma de cuidados médicos y subsidios para las familias con hijos.” (OIT, 2002:9)

Dicho de otro modo, la seguridad social se puede definir como todo programa de protección social establecido por una ley o por cualquier otro acuerdo obligatorio que ofrezca a las personas un cierto grado de seguridad de ingresos cuando afrontan las contingencias de la vejez, supervivencia, incapacidad, invalidez, desempleo o educación de los hijos. También puede ofrecer acceso a cuidados médicos curativos o preventivos. Puede incluir programas de seguridad social, programas de asistencia social, programas universales, cajas de previsión nacionales y otros sistemas, incluidos los enfoques orientados al mercado que, de conformidad con la legislación o práctica nacional, formen parte del sistema de seguridad social de un país (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2009)¹.

En 1952, la Conferencia Internacional de la OIT adoptó el Convenio sobre Seguridad Social (norma mínima 102) en el que se establecieron los beneficios mínimos que las naciones adherentes deben contemplar en esta materia. México se adhirió a este Convenio en 1961 entrando en vigor un año después. Las normas establecidas en el Convenio son las siguientes (González Roaro, 2003):

1. Asistencia médica (preventiva o curativa). Incluye todo estado mórbido, embarazo, parto y sus consecuencias
2. Prestaciones monetarias de enfermedad
3. Prestaciones de desempleo
4. Prestaciones de vejez
5. Prestaciones en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional
6. Prestaciones familiares
7. Prestaciones de maternidad
8. Prestaciones de invalidez
9. Prestaciones de sobrevivientes (viudez u orfandad)

¹ La AISS es la principal institución internacional que reúne organismos e instituciones de seguridad social. Fundada en 1927, la Secretaría de la AISS con sede en la Oficina Internacional del Trabajo en Ginebra.

Con lo anterior, podemos tener un preámbulo significativo que nos permita adentrarnos un poco en la evolución de la Seguridad Social en nuestro país, sobre todo en el sexenio del presidente Ernesto Zedillo, que fue donde se registró la alternancia de fuerzas políticas en el gobierno federal, así como de los dos sexenios que son los referentes al periodo de estudio de la investigación.

En México la protección social se encuentra enfocada en dos ejes: la seguridad social y la política social. La seguridad social puede ser definida como el conjunto de mecanismos diseñados para garantizar los medios de subsistencia de los individuos y sus familias ante eventualidades como accidentes o enfermedades, o ante circunstancias socialmente reconocidas como la vejez y el embarazo. Mientras que la política social es la encargada de proveer servicios de salud, educación, asistencia social y de combate a la pobreza (Cabrera, 2011).

La política social en México parte de la época posrevolucionaria, en la cual se establecieron en la Constitución Política los derechos garantes de la población. Ruiz (2000) señala que el primer proyecto constituyente por parte del General Venustiano Carranza resultaba individualista e ineficiente por lo que en 1917, se realizó una Constitución más apegada a las necesidades de la sociedad mexicana.

A partir de esta época, se establece el Estado de derecho para la población campesina, obrera y de clase media; pareciendo un sistema social-demócrata el cual, velaba a través del Estado, por los derechos como la educación, salud y vivienda de la población.

De acuerdo a lo anterior, los grandes avances que se tuvieron permitieron al Estado mexicano ser pionero en el Sistema de Seguridad Social, ya que los derechos que se establecieron fueron innovadores respecto a la educación, tenencia de la tierra, salud y trabajo.

Tabla 1. Principales Artículos en materia de Seguridad Social.

Artículo	Contenido
Artículo 3	Educación laica y gratuita
Artículo 4	Derecho a la salud y acceso a la vivienda
Artículo 27	La Nación es propietaria de las tierras y regula las modalidades de su usufructo
Artículo 123	Jornada laboral de 8 horas, derecho a huelga, el descanso semanal, salario mínimo y protección a las madres antes y después del parto

Fuente: Elaboración propia con base en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM).

Más tarde, durante los años 30, se dio la industrialización en nuestro país, lo cual provocó que se necesitara un Sistema de Seguridad Social nuevo. En este sentido, Narro (1993), define el Sistema de Seguridad Social Mexicano como aquel compuesto por el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), la seguridad social de la empresa estatal Petróleos Mexicanos (PEMEX), y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

En este sentido, el IMSS cubría² cinco ramos de seguro tales como el de riesgo de trabajo; el de enfermedades y maternidad; el de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; el de guarderías, y el de retiro.

El ISSSTE por su parte, nace como un organismo público y bipartita, que tiene como objetivo otorgar servicios de seguridad social a los trabajadores al servicio del Estado, y que ofrece el régimen de seguros y servicios siguiente (Mariñez, 2002:3):

- 1) Seguro de enfermedad y maternidad
- 2) Seguro de riesgo de trabajo
- 3) Seguros de jubilación, invalidez, muerte y cesantía

² Hasta la Reforma de 1973, que fue donde se ampliaron los servicios que prestaba el IMSS a tiendas institucionales para sus afiliados; además de la incorporación de la cotización dentro del INFONAVIT para créditos hipotecarios.

- 4) Seguro de retiro
- 5) Prestaciones sociales y culturales
- 6) Servicios para el bienestar y desarrollo infantil
- 7) Prestaciones económicas, servicios funerarios y servicios para jubilados y pensionistas.

Por su parte, PEMEX y las Fuerzas Armadas desarrollaron un sistema de atención para sus agremiados, por lo que fue esta la manera en cómo se cubrió, hasta cierto punto, las necesidades de la sociedad mexicana en relación a Seguridad Social.

Por su parte, los presidentes Luis Echeverría (1970-1976) y José López Portillo (1976-1982), se caracterizaron por aumentar de manera muy marginal el gasto en materia social. En este sentido, el primer sexenio estuvo marcado por un aumento significativo en la producción nacional, mientras que el segundo por el auge petrolero, lo cual permitió de cierta manera, obtener mayores recursos para el gasto en materia social. (Mariñez, 2002:4)

En relación al sector Salud, cabe señalar que en el sexenio del presidente Luis Echeverría se dio un auge en relación a la creación de centros hospitalarios con cuidados intensivos y tecnología de punta, lo cual permitió que se dieran mayores recursos a este sector, en conjunto con una cobertura más amplia. (Ruiz, 2000:93)

Otro avance importante en materia de Salud fue la elaboración del Plan Nacional de Salud, el cual en 1974 se instituyó con la finalidad de que estableciera el funcionamiento por los próximos diez años, de una red hospitalaria mejor equipada y con mayor eficiencia; además de que consideraba que la población rural de México contaría con un servicio médico adecuado. (Ruiz, 2000:93)

En los últimos tres gobiernos del Partido Revolucionario Institucional (PRI), con los presidentes Miguel de la Madrid (1982-1988), Carlos Salinas de Gortari

(1988-1994) y Ernesto Zedillo (1994-2000), se vivieron grandes cambios, se implementó un modelo económico, en el que el gasto social se vio disminuido a pesar de que los tres gobiernos fijaron la meta de mejorar las condiciones de vida para la población a través de lograr equidad y justicia; reflejados en empleos bien remunerados e incrementando los salarios reales; ello sustentado en la evolución y crecimiento de la actividad económica que fortaleciera la demanda de trabajo, el aumento de la productividad y el uso eficiente de los recursos; además de mantener estables los indicadores de producción. (Mariñez, 2002:5)

En el periodo del presidente Salinas de Gortari se creó el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL); este programa estuvo orientado a una población muy precisa, “los pobres más pobres dentro de los pobres”: los indígenas, los campesinos y los grupos sociales urbanos excluidos por las políticas de ajuste. Así, las áreas en que se enfocó este programa fueron las relacionadas con la alimentación, la tenencia de la tierra, la vivienda, la educación, la salud, así como la infraestructura agropecuaria.

En el sexenio del presidente Ernesto Zedillo, el gobierno diseñó una política social con una estrategia más amplia, a la que denominó Desarrollo social. Así, su objetivo planteado fue “el de propiciar la igualdad de oportunidades y de condiciones que aseguren a la población el disfrute de los derechos individuales y sociales consagrados en la Constitución; elevar los niveles de bienestar y la calidad de vida de los mexicanos; y, de manera prioritaria, disminuir la pobreza y la exclusión social” (Plan Nacional de desarrollo, 1995-2000, 1995:49). Este plan tuvo como característica el haber transformado el Programa Nacional de Solidaridad, dándole prioridad no sólo a los grupos más pobres, sino a las regiones con menores oportunidades de desarrollo. (Mariñez, 2002:6)

Durante 1996, la incidencia de la pobreza había aumentado sustancialmente: a más de 60% de la población (Tetreault, 2012, Cita a Hernández y Velázquez) y a casi 70% (Tetreault, 2012, Cita a Székely 2002). Pero no fue sino hasta

mediados de 1997, que se introdujo el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), con el objetivo primordial de romper el círculo vicioso de la pobreza intergeneracional (Tetreault, 2012).

A finales del 2000, el presidente Vicente Fox entra al poder, con el estandarte del Partido Acción Nacional (PAN). Al inicio de su sexenio existieron diversos debates acerca de seguir o no con PROGRESA; sin embargo, el programa cambió de nombre a Oportunidades, y se extendió primero a zonas semiurbanas, y luego a las grandes ciudades; además de que su funcionamiento cambió a una modalidad de transferencia directa (dinero en efectivo).

Tetreault (2012) señala que aunado a la política anterior, se añadió una estrategia contra la pobreza más extensa llamada “Contigo”, la cual estaba diseñada para complementar la estrategia de combate a la pobreza a través de transferencias monetarias condicionadas, con otras tres: la generación de oportunidades de empleo, protección social y la creación de patrimonio en forma de vivienda e infraestructura social. El 85% del presupuesto se dirigió a sólo dos de estas estrategias (transferencias monetarias condicionadas y la generación de patrimonio), y dentro de estas estrategias, había un programa que dominaba el presupuesto: Oportunidades en la primera, y el Fondo de Aportaciones para la Infraestructura (FAIS) en la segunda.

Es importante mencionar que durante este periodo se creó el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (CTMP), el cual estaba integrado por siete expertos en la materia de la problemática de la pobreza, el objetivo de este Comité fue hallar un método oficial de medición de la pobreza. En 2002 se publica que la medición de la pobreza se hará con base a tres líneas de pobreza, que posteriormente serían llamados como “pobreza alimentaria, de capacidades y patrimonio”³.

³ El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), define las distintas clasificaciones de pobreza como sigue (2012):

En el 2003 se aprueba la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) donde se mandata la creación del CONEVAL⁴, y se establece que el gasto social debe ir aumentando en proporción con el crecimiento esperado del Producto Interno Bruto (PIB). Estos cambios durante el sexenio de Fox, fueron una parte importante para asentar institucionalmente y expandir en forma modesta la estrategia antipobreza del país (Tetreault, 2012).

En 2004 se crea el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, llamado (CONEVAL), sucesor del CTMP⁵. El objetivo del nuevo Consejo que se encuentra en el Art. 81 de la LGDS, el cual se enfoca en normar y coordinar la evaluación de las Políticas y Programas de Desarrollo Social que ejecuten las dependencias públicas, y establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza.

Cabe señalar que en el 2004, se crea el Seguro Popular como tal, ya que en el Plan Nacional de Desarrollo establecido para el sexenio de Fox se planteaba una cobertura universal en materia de salud. Esto nace como consecuencia de una visión por mejorar la calidad en los servicios de sanidad para los mexicanos, así como el instrumentar una política social global que permitiera el desarrollo de la ciudadanía y una disminución significativa de las carencias que arrojaba la pobreza.

Una vez en el poder, el presidente Felipe Calderón anuncia, en 2008, su estrategia para enfrentar la crisis alimentaria mundial, que consiste en mayor

1) La pobreza alimentaria: Incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta.

2) La pobreza de capacidades: Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y en educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más para estos fines.

3) La pobreza de patrimonio: Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como para realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar sea utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios.

⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

⁵ Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (CTMP)

liberalización del comercio en el sector agrícola. Se crea Vivir Mejor (VM) en el cual se coordinaba e integraban diversos programas públicos⁶ orientados al combate a la pobreza. En su conjunto como parte de la política social, se continúa fortaleciendo el sector salud a través del Seguro Popular, se realiza la prueba de Evaluación Nacional del Logro Académico en Centros Escolares (ENLACE) así como evaluaciones a los profesores.

De esta manera, se fijan los antecedentes de la situación actual del sector salud en nuestro país, donde, para realizar un primer acercamiento, la Secretaría de Salud rige las políticas encaminadas hacia este rubro, además de velar por el buen funcionamiento del mismo. Cabe destacar que cada estado de la República cuenta con una secretaría de Salud local, la cual es la encargada de aplicar las políticas y acciones que provienen del nivel federal, además de adecuar y efectuar acciones específicas para cada región.

⁶ El programa **OPORTUNIDADES** constituye una continuación del anterior período foxista; con el cual se pretendía apoyar el desarrollo humano de la población en pobreza extrema para potenciar las capacidades de los miembros de las familias que habitan tanto en áreas rurales como urbanas; en la que intervenían instituciones de Educación, Salud, IMSS y los gobiernos estatales y municipales.

1.1.2. Las Instituciones de Salud en México

En los últimos dos sexenios, se han orientado políticas y esfuerzos a distintos rubros entre los que destaca el sector salud, el cual es el objeto de estudio de esta investigación. Bajo este contexto, es necesario ubicar, en primera instancia, el lugar que ocupa la política de salud, dentro de la Política de Bienestar Social, en la que el sector salud se ubica en la Política de Seguridad Social en donde se contemplan la Salud, Educación, Vivienda y Alimentación.

Es importante señalar que la exclusión de la política en materia de salud provocaría vulnerabilidad en la población ante contingencias fuera de su control, ya que afectarían significativamente su nivel de vida y el de sus familias.

En relación con este tipo de políticas, en los años de la revolución se llevaron a cabo las primeras acciones de seguridad social, las cuales fueron encaminadas a consolidar y fortalecer las instituciones, pero no fue sino hasta el año de 1925 que se creó la Dirección General de Pensiones con el objetivo de proporcionar servicios de salud, préstamos y pensiones⁷, pero el único problema es que fueron enfocadas para la burocracia gobernante; ante lo cual la clase obrera exigió el cumplimiento de sus demandas: derechos sociales y laborales.

Con un breve recorrido histórico por el esquema de seguridad social, Cabrera (2011) señala en el libro *La Protección Social en México*, que éste, en términos de cobertura se encuentra fragmentado, ya que hay diversas instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar), y gobiernos e instituciones estatales como las clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud (SSA), el programa IMSS-Oportunidades y desde el 2004 el Seguro Popular de Salud.

⁷ Se considera un antecedente del ISSSTE.

1.1.3. El IMSS (Antecedentes, evolución y constitución actual)

Como ya se mencionó, las bases de Seguridad Social para la clase trabajadora mexicana se plasmaron desde la Constitución Política de 1917, sobre todo en los artículos 3, 4, 27 y 123, en los que se establece, entre otras medidas, las responsabilidades de los patrones en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como también la obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad.

Un antecedente a la institucionalización de los derechos sociales antes mencionados data de 1935, cuando el presidente Lázaro Cárdenas envió un proyecto de Seguro Social en cual se contemplaba la prestación de los servicios a un Instituto de Seguros Sociales; esto se llevaría a cabo bajo un esquema de aportaciones y administración tripartitas que contemplaría a los asalariados. Este instituto cubriría los seguros de: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. La iniciativa fue enviada a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938; sin embargo, se consideró necesario un estudio más profundo y mejor fundamentado; además que en este periodo los gastos derivados de la expropiación petrolera no permitieron su financiamiento. (IMSS, 2003)

Fue hasta diciembre de 1942 cuando, por medio del presidente Manuel Ávila Camacho, se mandó a las Cámaras una nueva iniciativa de Ley del Seguro Social; misma que fue aprobada y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Social (LSS). Con ella se decretó la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propio, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se organizó con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. El decreto de creación del IMSS preveía la puesta en marcha de los servicios para el 1° de enero de 1944.

Cuando se concreta la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se configura con esto un esquema de protección social fragmentado y estratificado en el que los beneficiarios eran los que se encontraban en las filas del ejército, la burocracia, el sector financiero público, los sindicatos de trabajadores de la industria y de servicios, además de los que laboraban en las empresas públicas. Cabe señalar que con la creación del IMSS se hacían efectivos los seguros de invalidez, vejez, vida, cesación involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes, esto como derecho de los trabajadores y de sus familias.

Entre 1955 y 1973 el IMSS vivió una etapa de consolidación y ampliación de sus servicios, tanto en la atención médica, hospitalaria, de rehabilitación y farmacológica, como de los servicios sociales. La situación financiera que prevalecía entonces era favorable y permitió crear infraestructura en la mayor parte del territorio nacional, así como la formación de recursos humanos de calidad. Esta situación permitió extender los beneficios de la seguridad social a otros grupos de trabajadores. En 1964 se incorporaron los trabajadores productores de caña de azúcar, los trabajadores del campo de los estados de Baja California, Sonora y Sinaloa, los pequeños propietarios y los trabajadores temporales y eventuales urbanos.

Esto último grupo dio lugar al diseño de un nuevo esquema de cotizaciones, así el IMSS otorga servicios básicamente en dos tipos de régimen:

- El régimen obligatorio: es aquel que se financia con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores.⁸
 - Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal mediante el Decreto respectivo.
 - Cuenta con cinco tipos de seguro:

⁸ Originalmente los jornaleros agrícolas cotizaban en un régimen especial pero a partir de la nueva Ley del Seguro Social (1995) fueron incluidos en el régimen obligatorio lo que amplía sus prestaciones sociales como guarderías para los hijos de las madres trabajadoras del campo.

- Enfermedades y maternidad;
 - Riesgos de trabajo;
 - Invalidez y vida;
 - Retiro, Cesantía en edad avanzada y Vejez (RCV);
 - Guarderías y prestaciones sociales.
- El régimen voluntario: mediante un convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento en este régimen, los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, pequeños comerciantes, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; así mismo, los patrones (personas físicas) con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidos o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

El 12 de marzo de 1973 se publicó una Nueva Ley del Seguro Social. Esta reforma redistribuyó las cuotas concediendo una mayor participación a los empleadores; además ligó las prestaciones de retiro al salario mínimo e incrementó las prestaciones sociales, entre las que destaca la creación del Instituto Nacional del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT), organismo autónomo encargado del financiamiento a la vivienda. Este periodo también se caracterizó por el establecimiento de un número mayor de guarderías, centros de seguridad social, tiendas institucionales y se otorgó mayor preponderancia a la medicina preventiva.

En 1979 el Gobierno de la República le encomendó al IMSS la atención médica a los grupos más desprotegidos de la población que no se encontraban afiliados en el sistema de cotizaciones. Se creó entonces el Programa por cooperación comunitaria IMSS-Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), posteriormente denominado IMSS-Solidaridad. A partir del año 2002 este opera como IMSS-Oportunidades, es financiado con recursos del Gobierno Federal y atiende a

casi once millones de personas en condición de marginación en zonas rurales del país. Así mismo, desde 2002, con recursos del Gobierno Federal y de los Estados, el IMSS opera algunos de los servicios del programa de “Seguro Popular” que atiende a la población marginada no afiliada al Programa Oportunidades e incluye otros grupos vulnerables tales como los menores de edad y mujeres embarazadas.

Para mejorar la cuantía mínima de las pensiones, en 1992 se reformó la Ley del Seguro Social, así se estableció el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), como un nuevo seguro adicional a los que ya existían, con el fin de propiciar el ahorro en los trabajadores. Sin embargo esta reforma resultó insuficiente, pues los estudios actuariales preveían una insolvencia del sistema de reparto y esto dio lugar en 1997 a una reforma de mayor alcance que modificaba sustancialmente el sistema de pensiones.

Actualmente, el IMSS como institución de Seguridad Social sigue cumpliendo una función dual:

- Como institución administradora de riesgos:
 - Administra los distintos ramos de seguro que prevé la LSS, requiriendo de una adecuada gestión de las contribuciones y los recursos financieros para proporcionar las prestaciones en especie y en dinero; y,
 - En su carácter de organismo fiscal autónomo conducirá una recaudación eficaz logrando la transparencia y el control en la información que genera.

- Como entidad prestadora de servicios:
 - Fomenta la salud de la población trabajadora asegurada y de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes de manera integral, a través de la provisión de servicios preventivos y curativos médicos, de guarderías y de prestaciones económicas y sociales previstos en la LSS.

De acuerdo al artículo 258 de la LSS, los órganos de gobierno del IMSS son:

- La Asamblea General es la autoridad máxima y está facultada para aprobar y modificar los programas anuales de actividades, el presupuesto de ingresos-egresos, los informes financieros, actuariales y contables (balance general) y los informes de actividades del Director General y la Comisión de Vigilancia.
- El Consejo Técnico es el representante legal y administrador del Instituto.
- El Director General preside tanto la Asamblea General como el Consejo Técnico, ejecuta sus acuerdos y presenta los informes que ellas le soliciten.
- La Comisión de Vigilancia es el órgano de fiscalización y control.

1.1.4. El ISSSTE (Antecedentes, evolución y constitución actual)

El punto de partida para la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fue la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro. Esta Dirección fungió como un organismo público descentralizado con atribución pública y personalidad jurídica propia. Nació en la vida jurídica del país mediante la expedición de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro el 12 de agosto de 1925. (ISSSTE, 2013)

Trece años después del suceso de la promulgación de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, en específico el 1 de noviembre de 1938, surge la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), que en este mismo año promulgó su Estatuto Jurídico. Con este suceso, se daba a los trabajadores del Estado personalidad jurídica propia y se garantizaba la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses.

Cabe señalar que en 1946 se expidió una nueva Ley de Pensiones Civiles, pero solamente fue aplicada a los trabajadores del magisterio y a los veteranos de la revolución, ya que su vigencia fue suspendida por el Congreso.

Para el año de 1947, la Ley de Pensiones sufrió grandes reformas, las cuales estaban orientadas a extender la gama de prestaciones, mejorar la calidad de las que ya existían e incorporar el régimen de la seguridad social a un mayor número de trabajadores y otros organismos públicos.

Con esta reforma, se estableció que la edad para recibir las pensiones sería de 55 años con un mínimo de 15 años de servicio; además de que se ampliaron los seguros de vejez, viudez, invalidez, muerte y orfandad, así como los montos para los préstamos hipotecarios.

Cabe destacar que con esta Ley se fundaron colonias burócratas tanto dentro como fuera del Distrito Federal (D.F.). Un ejemplo claro de eso fueron las unidades habitacionales "Presidente Juárez" y el "Centro Urbano Presidente Alemán".

En lo referente a los servicios de salud, por primera vez se les brindaba atención a los trabajadores del Estado, aunque sólo cubriendo los accidentes laborales a través de servicios prestados por hospitales particulares.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B al artículo 123 constitucional, de esta manera incorporando las garantías que el Estatuto Jurídico de la FSTSE había presentado para los servidores públicos.

En dicho año, el presidente Adolfo López Mateos presentó la iniciativa de Ley al Congreso de la Unión que da origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, siendo aprobada la misma y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959.

Dicho lo anterior, la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transformó en 1960 en el ISSSTE, otorgando a los trabajadores de este sector protección que cubre accidentes y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales, maternidad, jubilaciones, invalidez, vejez y muerte; así mismo

contempló prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extienden a los familiares de los trabajadores.

Para el año de su creación, el ISSSTE amparaba a 129 mil 512 trabajadores, 11 mil 912 pensionistas y 346 mil 318 familiares, es decir, un total de 487 mil 742 derechohabientes beneficiados con las 14 prestaciones que marcaba la nueva Ley.

- Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.
- Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.
- Servicios para elevar los niveles de vida del servidor público y su familia.
- Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural, y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y su familia.
- Créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos y construcción de moradas destinadas a la habitación familiar del trabajador.
- Arrendamiento de habitaciones económicas propiedad del Instituto.
- Préstamos hipotecarios.
- Préstamos a corto plazo.
- Jubilación.
- Seguro de vejez.
- Seguro de invalidez.
- Seguro por causa de muerte.
- Indemnización global.

De esta manera, con la Ley del ISSSTE, algunas prestaciones que habían sido complementarias pasaron a ser obligatorias para el Instituto.

La organización interna del Instituto en aquel entonces se conformó con dos órdenes de gobierno: la Junta Directiva (con participación del Estado y de la FSTSE) y la Dirección General de la cual dependían tres subdirecciones.

- Subdirección de Servicios Médicos

- Subdirección de Pensiones y Préstamos
- Subdirección Administrativa

Contaba además con seis asesorías técnicas, configuradas como departamentos, que auxiliaban a la Dirección General en sus funciones.

- Departamento de Servicios Sociales
- Departamento Jurídico
- Departamento de Arquitectura y Planeación
- Caja General
- Auditoría Interna
- Contaduría General

En el renglón de atención a la salud se ampliaron los beneficios; ahora se cubrían los seguros de enfermedades profesionales y no profesionales, de maternidad, accidentes de trabajo y rehabilitación de inválidos.

En este sentido, el Instituto comenzó a adquirir unidades hospitalarias privadas, las cuales de alguna manera contribuyeron a satisfacer la demanda inicial del servicio. De esta forma, el ISSSTE en 1960 inició la construcción de las tres primeras clínicas en el Distrito Federal y compró el Centro Hospitalario 20 de Noviembre.

Otro elemento sustancial fueron las prestaciones que se denominaron “Servicios Sociales”, los cuales eran prestados a través de la atención a niños en guarderías, renta y venta de departamentos, prestación de servicios funerarios y apoyo en general a la economía familiar.

Tres años después se darían más cambios. El Estatuto Jurídico de los trabajadores al servicio del Estado quedó abrogado el 28 de diciembre de 1963, y en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio de Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional, se incluyeron los seguros, servicios y prestaciones establecidos en el capítulo de la seguridad social como contraprestación de la relación laboral con el Estado.

Dos años más tarde, se aprobó el primer reglamento interior del ISSSTE, en el cual se plasmaba su organización y funcionamiento. Dicho documento contenía la conformación del Instituto, integrada por cuatro subdirecciones:

Prestaciones Médicas, Prestaciones Sociales, Prestaciones Económicas y Administrativas; así también, del Director General dependían directamente un Coordinador General, dos unidades asesoras (de Financiamiento y de Organización, Desarrollo y Normas), tres departamentos (de Relaciones Públicas y Prestaciones Varias, de Auditoría, Jurídico y de Arquitectura y Planeación), una Comisión de Compras y tres oficinas (de Colonias, Prensa y Quejas), además de las delegaciones regionales.

Después de esta conformación, se han registrado grandes reformas dentro de la Ley del ISSSTE, sobre todo en materia de pensiones y cuotas obrero-patronales. En este sentido, en 1974 se realizó una reforma en la cual se incorpora al régimen de seguridad social del Instituto a los trabajadores que se encontraban en lista de raya.

En el siguiente año se da otra reforma, la cual ajustó la cantidad de años que se consideran para obtener el promedio de los sueldos básicos y, como consecuencia, definió el monto de las pensiones. Sobre este tenor, en 1981 se estableció que las pensiones aumentarían en la misma proporción que los salarios básicos de los trabajadores en activo, aunado a que los jubilados y pensionados tendrían derecho a una gratificación anual de 40 veces la cuota diaria de su pensión.

Para 1983, se publicó una nueva Ley del ISSSTE en donde se incorporó el término "Solidaridad Social", el cual fungió para ampliar el esquema general de seguros, servicios y prestaciones para los trabajadores afiliados y sus familias.

En 1986 se dio otra reforma a la Ley del Instituto, en donde se daban dos vertientes. Por un lado, las relativas a la redistribución de las cuotas y aportaciones, y por el otro, las que pretenden garantizar el bienestar integral de los trabajadores con mejores prestaciones económicas y en especie.

En 1992, se reforma el artículo 25 de la Ley del ISSSTE, esta versó en la eliminación de la cuota del 4 por ciento del monto de la pensión que los pensionados deberían de cubrir para que ellos y sus familias pudieran contar del seguro de enfermedades y maternidad, así como del servicio de medicina preventiva.

Más tarde, en 1993, se dio otra reforma con el fin de que el gobierno federal se viera obligado a cubrir un 2 por ciento adicional sobre sus aportaciones a la seguridad social con el propósito de constituir un beneficio significativo para los trabajadores en el momento de su retiro. Esto se llevó a cabo con el denominado Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).

Por último, en el 2006 se reformó el artículo 174 de la Ley del ISSSTE, el cual estableció que las aportaciones que hagan las dependencias y entidades conforme a esta reglamentación, salvo las del Fondo de la Vivienda, que junto con los intereses y rendimientos que generen, constituyen depósitos a favor de los trabajadores y son patrimonio de los mismos.

1.1.5. El Seguro Popular (Antecedentes, evolución y constitución actual)

Como hemos observado, el Sistema de Salud desde 1917 ha ido en constante evolución, sobre todo en relación a las Instituciones que velan por este derecho humano, ya que desde entonces el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud (SS), PEMEX, Semar y Sedena han sido los encargados de brindar el servicio a sus respectivos derechohabientes.

A pesar de los grandes esfuerzos, cerca del 60 por ciento de la población para el año 2000 se encontraba en situación de no derechohabiencia en ninguna institución ni programa de salud (Cabrera, 2011), por lo que nace el llamado Sistema de Protección Social en Salud, del cual forma parte el Seguro Popular.

De acuerdo con lo anterior, los antecedentes del Seguro Popular se remontan a la necesidad de un cambio estructural dentro del sistema de salud, específicamente en 1999, donde la inquietud por dicho cambio comienza a materializarse.

En el año 2003, se presenta una reforma a la Ley General de Salud, en la que se plantea como eje rector el esquema de seguridad universal plasmado, como se mencionó anteriormente en el denominado Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) para ofrecer un acceso equitativo a la población no asalariada a los servicios de salud. (Seguro Popular, 2010)

El Gobierno Federal durante el periodo del presidente Vicente Fox, puso en marcha el Programa Nacional de Salud (PNS 2001-2006), el cual titularon “La Democratización de la Salud en México: Hacia un Sistema Universal de Salud”. Este programa contenía un análisis minucioso acerca de la salud de la población mexicana y del mismo sistema de salud. Dentro de los principales hallazgos se presentó una inequidad entre el sistema de salud que estaba vigente y las necesidades reales de salud de la población, por lo que se propuso el “Programa Salud para Todos”, que pretendía reducir el gasto privado de las familias en México y fomentar a la par la asistencia médica oportuna. Más tarde a este programa se le denominó “Seguro Popular de Salud”.

Al inicio, el Seguro Popular se aplicó en cinco entidades federativas, las cuales fueron Aguascalientes, Campeche, Colima, Tabasco y Jalisco. Para el año 2004 entra en vigor la reforma a la Ley General de Salud, en la cual se aplica a través de este programa, una incorporación gradual de todos los mexicanos a alguna institución de seguridad social, que por su situación laboral o social no contaran con dicho servicio.

Con dichos antecedentes, en el 2004 el Gobierno establece el Seguro Popular de Salud para llegar a la meta establecida en el Plan Nacional de Desarrollo de contar con una cobertura universal en materia de salud. Ya hecho lo anterior,

se estableció que el Sistema de Protección Social en Salud se incorporara a las funciones de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud que cuenten con Regímenes Estatales de Protección en Salud y demás entidades que les fuera encomendada la tarea. Dicho sea de paso, los Servicios Estatales de Salud encargados de garantizar las acciones de protección social en salud para los afiliados lo harían mediante el financiamiento y coordinación eficientes, oportunos y sistemáticos de los servicios de salud en los tres órdenes de gobierno.

En relación al Sistema de Protección Social en Salud, el objetivo primordial es “Otorgar protección financiera en salud a la población no derechohabiente de la seguridad social”; y será financiado a través de subsidios y por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, además de una cuota que los asegurados destinarán para los servicios.

De acuerdo a lo anterior, los recursos del Sistema de Protección Social en Salud se destinan a garantizar el financiamiento de:

- La prestación de los servicios de salud que se ofrecen a la población afiliada contenidos en el Catálogo Universal de servicios de salud (Causes).
- Para tratamientos de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que se presentan como un riesgo financiero o gasto catastrófico. Esto es posible gracias al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
- La previsión presupuestal, que a través del Fondo de Previsión Presupuestal, de acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud contempla los recursos para:
 - ❖ El desarrollo de infraestructura y equipamiento para la atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social
 - ❖ La cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal

- ❖ El establecimiento de una garantía ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud. (Seguro Popular, 2010)

Ante este breve recorrido por el Sistema de Salud y la Política de Seguridad Social, será necesario plantear el problema en relación a dos grandes indicadores, por un lado el gasto en salud por parte de los gobiernos en México desde el año 2000 hasta el 2010, y la población derechohabiente, con los cuales se revisará más específicamente si la meta del Seguro Popular de Salud, que radica en la cobertura universal de la población en relación al servicio de salud se está cumpliendo.

2. La Salud y el Gasto en México

En primera instancia, es necesario especificar las características y clasificación del gasto en México. Ante esto, el gasto se define como:

“Partida del gasto público destinada a cubrir necesidades básicas de los ciudadanos.” (Real Academia Española, 2010)

Dicho lo anterior, el gasto, desde una perspectiva social o pública es el desembolso por parte del Estado para financiar las necesidades de la población, tanto de bienes como de servicios.

De acuerdo con Amparán (2000), el gasto en México cuenta con una clasificación que se divide en tres grandes rubros los cuales son:

- Clasificación Administrativa: Como su nombre lo indica, representa los gastos de las unidades administrativas del gobierno federal, sus organismos y empresas públicas. Este tipo de clasificación es importante ya que se identifica a las unidades que se encargan de ejecutar el gasto y tiene la finalidad de facilitar el manejo y control administrativo de los recursos.
- Clasificación Económica: Esta clasificación permite realizar dos clasificaciones importantes; por un lado está el gasto corriente, el cual se

caracteriza por no aumentar los activos del gobierno; y por el otro está el gasto de capital, que es el que aumenta la capacidad productiva así como la inversión física directa y la inversión financiera. La esencia de este tipo de clasificación es que permite medir la influencia que ejerce el gasto público en la actividad económica, además de arrojar cuánto gasta el gobierno para cumplir con ciertas obligaciones como los salarios, pensiones, jubilaciones, etc.

- **Clasificación Funcional:** En este caso, el gasto se agrupa por función y subfunción de acuerdo a lo que será destinado. Esta clasificación es de gran relevancia, ya que se plasman las prioridades de los gobiernos y los sectores estratégicos que se quieren activar. Esto es visible a través del rubro que tiene mayores recursos, por lo que la población en general podrá corroborar las metas ya trazadas tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en las actividades y compromisos que se han establecido.

Continuando en el tema del gasto, para 1998 se hace una reforma a la estructura del gasto con el fin de establecer de una mejor manera las prioridades del gobierno, asignaciones y acciones. Esta tiene mucha relación con la clasificación Económica y Administrativa antes mencionadas, y se le denominó Nueva Estructura Programática. (Amparán, 2000)

En esta nueva estructura del gasto prácticamente se agrupa por su Clasificación Funcional, dando como resultado lo siguiente (Amparán, 2000: 18-19):

Funciones de Gasto Programable

Funciones de Gestión Gubernamental

01 Legislación

02 Impartición de Justicia

03 Organización de los Procesos Electorales

04 Procuración de Justicia

- 05 Soberanía del Territorio Nacional
- 06 Gobierno
- 14 Medio Ambiente y Recursos Naturales

Funciones de Desarrollo Social

- 07 Educación
- 08 Salud
- 09 Seguridad Social
- 10 Laboral
- 11 Abasto y Asistencia Social
- 12 Desarrollo Regional y Urbano

Funciones Productivas

- 13 Desarrollo Agropecuario
- 15 Energía
- 16 Comunicaciones y Transportes
- 17 Otros Servicios y Actividades Económicas

Funciones de Gasto No Programable

- 18 Deuda Pública del Gobierno Federal
- 19 Participaciones y Aportaciones a Entidades Federativas y Municipios
- 20 Adeudos de Ejercicios Fiscales Anteriores
- 21 Saneamiento del Sistema Financiero

Cabe señalar que el Gasto Programable se refiere a:

“El conjunto de gastos destinados al cumplimiento de las atribuciones de las instituciones, dependencias y entidades del gobierno federal entre los cuales se consideran los Poderes de la Unión, los Órganos Autónomos, la Administración Pública Central, y las Entidades de la Administración Pública Paraestatal sujetas a control presupuestario directo, integradas en programas específicos para su control y evaluación” (Amparán, 2000: 42).

Por otro lado, el Gasto No Programable se define como:

“Son los gastos que realiza el gobierno federal que por su naturaleza no se identifican en un programa específico, es decir, es todo aquello que el gobierno aplica a las funciones determinadas por la legislación

correspondiente como son los intereses y gastos de deuda y participaciones, entre otros". (Amparán, 2000: 42).

Dado lo anterior, el Sector Salud se encuentra en el Gasto Programable dentro de la Función de Desarrollo Social, por lo que es un punto de especial atención por parte del Gobierno Federal y de gran prioridad dentro de las necesidades, acciones y metas que se trazan para cada año fiscal.

2.1.1. El Gasto en Desarrollo Social

Para comenzar, el Gasto Público es fundamental, ya que servirá, como se mencionó anteriormente, para la producción tanto de bienes como de servicios necesarios para la población. Cabe señalar que el Gasto Privado es aquél que los agentes realizan para adquirir bienes o servicios, además que en la producción influye en lo que Gobierno ha sido incapaz de darle a la sociedad.

Dicho lo anterior, la variación real que registró el Gasto Público durante el periodo de estudio de esta tesis ha sido poco homogéneo, ya que en el periodo de Vicente Fox se dio en el primer año un crecimiento del gasto público del 0.66 por ciento. Esta tendencia poco a poco fue cambiando, ya que para el año 2002 y 2003 las variaciones fueron de 5.3 y 8.58 por ciento, respectivamente. Para los siguientes dos años se presentó una variación del 3.37 por ciento y 5.72 por ciento, aunque para la transición de sexenio se presentó el crecimiento más importante de este periodo de estudio, ya que registró una variación del 10.69 por ciento. (Gráfico 1)

Para el año 2007 la variación fue de 6.09 por ciento y creció para el año 2008 en 8.62 por ciento. Ante la crisis del 2008 presentó una variación menor en los siguientes dos años, con 3.82 y 3.38 por ciento; revirtiéndose esta tendencia para los dos últimos años del sexenio, 2011 y 2012, con una variación del 4.91 y 4.24 por ciento respectivamente. (Gráfico 1)

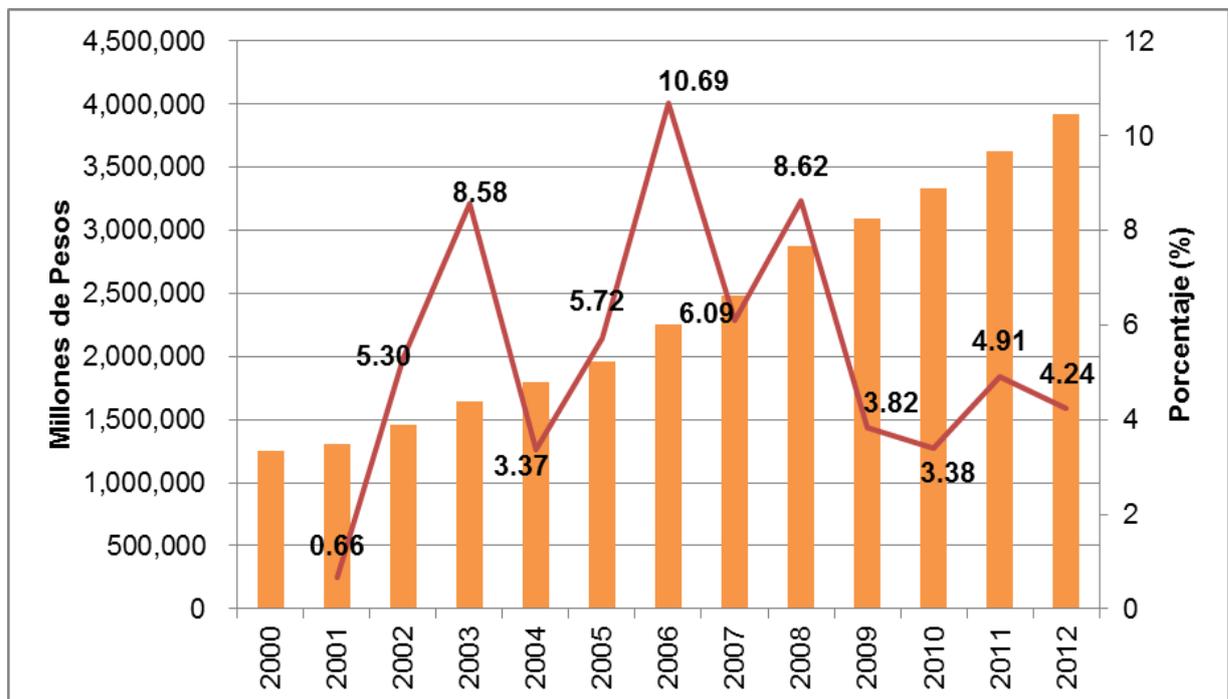
Se observa que los montos más importantes del gasto público se registraron en 2006, ya que este ascendió a 2,255,221.30 billones de pesos. Para el año 2008, donde la crisis atacó a la economía nacional e internacional el gasto fue

Análisis del Sector Salud en México: Universalización o retos por superar (2000-2012)

de 2,872,608.40 billones de pesos, siendo 390,104.90 millones de pesos más grande que el año 2007. (Gráfico 1)

Ya hacia el final del sexenio de Felipe Calderón se presentó un gasto de 3,920,304.95 billones de pesos, lo que fue 1,665,083.65 billones de pesos mayor que en el año 2006.

Gráfico 1. Gasto Público Total



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco de Información Económica (BIE) del INEGI.

Analizado el Gasto Público, observamos ahora las clasificaciones del mismo, para tener una perspectiva de qué rubros son los que atraen más recursos. En este sentido, el Gasto Programable como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), oscilaba los primeros años del sexenio de Fox en el 14 por ciento aproximadamente, y para el 2009 se encontraba en niveles del 20.6 por ciento, aunque a partir de este año comenzó a descender hasta llegar en 2012 a 18 por ciento. (Gráfico 2)

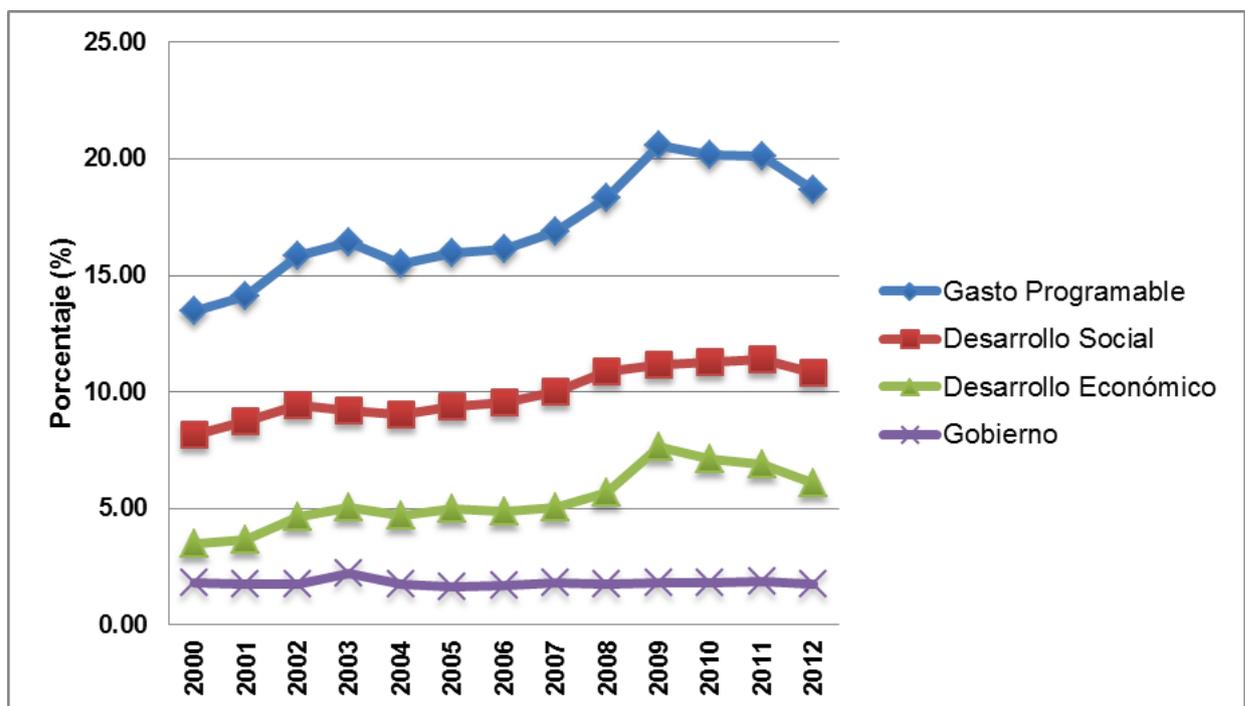
En relación con los rubros que lo componen, el sector Gobierno ha oscilado en niveles del 1.5 al 2 por ciento; mientras que Desarrollo Económico ha estado en

Análisis del Sector Salud en México: Universalización o retos por superar (2000-2012)

el orden del 5.3 por ciento, siendo afectado en el 2009 por la crisis pasando del 7 por ciento al 6 por ciento en 3 años. (Gráfico 2)

En lo concerniente a lo que corresponde a este inciso en la investigación, Desarrollo Social tiene una mayor participación. En este contexto, para el periodo foxista se tuvo una participación con respecto al PIB del orden del 9 por ciento, mientras que el sexenio calderonista lo elevó al 10.93 por ciento aproximadamente. Bajo este tenor, es digno de mencionar que para el año 2007 se registró una participación de este concepto del 10 por ciento del PIB, mientras que para el 2012, fin de este periodo, se dio una participación del 10.81 por ciento, descendiendo sorpresivamente en este último año, ya que a partir del 2009 se mantuvo en ascenso llegando en el 2011 a cerca de 11.5 por ciento. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Clasificación Funcional del Gasto como Porcentaje del PIB.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas.

En el mismo sentido del Gasto en Desarrollo Social pero en su Clasificación Funcional, este tiene un peso dentro del Gasto Programable de entre un 55 y 60 por ciento, aproximadamente. El año donde tuvo mayor participación fue el

2001, donde esta ascendió hasta cerca del 62 por ciento del Gasto Programable. (Tabla 2)

Adentrándonos un poco más en el estudio de la clasificación funcional, en primer lugar tenemos la participación de la Educación. En este contexto es digno de mencionar que hasta el año 2007 se mantuvo con una participación que superaba el 20 por ciento, registrando en el periodo 2000-2002 la participación más alta llegando al 25 por ciento. A partir del año 2008 su participación cayó hasta el 19 por ciento, continuado su declive hasta el año 2012, donde tuvo una participación del 17.95 por ciento. (Tabla 2)

En el sector Salud, que es el tema de esta investigación, la participación ha oscilado entre el 14 y 15 por ciento, sobre todo para el año 2005, en el que se registró una participación del 15.13 por ciento. Durante los años de la crisis, el sector registró una caída, ya que su participación dentro del Gasto Programable fue de 13.5 por ciento, aproximadamente. Cabe señalar que para el año 2006, que fue el cambio en el poder, perdió 0.44 puntos porcentuales de participación, sin recuperarse hasta el último año del sexenio calderonista. (Tabla 2)

En relación al rubro de Seguridad Social, en el primer sexenio su participación como parte del Gasto Programable pasó del 14.43 al 12.12 por ciento, registrando la participación más alta en el año 2002 con 14.83 por ciento. Por su parte, en la segunda parte del decenio se alcanzó una participación de cerca del 17 por ciento para el año 2012, aunque para el periodo 2009-2011 tuvo una caída de cerca del 3 por ciento con respecto al 15.18 por ciento que se registró en 2008. (Tabla 2)

Tabla 2. México: Clasificación funcional del Gasto, 2000-2012

Año	Desarrollo Social como Porcentaje del Gasto Programable					
	Gasto Programable	Desarrollo Social	Educación	Salud	Seguridad Social	Otros
2000	100	60.71	24.20	14.27	14.43	7.81
2001	100	61.94	25.09	14.46	13.76	8.64
2002	100	59.57	24.06	12.32	14.83	8.36
2003	100	56.01	21.65	14.05	11.72	8.59
2004	100	58.30	21.76	13.74	12.75	10.06
2005	100	58.80	21.72	15.13	11.94	10.01
2006	100	59.14	21.36	14.79	12.12	10.87
2007	100	59.42	20.55	14.47	12.79	11.60
2008	100	59.51	19.40	13.18	15.18	11.74
2009	100	54.24	18.93	13.57	11.96	9.77
2010	100	55.93	18.81	13.49	12.79	10.84
2011	100	56.73	18.69	13.88	13.41	10.75
2012	100	57.89	17.95	14.59	16.78	8.57

Nota: En el concepto "Otros" para el periodo 2000-2002 contempla los rubros "Laboral", "Abasto y Asistencia Social", y "Desarrollo Regional y Urbano".

Nota 2: En el concepto "Otros" para el periodo 2003-2011 contempla los rubros "Urbanización, Vivienda y Desarrollo Regional", "Agua Potable y Alcantarillado", y "Asistencia Social".

Nota 3: En el concepto "Otros" para el año 2012 se contemplan los rubros "Protección Ambiental", "Vivienda y Servicios a la Comunidad", "Recreación, Cultura y Otras Manifestaciones Sociales", y "Otros Asuntos Sociales".

Fuente: Elaboración propia en base a cifras del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas

En relación con los componentes de la función de Desarrollo Social, Educación es la que tiene un mayor peso dentro de ésta, ya que ha registrado en los primeros años de estudio el 40 por ciento de participación, siguiendo esta tendencia hasta el 2012, donde terminó con una contribución del 31 por ciento. Como se puede observar, el gasto que se destinó al tema educativo ha registrado una tendencia a la baja. (Gráfico 3)

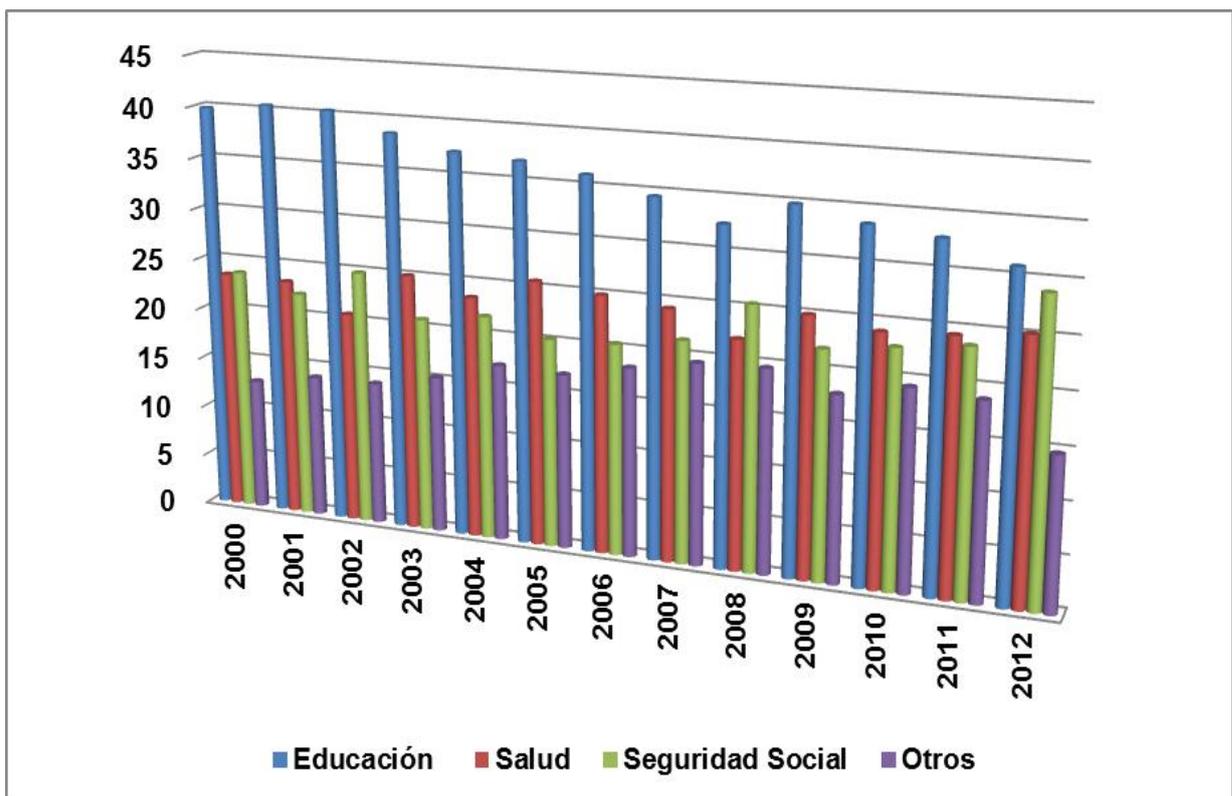
El sector de Seguridad Social, registra una participación que oscila entre el 20 y 25 por ciento, aunque cabe destacar que para el cierre del sexenio de Felipe Calderón este rubro aumentó hasta 28.98 por ciento. (Gráfico 3)

En el sector Salud, que es nuestro tema esencial, se registra una participación casi a la par con el concepto de Seguridad Social. En este sentido, la participación que registró dentro de la función de Desarrollo Social en el

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

sexenio de Fox fue de entre 23 y 25 por ciento. Esta tendencia continuó hasta el final del sexenio de Calderón, ya que la participación cerró con 25.21 por ciento, destacando que el año 2002 fue el que registró una baja significativa, ya que Salud registró una contribución del 20.68 por ciento. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Participación Porcentual de los Rubros que componen la Función Desarrollo Social (%) 2000-2012



Nota: En el concepto "Otros" para el periodo 2000-2002 contempla los rubros "Laboral", "Abasto y Asistencia Social", y "Desarrollo Regional y Urbano".

Nota 2: En el concepto "Otros" para el periodo 2003-2011 contempla los rubros "Urbanización, Vivienda y Desarrollo Regional", "Agua Potable y Alcantarillado", y "Asistencia Social".

Nota 3: En el concepto "Otros" para el año 2012 se contemplan los rubros "Protección Ambiental", "Vivienda y Servicios a la Comunidad", "Recreación, Cultura y Otras Manifestaciones Sociales", y "Otros Asuntos Sociales".

Fuente: *Elaboración propia en base a cifras del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas*

Como observamos en la tabla y gráficos anteriores, el Gasto en Desarrollo Social ha tenido una contribución y participación importante en el comportamiento del Gasto Público, por lo que sus componentes durante los últimos años han registrado un aumento significativo en relación a su participación dentro del Gasto Programable, a la par de su referente dentro de la clasificación funcional del gasto.

2.1.1.1. El Gasto Público en Salud

Después de tener como referente el Gasto Público Total es necesario analizar el sector Salud y cómo se comporta el gasto del mismo. Bajo este punto, se calculó el total del Gasto Público en Salud considerando el Ramo 12 Salud, Ramo 33 Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), Ramo 07 Defensa Nacional (SEDENA), Ramo 13 Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Dicho lo anterior, en relación con la composición del Gasto Público en Salud se observa que el IMSS registra la participación más alta, con cerca del 60 por ciento durante la primera parte del decenio de estudio, aunque con una clara tendencia a disminuir hasta llegar al 52.69 por ciento en 2006. Asimismo, en el segundo sexenio, su participación comenzó en 49.42 por ciento hasta cerrar en el año 2012 con 44.97 por ciento. (Gráfico 4)

En relación con el gasto destinado al IMSS, este ha ido en aumento constante a pesar de las variaciones en su participación dentro del Gasto Total. En este contexto, para el año 2012, el IMSS tuvo un presupuesto en Salud de 198,530.76 millones de pesos, siendo 71,246.79 millones de pesos más alto que el del inicio del sexenio.

Por su parte, el ISSSTE ha registrado una participación promedio de 10.33 por ciento a lo largo de los doce años de estudio; con esto ha registrado un presupuesto creciente, aunque para el año 2012 se redujo en 1,960 millones de pesos con respecto al año anterior, pasando de 48,089.07 millones de pesos a 46,128.64 millones de pesos. (Gráfico 4)

En relación al Ramo 12 Salud, durante el periodo establecido, este ha tenido una participación del 10 al 14 por ciento hasta el año 2003, cuando tuvo de

nuevo niveles del año 2000, en el que registró una participación del 10.97 por ciento; después de este año, se fue dando un crecimiento paulatino hasta llegar en 2007 a niveles de 18.68 por ciento. A partir del año 2008 la contribución del Ramo 12 se amplió para pasar de niveles del 22.47 por ciento a 24.75 por ciento en el año 2012. (Gráfico 4)

El Ramo 33 FASSA, ha tenido una participación del orden de 16 por ciento, aproximadamente; aunque para el año 2002 llegó a tener una importancia tal que participó con el 19.46 por ciento, siendo este el año donde tuvo el más alto registro dentro del Gasto Público en Salud. Es importante señalar que para el 2012, el FASSA obtuvo 66,292.50 millones de pesos dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación. (Gráfico 4)

Por su parte, PEMEX ha tenido una participación que se encuentra en 3.5 por ciento aproximadamente a lo largo del periodo de estudio; aunque cabe señalar que en el rubro de salud a lo largo del sexenio del presidente Felipe Calderón fue en decadencia hasta terminar con una participación del 2.82 por ciento de contribución en el gasto público en Salud. El monto final ascendió a 12,436.83 millones de pesos, siendo éste mayor a todos los años pero con una participación porcentual menor que en todo el decenio. (Gráfico 4)

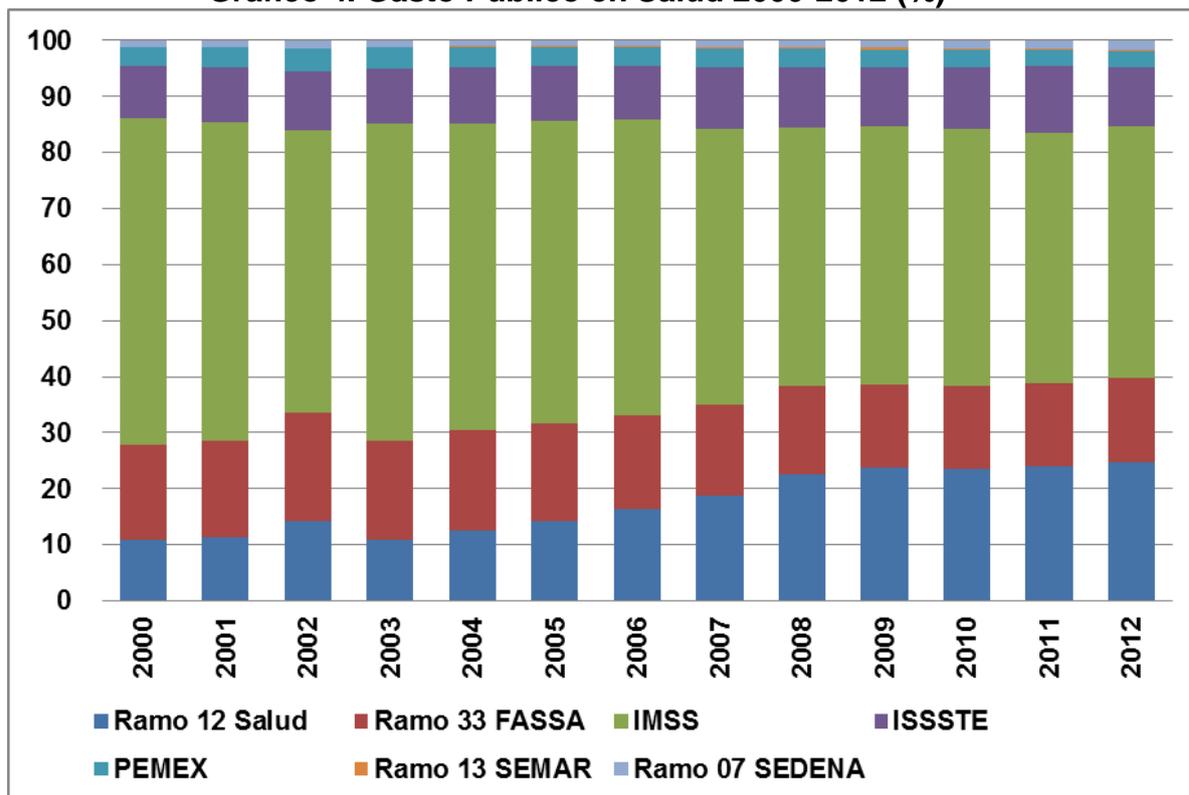
En relación a SEMAR y SEDENA, su contribución ha resultado muy pequeña con referencia al gasto público total en materia de Salud; sus participaciones han oscilado entre el 0.2 y 0.4 por ciento para el caso de SEMAR, por lo que los montos que presenta son muy pequeños, alcanzando a penas los 1,727.22 millones de pesos para el año 2012. (Gráfico 4) Es menester mencionar que la clasificación del gasto otorgado al rubro de salud dentro del ramo 13 SEMAR, fue conceptualizado como tal hasta el año 2005, ya que antes de esto sólo se mencionaba como Gasto en Desarrollo Social.

En lo que compete al Ramo 07, la participación de SEDENA ha sido mayor que la de la SEMAR, contribuyendo con el 1.5 por ciento aproximadamente en el decenio de estudio. (Gráfico 4) En este tenor, para el sexenio calderonista se

Análisis del Sector Salud en México: Universalización o retos por superar (2000-2012)

dio una mayor contribución en cuestión de la prestación de Salud a las Fuerzas Armadas, obteniendo montos que para el final del periodo ascendieron a 7,117.51 millones de pesos, es decir, 4,791.46 millones de pesos más que cuando inició el gobierno. En relación al sexenio anterior ascendió al final del mismo a apenas dos mil millones de pesos en servicios de salud para los militares.

Gráfico 4. Gasto Público en Salud 2000-2012 (%)



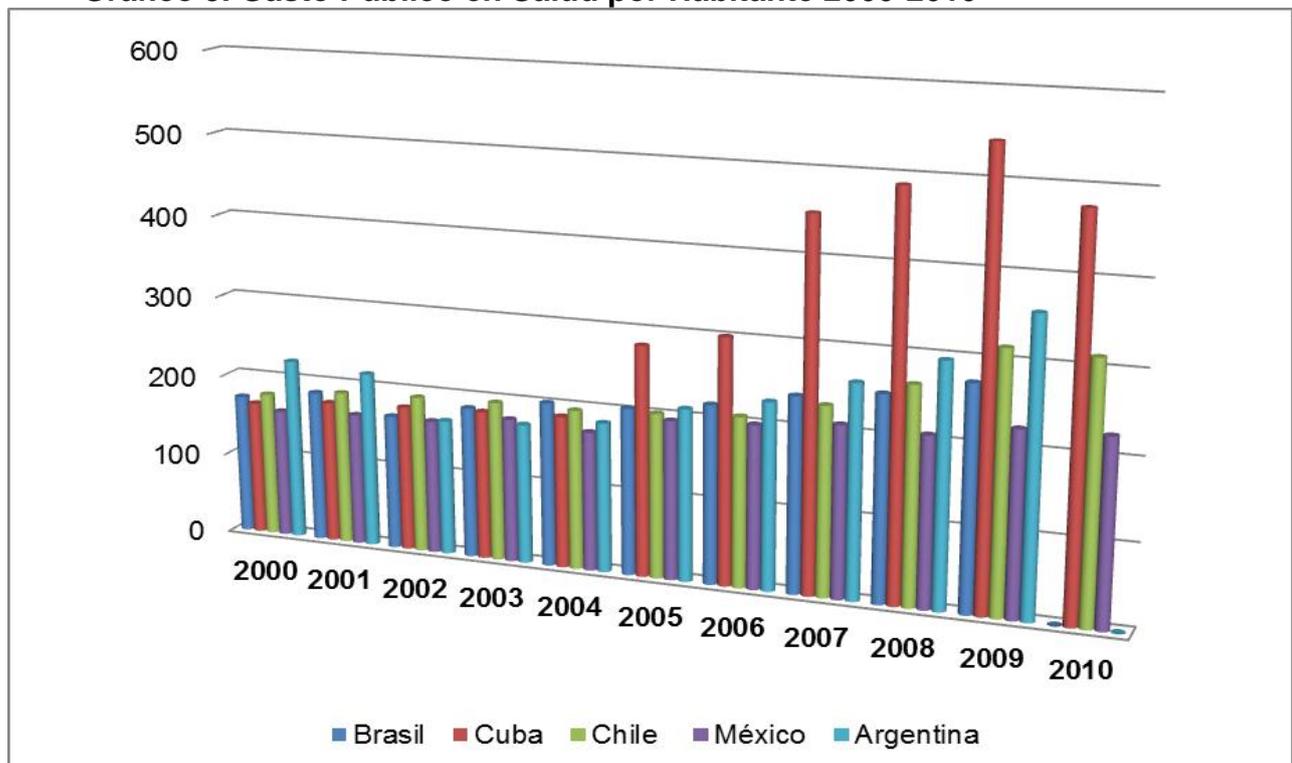
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2000-2012 y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012.

Ahora bien, para fines de una perspectiva internacional, se toma en cuenta el Gasto Social en el sector Salud que destinan países como Chile, Cuba, Argentina, Brasil y México. Con esto encontramos que los cubanos destinan una gran parte del gasto al sector salud, por lo que en este caso, observamos que a partir del año 2006 su gasto en salud por habitante aumentó significativamente, ya que pasó de 187 dólares a 301 dólares del 2004 al 2006. En los años subsecuentes ha aumentado en más de 100 dólares el gasto por cubano. En lo que respecta a nuestro país en el año 2010 se alcanzó su máximo con 227 dólares por mexicano, aunque en este sentido, se encuentra

muy por debajo del promedio de los demás países, ya que la mayoría destina más de 250 dólares por persona. (Gráfico 5)

En este tenor, el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2012) *“México: Mejores Políticas para un Desarrollo Incluyente”*, menciona en el apartado de *“Los Retos de la Salud”*, que el Gasto en Salud como porcentaje del PIB para el 2009 de México está por debajo del promedio de la misma organización, ya que tiene un gasto del 6.4 por ciento aproximadamente, del cual casi 4 por ciento es gasto público y el resto es por privados. (OCDE, 2012)

Gráfico 5. Gasto Público en Salud por Habitante 2000-2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Un punto destacable en relación al tema de este capítulo, es que el Gasto Público en Salud para el año 2011 y 2012 aumentó significativamente, ya que sobre pasó los 400 mil millones de pesos, siendo el saldo 402,790.19 millones de pesos y 441,514.98 millones de pesos, respectivamente. Con esto se deja

entrever que se le dio un impulso importante a este sector para los últimos años del sexenio de Felipe Calderón.

3. El Impacto de la Salud en el Desarrollo Humano

3.1. La cobertura en Salud en el Mundo

Como punto de partida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Informe sobre la Salud en el Mundo* (2013:36), señala que la cobertura o funciones de todo sistema de salud se refieren a la prevención así como al tratamiento; asimismo, debe de garantizar seis puntos esenciales:

- I) Acceso a los medicamentos y productos sanitarios esenciales
- II) Un personal de salud motivado y calificado, que además sea accesible con la población que atiende
- III) Que cuente con servicios integrados y de calidad, centrados en los pacientes, en todos los niveles, cubriendo desde una atención primaria hasta una de nivel tres
- IV) Contar con una combinación bien planteada de programas prioritarios de promoción a la salud y control de enfermedades, incluidos los métodos de prevención y tratamiento, que deben de estar integrados a los sistemas de salud
- V) Generar sistemas de información para obtener datos oportunos y precisos para la determinación de mejores decisiones
- VI) Orquestar un sistema de financiación sanitaria que recaudara fondos suficientes para la salud, que proporcione protección contra los riesgos económicos, y que vele por que los fondos se utilicen con equidad y eficiencia.

Con esto, se determina lo que debe de ser un verdadero sistema de salud, en conjunto con una política de lograr la cobertura universal en este ramo. Con estos puntos se establece el preámbulo para determinar las características necesarias para lograr que la población de un país obtenga acceso a los servicios de salud sin distinción alguna, pero sobre todo con los factores necesarios para ello.

Como objetivo primordial en relación a la cobertura sanitaria universal tenemos que:

“Lograr que todos obtengan los servicios de salud que necesitan – prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos- sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento, ahora y en el futuro”. (OMS, 2013:4)

Bajo el concepto anterior se desarrolla el siguiente esquema con lo necesario para lograr un sistema universal de salud, en el que destaca la presencia de cuatro etapas las cuales son Insumos y Procesos, Productos, Resultados, e Impacto.

En la parte de Insumos y Procesos se establecen las bases esenciales con que debe de contar un sistema de salud. Con esto se da un primer paso para la cobertura universal ya que en primera instancia se cuenta con un financiamiento sólido, personal que esté capacitado para prestar servicios sanitarios, medicamentos, productos sanitarios e infraestructura idónea para la situación de cada país acompañada de la información adecuada en conjunto con la parte de la administración pública en los elementos de gobierno y legislación. (Esquema 1)

Por su parte, el apartado de Productos permite a los gobiernos tener en cuenta la accesibilidad y preparación de los servicios, incluidos los medicamentos como resultado de la infraestructura necesaria en este rubro; la calidad y seguridad de los servicios que se brinden a la población en su conjunto con la utilización de los servicios y recursos financieros mancomunados con los que cuentan las instituciones de salud. Aquí aparece un elemento sustancial, el cual proviene tanto por la calidad de los servicios como por la seguridad financiera que cada país e institución de salud tengan que es la preparación para las crisis. (Esquema 1)

En el concepto de Resultados, como consecuencia de las dos etapas anteriores, se presenta la cobertura en las intervenciones que se realicen en el sistema de salud, esto desde el primer nivel hasta el tercero; aunado a la

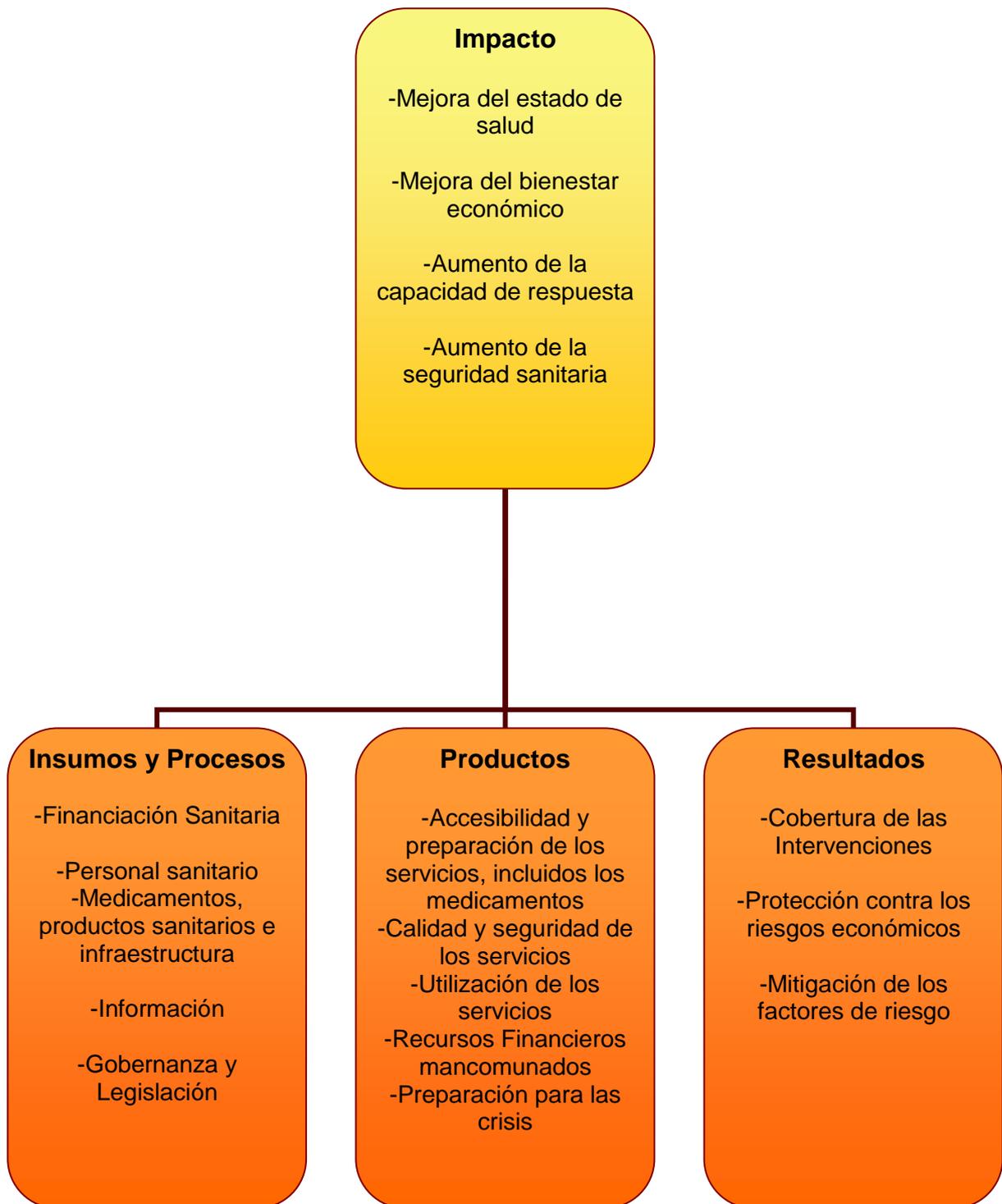
protección de los riesgos económicos, así como la mitigación de los factores de riesgo, que en este caso serían los sanitarios. (Esquema 1)

Así, el impacto se reflejará en una mejora del estado de salud de los habitantes y del bienestar económico, ya que los costos bajarán en gran medida gracias a la cobertura de los servicios de sanidad, aumento de la capacidad de respuesta en caso de riesgos y emergencias; de esta manera desembocando en un claro aumento de la seguridad sanitaria. (Esquema 1)

Para obtener los resultados deseados, según la OMS (2013), deben de estar estas etapas acompañadas de cantidad, calidad y equidad de los servicios de salud en conjunto con los determinantes sociales, los cuales contemplan elementos tales como ingresos, ocupación, discapacidad, etc. Esto se constituye como un punto clave y guía para la consecución de un esquema de salud incluyente, activo pero sobre todo equitativo.

Como resultado de lo anterior, se ven reflejadas en la esperanza de vida de la población las políticas que han sido exitosas, sobre todo avanzando y mejorando el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que entre otros componentes, contempla un índice en materia de salud.

Esquema 1. Representación de etapas para lograr una Cobertura Universal.



Fuente: Elaboración propia en base a Informe sobre la Salud en el Mundo 2013 (OMS).

Como se mencionó anteriormente, el IDH se enfoca en evaluar niveles y avances usando un concepto de desarrollo mucho más amplio que el ingreso per cápita. Ante esto, se consideran elementos como educación, ingresos y salud, siendo este último el que tiene relevancia en la investigación. (PNUD, 2010: 13)

En relación al índice que mide la salud de un país, para el último informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2013), el indicador toma como guía la esperanza de vida al nacer, componiéndose como lo indica la siguiente fórmula

$$\text{Índice de dimensión} = \text{valor real} - \text{valor mínimo} / \text{valor máximo} - \text{valor mínimo}$$

En el caso de salud se representa como sigue (PNUD, 2013)

$$\text{Índice de esperanza de vida} = \text{valor real} - \text{valor mínimo} / \text{valor máximo} - \text{valor mínimo}$$

Los valores que se consideran para el cálculo son los siguientes (PNUD, 2013)

Tabla 3. Valores para el cálculo del Índice de Esperanza de Vida

Indicador	Máximo Observado	Mínimo
Esperanza de Vida (Años)	83.6 años (Japón, 2012)	20 años

Fuente: Tomado de la Nota Metodológica del Informe sobre Desarrollo Humano 2013.

Otro de los puntos metodológicos es que al realizar el cálculo del índice se toman valores entre 0 y 1, con lo cual el valor más bajo se toma como un país de subsistencia, con lo cual apenas sobreviven, mientras que los valores que más se acercan al máximo simbolizan mayor desarrollo; y en este tema, mayor y mejor cobertura en salud, que necesariamente se refleja en los servicios de sanidad. (PNUD, 2013)

En conjunto con la metodología anterior, la OMS en su reporte del año 2010, estableció un ranking de los mejores sistemas de salud a nivel mundial, en el que, en los primeros lugares figuraban países como Francia, Italia y San Marino ocupando los primeros tres lugares respectivamente. Por su parte, en los países de Latinoamérica el que estaba mejor ubicado es Colombia en el lugar veintidós, mientras que México se ubicó en el lugar 61.

Los parámetros que se consideraron para establecer este ranking fueron los siguientes (OMS, 2010)

- Nivel global de salud de la población nacional
- Nivel de desigualdad entre sectores
- Distribución de los costos del sistema de salud entre sectores
- Capacidad de respuesta del sistema de salud
- Satisfacción de los diferentes sectores atendidos por el sistema

Con esta clasificación y bajo la lista que la OMS publicó en relación a los mejores sistemas de sanidad a nivel mundial, se calculó el Índice de Esperanza de Vida comparando Francia, Colombia y México.

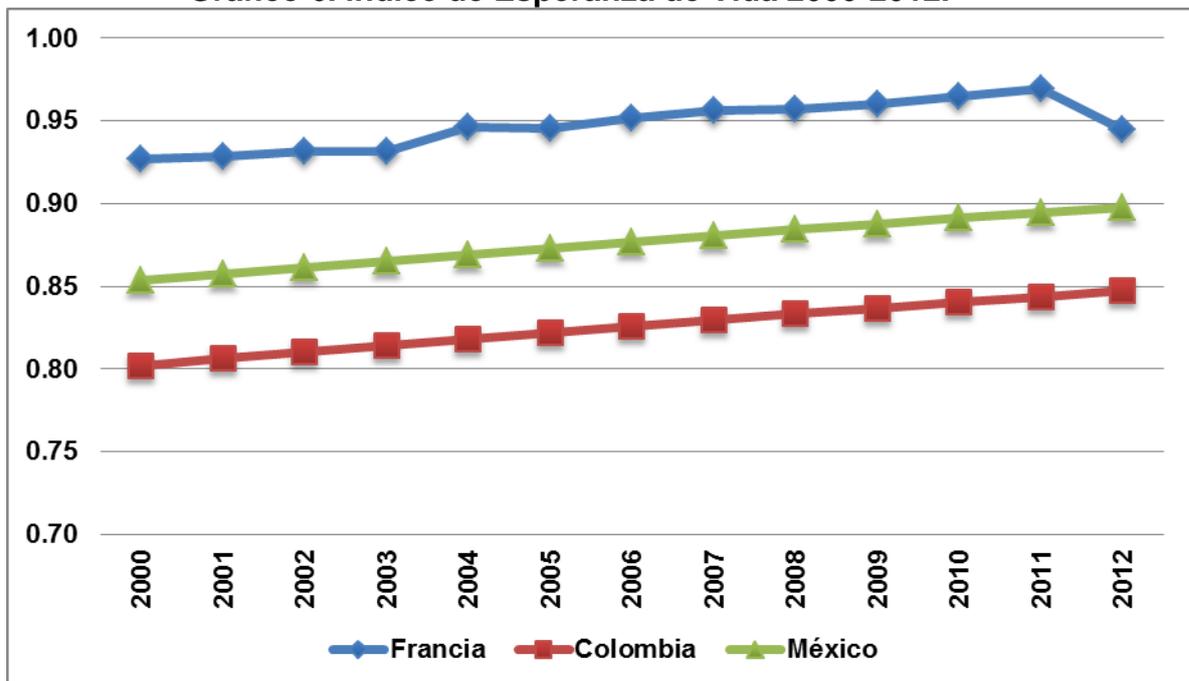
En este tenor, observamos que Francia conserva un índice más equitativo históricamente, considerando que tiene una mayor aproximación a uno a partir del año 2006, donde fue en promedio de 0.96 y 0.97, alcanzando su máximo en el año 2011 donde alcanzó el primer lugar en relación a los mejores sistemas de salud; aunque para el año 2012 regresó a niveles cercanos al 0.94 (Gráfico 6)

En el caso de Colombia, cuenta con un índice promedio de 0.80 y 0.85, en donde su alza ha sido paulatina hasta llegar en 2012 a 0.85, con esto posicionándose en el tercer lugar dentro de la comparación de los tres países a pesar de colocarse en un lugar mejor dentro del ranking de los mejores Sistemas de Salud en comparación con México. (Gráfico 6)

Análisis del Sector Salud en México: Universalización o retos por superar (2000-2012)

Por su parte, México en esta comparación se colocó en segundo lugar, con un Índice de Esperanza de Vida que se ubicó para el año 2000 en 0.85, registrando un alza de 0.01 por año hasta alcanzar en 2012 el 0.90, colocándose de esta manera con un índice alto en este concepto. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Índice de Esperanza de Vida 2000-2012.



Nota: Los datos máximos se tomaron de la Esperanza de Vida de Japón (83.6) para el año 2012, así como los mínimos que son establecidos en la metodología del cálculo del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial y el Informe Sobre Desarrollo Humano 2013.

Como se observa, a pesar de que México se coloca en el lugar 61 dentro del ranking mundial de los sistemas de salud en el año 2011, cuenta con un mayor Índice de Esperanza de Vida que Colombia. Francia como se ha ido presentando, tiene un indicador de esperanza de vida que oscila los 81 años en promedio, siendo ésta más alta que la de los países latinoamericanos, que se encuentran en promedio entre los 75 años.

3.2. La cobertura en Salud en México

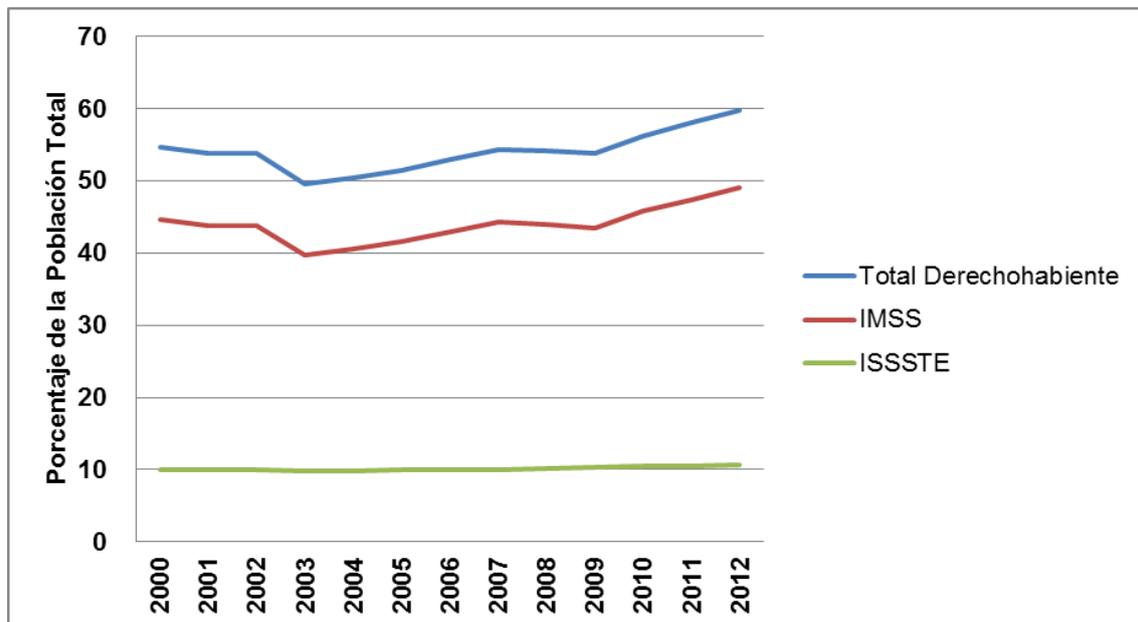
Una vez analizado el Índice de Esperanza de Vida de México, es necesario observar la situación del sistema de salud en nuestro país, sobre todo en el tema de derechohabencia, ya que ello permite establecer conexiones entre lo

que plantean la OMS o el PNUD, y la realidad del país; asimismo se constituye en un acercamiento al fin máximo, que es la cobertura universal en los servicios de salud.

Bajo este contexto, la población derechohabiente de sólo el IMSS e ISSSTE ha cubierto más del 50 por ciento de la Población Total Derechohabiente en nuestro país. Del primer sexenio que se estudia, tuvo una evolución del 54 por ciento aproximadamente; siendo hasta el año 2003 cuando tuvo una baja de cerca de 4 puntos porcentuales llegando a niveles del 49 por ciento. Esta tendencia cambió para los siguientes años donde ha mostrado una clara evolución a la alza, llegando a niveles del 59.74 por ciento para el cierre del año 2012. (Gráfico 7)

En relación a las principales instituciones de salud, observamos que el IMSS contribuye con una participación del 44 por ciento para el primer trienio de estudio, observándose una baja para el año 2003 llegando al 39 por ciento. Para los siguientes años sufrió un comportamiento paralelo a la evolución de la población total derechohabiente, llegando al 50 por ciento al finalizar el decenio. (Gráfico 7)

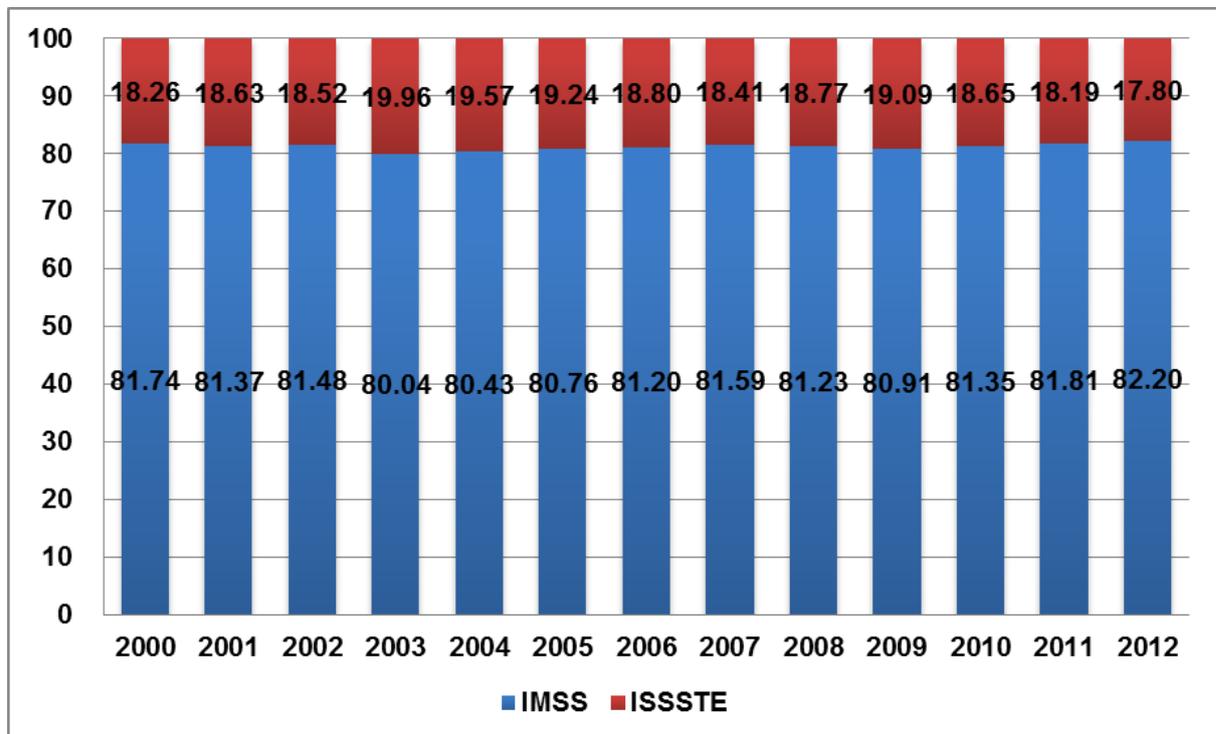
Por su parte el ISSSTE, conserva una participación constante del 10 por ciento dentro de la población total de México, siendo esta la menor dentro de la población derechohabiente de las dos instituciones. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Población derechohabiente IMSS e ISSSTE 2000-2013

Fuente: Elaboración propia en base a Informe de Gobierno 2013, Anuario Estadístico ISSSTE y Estadísticas Históricas IMSS.

En relación al total de la población derechohabiente de las dos instituciones, se observa que el IMSS contribuye con el 80 y 82 por ciento aproximadamente, siendo este último dato porcentual el que se logró al cierre del sexenio calderonista. En contraste, el ISSSTE sólo tiene una participación de entre 18 y 20 por ciento, siendo el 17.80 por ciento el dato más bajo que registró en este periodo, específicamente para el año 2012. (Gráfico 8)

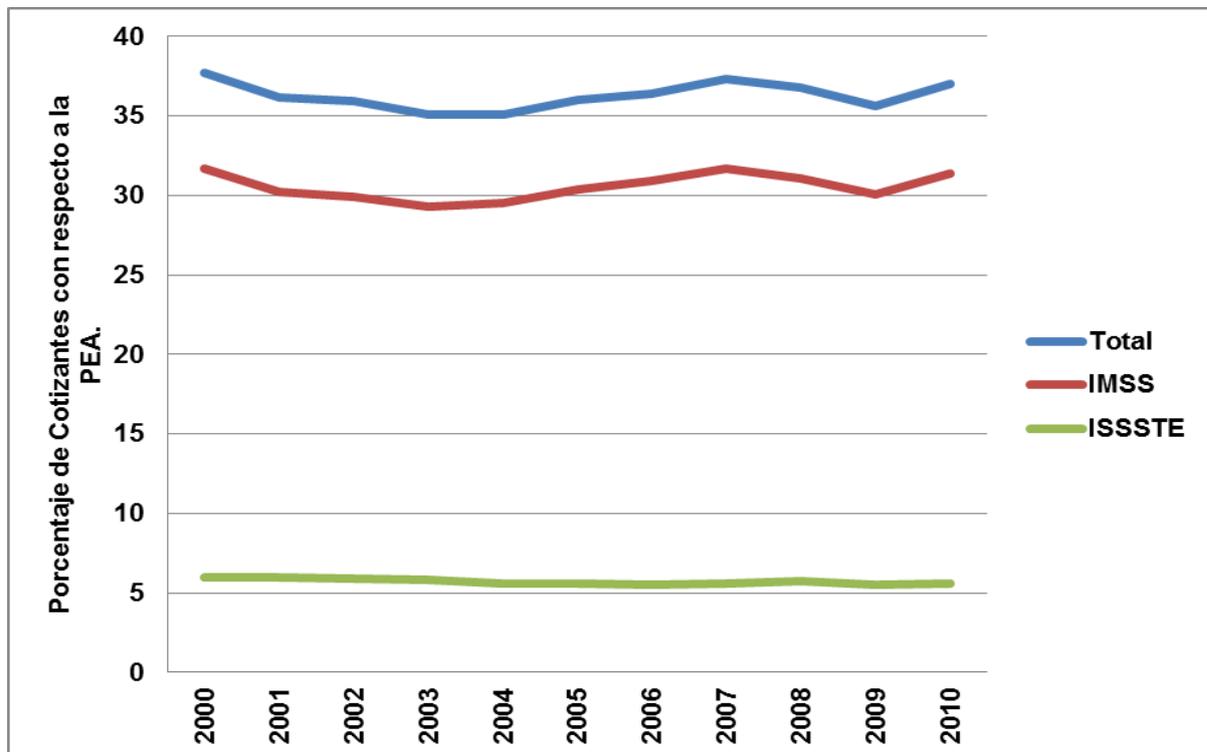
Gráfico 8. Población derechohabiente IMSS e ISSSTE como porcentaje del Total de Derechohabiencia 2000-2012



Fuente: Elaboración propia en base a Informe de Gobierno 2013, Anuario Estadístico ISSSTE y Estadísticas Históricas IMSS.

Por su parte, los cotizantes⁹ directos como proporción de la Población Económicamente Activa (PEA), contribuyen entre un 35 y 37 por ciento; siendo éste un dato revelador ya que en esta década más del 60 por ciento de la población no cotizaba en estas instituciones, y por ende, no contaba con una cobertura en materia de sanidad. Siguiendo en esta misma línea, el IMSS aportaba una participación de entre 30 y 31 por ciento aproximadamente; mientras que el ISSSTE sólo aportó el 6 por ciento aproximadamente. (Gráfico 9)

⁹ Los **cotizantes** son el número de trabajadores que se encuentran pagando una cuota ya sea en el IMSS o el ISSSTE; mientras que los **afiliados o derechohabientes** se refiere a la población que goza de los servicios de Seguridad Social, es decir, trabajadores y sus familiares.

Gráfico 9. Cotizantes del IMSS e ISSSTE como porcentaje de la PEA 2000-2010

Fuente: Elaboración propia en base a anuarios estadísticos ISSSTE, Estadísticas Históricas IMSS y Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009 del INEGI.

De acuerdo con la información anterior, en números exactos, se ha registrado un aumento para el año 2010 del número de personas que están cotizando ante el IMSS y el ISSSTE, aunque esto no es un fiel indicador de que se estén creando empleos, ya que es realmente poco el incremento. Esto se deduce ya que pasó de 16 millones 469 mil personas que cotizan en ambas instituciones a 17 millones 284 mil, del 2000 al final de la década, respectivamente.

Como cierre de este capítulo, según el CONEVAL para el año 2012, el número de personas afiliadas al Seguro Popular ascendió a 40.47 por ciento del total de la población; siendo éste de 47.79 millones de derechohabientes. Por su parte, como ya habíamos mencionado, el IMSS contaba con el 27.02 por ciento de participación, siendo 31.7 millones de mexicanos con este servicio. En relación al ISSSTE, tenemos que participó con el 5.9 por ciento, contemplando apenas 7 millones de afiliados; asimismo, PEMEX, SEDENA y la Marina, contaron con apenas 0.9 millones de agremiados. (Tabla 4)

En relación a los servicios de sanidad que provinieron de las prestaciones laborales que no eran del sector público, 1.79 millones de personas registraron este tipo de cobertura; mientras que los que cuentan con un servicio médico privado asciende a 1.05 millones; en contraste con las personas que están afiliadas a otras instituciones, siendo estas 1.54 por ciento de la población (Tabla 4)

**Tabla 4. Carencia por acceso a los servicios de salud 2012
(Población Afiliada)**

Indicadores	Porcentaje	Millones de personas
Población afiliada al Seguro Popular	40.74	47.79
Población afiliada al IMSS	27.02	31.70
Población afiliada al ISSSTE o ISSSTE estatal	5.96	7.00
Población afiliada a PEMEX, Defensa o Marina	0.77	0.90
Población afiliada a otros servicios médicos provenientes de su trabajo	1.53	1.79
Población afiliada por seguro privado de gastos médicos	0.89	1.05
Población afiliada a otras instituciones	1.54	1.81

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Con ello, se estima que apenas el 78 por ciento de la población cuenta con un tipo de servicio de salud, siendo esto un tema de gran importancia, ya que según para el final del sexenio de Felipe Calderón se había logrado la cobertura universal en servicios de sanidad; corroborando con esto que aún hay necesidades y retos pendientes.

Con base en lo anterior, la derechohabiencia en México ha tenido dos problemas fundamentales, por un lado la población en pobreza y sin empleo que carece del servicio de salud, y por otro lado la informalidad. Estos elementos en los últimos años han aquejado de sobremanera a la población de

nuestro país, motivos por los cuales el Seguro Popular sigue afiliando, aunque cabe destacar que éste no combate la informalidad ni la pobreza, por el contrario la agudiza.

4. El Seguro Popular y su impacto en la salud en México

Desde la alternancia en el Gobierno Federal, se planteó en el Plan Nacional de Desarrollo del presidente Vicente Fox (PNS, 2001) que la salud debe ser un tema de carácter primordial, además señala el compromiso del Estado para asegurar el acceso a la atención, servicios médicos y medicamentos para todos los mexicanos sin distinción alguna. Es por esto que el Gobierno de la República decide realizar una serie de acciones con el fin de continuar desarrollando el sistema de salud en México con el objetivo de extender la cobertura a toda la población a través de evitar duplicar esfuerzos, que se ahorren recursos y se prevengan enfermedades.

De acuerdo con los objetivos y acciones planteadas en el PND, se crea el *Programa Nacional de Salud (PNS 2001-2006)*, el cual plantea cinco objetivos básicos y fundamentales:

- 1) Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
- 2) Abatir las desigualdades en salud
- 3) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
- 4) Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
- 5) Fortalecer al sistema de salud, en particular a las instituciones públicas

Junto a esto, se plantean estrategias específicas las cuales colaborarán para cumplir con los objetivos, los cuales son el vincular la salud con el desarrollo económico y social, reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud, brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, construir un federalismo cooperativo en materia de Salud, fortalecer el papel rector de la

Secretaría de Salud, avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud, ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención, y fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud. (López, 2011)

Ante esto nace como programa piloto “Salud para Todos”, que se conoce como Seguro Popular de Salud.

El Seguro Popular (2010) establece que:

“La protección social en salud es el mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los afiliados”. (Seguro Popular, 2010)

El Seguro Popular nace bajo el nombre de “Salud para Todos”, el cual fue un programa piloto con tres objetivos fundamentales: (López, 2011)

- 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 pago anticipado entre los beneficiarios del Seguro Popular de Salud
- 3) Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar los gastos en salud

Este programa, en su primer año de funciones en calidad de programa piloto, y con un presupuesto aproximado de 191 millones de pesos para el año 2002, comenzó su accionar en cinco entidades federativas: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Durante ese primer año, se afilió en su mayoría a la población que se encontraba en los primeros tres deciles de ingresos.

Cabe señalar que ofreció una lista de beneficios explícitos denominada “Catálogo de Beneficios Médicos (Cabeme)”, el cual constaba de 78

intervenciones enfocadas a las principales enfermedades que aquejan a nuestro país y causas de demanda hospitalaria. (Seguro Popular, 2010)

La atención hospitalaria se encontraba a cargo de los Servicios Estatales de Salud (SESA) a través de una red médica la cual se conformaba por un hospital general y clínicas de atención. Cabe señalar que en su primer año de operación, la población afiliada contribuía con una cuota promedio de 86 pesos por familia.

El modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se sustenta en un esquema tripartita con aportaciones gubernamentales, federales y estatales, por persona afiliada, así como por contribuciones de los afiliados que son determinadas de acuerdo a su capacidad socio-económica. (Seguro Popular, 2010)

Los recursos aportados para la operación del sistema son ejercidos en la prestación del paquete de servicios de salud cubiertos por el SPSS, integrado por las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); y, a través del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), en infraestructura y equipamiento para la atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social y para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios y la garantía de pago por la prestación interestatal de servicios. (CNPSS, 2012)

Aquí podemos observar uno de los principales errores o puntos a considerar dentro del esquema del Seguro Popular, ya que las aportaciones por parte de los afiliados se establecen de acuerdo a su situación económica. Ante esto, si se quiere luchar contra la pobreza y ser incluyente el sistema de salud en México será necesario modificar el esquema de aportación bajo la consideración de ser más flexibles en las poblaciones más marginadas.

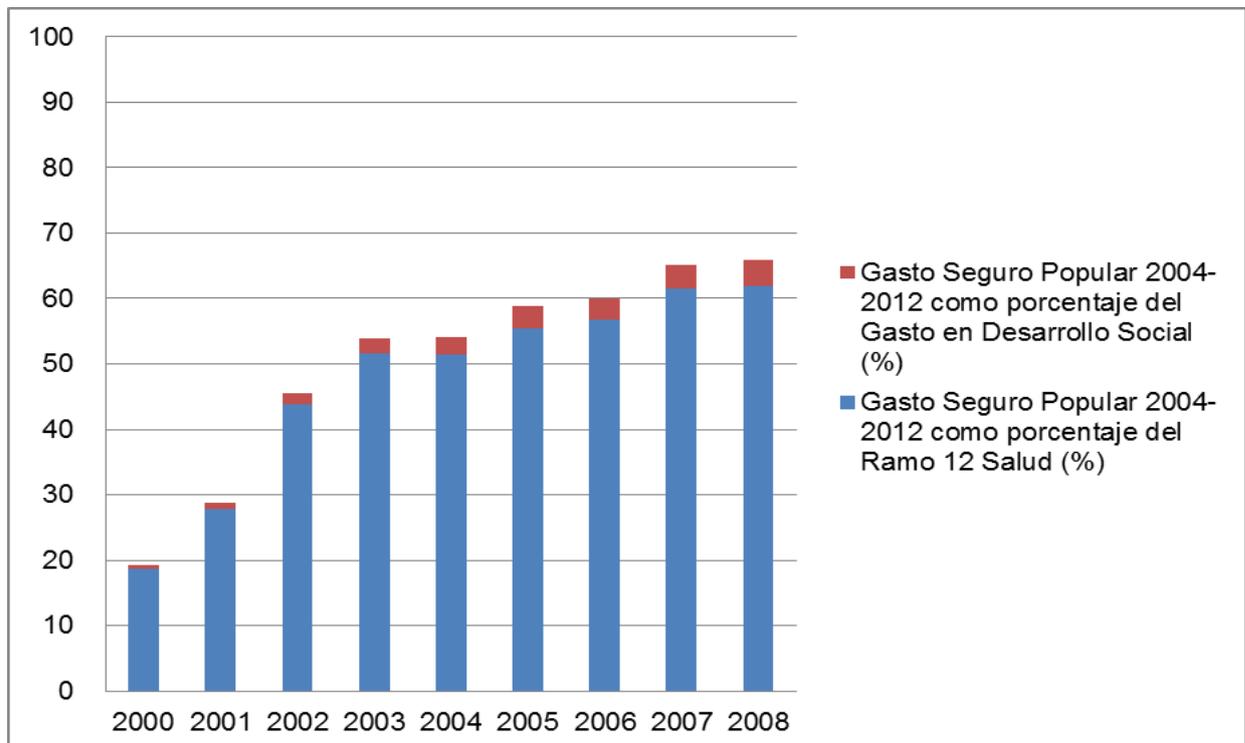
4.1. Situación actual

En relación a la situación actual del Seguro Popular, se abordan dos indicadores que reflejarán como se ha comportado este programa a lo largo de los años; por un lado se presenta el gasto público y las aportaciones históricas. Asimismo, como segundo punto, se presenta la afiliación histórica, dejando en claro cómo se ha comportado y si realmente se llegó a la meta de ser un eje de cobertura universal.

En primera instancia, el Seguro Popular comienza con su participación dentro del gasto del Ramo 12 Salud hasta el año 2004, donde se le considera como un programa gubernamental. En este tenor, el primer año apenas alcanzó una participación del 18.71 por ciento, pasando al año 2005 con una variación de cerca de 10 puntos porcentuales, con lo que alcanzó el 27.75 por ciento del gasto que se destinó al sector salud. Para el año 2006, este monto se elevó hasta llegar a los 17 mil 283 millones de pesos, aproximadamente, reflejando así una aportación de 43.76 por ciento. (Gráfico 10)

En 2007 y 2008 continuó en constante crecimiento, y llegó a participar con un 51 por ciento, aproximadamente. Para 2009 y 2010, su aportación llegó a ser tal que aumentó hasta llegar a niveles del 56.82 por ciento para el último año; aunque para el final del segundo sexenio en estudio alcanzó el 61.84 por ciento, siendo el gasto de 67 mil 576 millones de pesos. (Gráfico 10)

Por su parte, como porcentaje del gasto en la función de Desarrollo Social, se observa que para el año 2004 apenas contribuía con 0.57 por ciento, cambiando esta tendencia en el año 2006 al 1.75 por ciento. Para el año 2008 superó los datos anteriores y llegó a una participación del 2.61 por ciento. Para los siguientes cuatro años continuó con el alza hasta alcanzar 4.07 por ciento como porcentaje del gasto que se destina a Desarrollo Social. (Gráfico 10)

Gráfico 10. Participación Porcentual del Gasto del Seguro Popular en los principales rubros 2000-2012 (%)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Seguro Popular y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012

Analizando las cifras anteriores, dado que los recursos que recibe el Seguro Popular también provienen de las cuotas de sus afiliados, se plantea una evolución de las mismas en la Tabla 5.

Esta evolución contempla la división de la población en deciles y las cuotas establecidas desde el año 2007, en donde se observa que los primeros 3 años, sólo estaban exentos de pago los dos primeros deciles, pagando una cuota de 688.09 y 714 pesos, aproximadamente, por familia para la tercera división. Por su parte, el cuarto decil, pagaba una cuota que comenzó con 1,349.31 pesos y para el año 2009 aumentó hasta 1,400 pesos. Ambos fueron exentos de pago hasta el año 2010, en donde se da la conversión en relación a las cuotas por familias. (Tabla 5)

En cuestión del decil número cinco, las cuotas comenzaron con una aportación cercana a los 2000 pesos, aumentando 75 pesos para el año 2008, y así

conservándose constante hasta el final del decenio de estudio. Para los siguientes cinco deciles, se contemplan cuotas que sobrepasan los 2,800 pesos; de esta manera aumentando paulatinamente hasta sobrepasar los 10 mil pesos, que sería la cuota que deben de pagar los habitantes que pertenezcan al decil número 10. (Tabla5)

Tabla 5. Cuota familiar según decil de ingreso 2007-2012 (Pesos)

Decil de Ingreso	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
II	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
III	688.09	713.96	714.00	0.0	0.0	0.0
IV	1,349.31	1,400.04	1,400.00	0.0	0.0	0.0
V	1,999.78	2,074.97	2,075.00	2,075.00	2,075.00	2,075.00
VI	2,730.88	2,833.56	2,833.60	2,833.60	2,833.60	2,833.60
VII	3,515.74	3,647.93	3,647.90	3,647.90	3,647.90	3,647.90
VIII	5,445.62	5,650.38	5,650.40	5,650.40	5,650.40	5,650.40
IX	7,426.50	7,518.97	7,519.00	7,519.00	7,519.00	7,519.00
X	10,966.52	11,378.86	11,378.90	11,378.90	11,378.90	11,378.90

Fuente: Elaboración propia en base a datos de los Informes de Resultados 2007-2012

Una vez revisada la parte financiera del Seguro Popular se vuelve indispensable observar la evolución de afiliados, ya que nos permite visualizar los alcances que ha tenido desde el año 2004.

En este contexto, la variación que registró del año 2004 al 2005 fue de 115 por ciento, es decir, pasó de 5.3 millones de afiliados a 11.4 millones. Para el año 2006, aumentó 37.7 por ciento llegando a 15.7 millones de derechohabientes, y en 2007 llegó a 21.8 millones de personas que pertenecían al Seguro Popular, aumentando así 38.85 por ciento. (Gráfico 11)

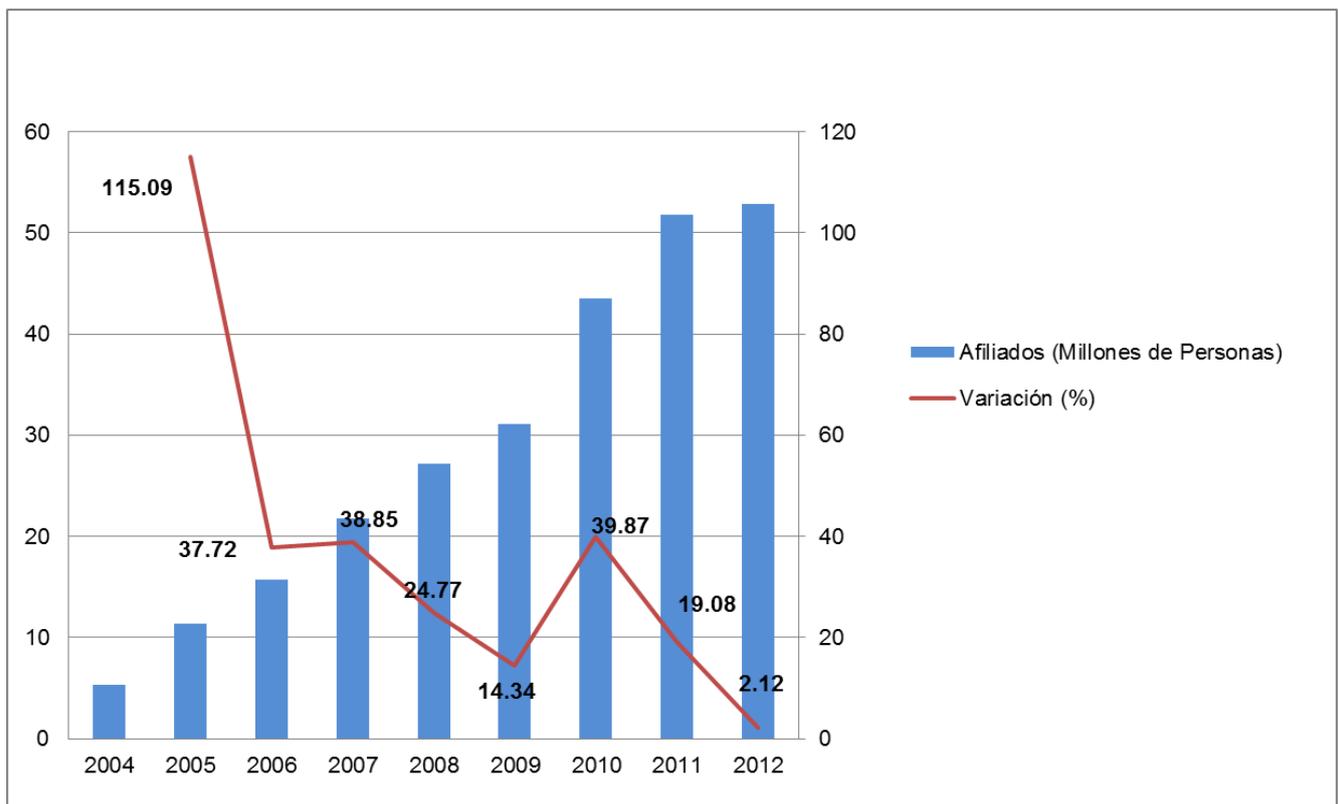
En relación a los últimos 5 años del estudio, se dio una pequeña baja en el año 2008, ya que el aumento sólo fue de 24.77 por ciento, llegando a los 27.2 millones de asegurados; en 2009 se registró de nuevo una baja que lo hizo

Análisis del Sector Salud en México: Universalización o retos por superar (2000-2012)

llegar al 14.34 por ciento de aumento. En contraste, para el año 2010 que se recuperó el crecimiento que registraba en sus primeros años de creación, alcanzando así el 39.87 por ciento de aumento, y arrojando como saldo una afiliación total de 43.5 millones de personas. (Gráfico 11)

Para el cierre sexenal, en 2011 apenas se registró un crecimiento de los afiliados del 19.08 por ciento, llegando a 51.8 millones de personas; cerrando para el año 2012 con un alza mínima de 2.12 por ciento, siendo éste el peor año registrado históricamente. Con esto, al final del decenio tenemos un saldo de 52.9 millones de asegurados en el Seguro Popular de Salud. (Gráfico 11)

Gráfico 11. Afiliados al Seguro Popular 2004-2012 (Acumulado)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe de Resultados del Seguro Popular 2013

Estos datos por sí mismos revelan la situación del servicio de salud en México, que si bien es cierto que se han hecho grandes esfuerzos por lograr la universalización del sistema de salud, ha quedado solamente en buenos

deseos, ya que uno de los elementos que frenan o han mermado la calidad ha sido que el Seguro Popular por reglamentación sólo afilia a la población más no crea infraestructura para la atención médica de estos.

Dada la situación anterior, se resumen logros y retos por medio de un análisis FODA, que permite observar la situación del Seguro Popular de Salud, así como los servicios que ofrece.

Fortalezas

- No hay barreras de entrada, cualquier persona que no cuente con un servicio de salud puede ser candidata a pertenecer al Seguro Popular.
- Programa bien fundamentado, estilo un seguro privado.
- Atención médica en cualquier hospital por ser política pública.
- Catálogo de Beneficios Médicos con los principales padecimientos de la población, los cuales son cubiertos en su totalidad.
- Orientación a una política de prevención y atención a las principales enfermedades que aquejan a la población de México.

Oportunidades

-Sin necesidad de aumentar el gasto, se podría crear infraestructura con los recursos con los que es financiado el mismo Seguro Popular, esto mejoraría la calidad y la eficiencia de la atención médica.

- Crear un fondo que sirva para afiliar a la población que se encuentra en extrema pobreza y no tiene capacidad de acceder a los servicios otorgados por este programa.

-Ser eje conductor de la política de cobertura universal a través de los lineamientos que menciona la OMS (2013).

-Realizar estudios y establecer una estandarización en relación a los costos de las operaciones y procedimientos médicos.

Debilidades

-El programa por reglamentación solo afilia a la población, y no crea infraestructura, lo cual es necesario para lograr los objetivos trazados.

- Al no enfrentar los retos que se ha trazado, la población no está satisfecha con el servicio.
- Afilia a las personas de bajos recursos y a los que no se encuentran laborando, además de la población dedicada a la informalidad.
- Cobra cuotas cercanas a los 2,100 pesos a las familias pertenecientes al decil V, cuando sabemos que aún este decil destina cerca del 50 por ciento a gasto en salud y en alimentos.

Amenazas

- La gran demanda, ya que cerca del 60 por ciento de la población en México carece de servicios de salud.
- En conjunto con la idea anterior, la falta de una infraestructura necesaria se da una sobrepoblación en las instituciones públicas como IMSS e ISSSTE.
- El sector privado, que está ofreciendo cuotas similares o más bajas que las del Seguro Popular, impacta de manera directa en la cartera de la población, influyendo en la toma de decisión de la afiliación al Seguro Popular.

4.2. Problemática

Al realizar un análisis a través del modelo FODA, es necesario replantear elementos clave como la falta de promoción y cobertura de la población, la cual puede ser corregida a través de una mejora y modernización en la infraestructura, ampliación del personal médico y de enfermeras; lo que provocaría una política de creación de empleo, ya que permitiría que jóvenes que salen de carreras del área de salud puedan comenzar a laborar en este sector, además de abrir oportunidades de colaboración entre academia y sector salud para su evolución.

Por otro lado la ampliación de los derechohabientes se puede dar con la creación de un fondo, a través de los recursos que percibe el Seguro Popular, para que poblaciones indígenas y de pobreza extrema puedan acceder a los servicios de salud.

Cabe destacar que debido a reglamentación y ley que rige al Seguro Popular (2010), se establece que:

“El Seguro Popular no es un sistema de unidades médicas: centros de salud u hospitales, no, es un Sistema que consolida los recursos económicos, provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiere. Esto significa que, a través del Seguro Popular, el Estado mexicano garantiza que la población reciba atención médica de primer y segundo nivel y aporta fondos económicos para cubrir las llamadas enfermedades catastróficas (tercer nivel) por el alto costo que implica su tratamiento”.

Dicho lo anterior, la sanidad en relación al Seguro Popular se ve seriamente afectada, ya que a pesar de contar con cierta cobertura en los servicios, el gasto en medicamentos por las deficiencias que aquejan a las instituciones receptoras en relación de abasto de medicinas, se acrecienta y vuelve un tema de especial atención.

Bajo el mismo tenor, el Seguro Popular ha sido, en términos generales un buen programa, aunque presenta serias irregularidades sobre todo en la falta de creación de cadenas de hospitales o clínicas, por lo que se continúa con una afiliación constante pero que a su vez continúa utilizando recursos materiales y humanos pre-existentes.

Como ejemplo de lo anterior, en términos de calidad, equidad y eficiencia del servicio de salud en México, los indicadores muestran que entre el 2001 y el 2008, el promedio de espera en una consulta externa pasó de 22.4 a 28.6 minutos respectivamente; en tanto que el tiempo de espera promedio en urgencias pasó de 17.4 a 18.1 minutos en promedio para el mismo periodo. (SINAIS, 2012)

Ello, además de que en el año 2009 había en el país 2.2 médicos, 2.5 enfermeras, 1.1 camas y 0.7 consultorios por cada 1000 habitantes. Esto empeora al considerar al sector público en su conjunto, donde los datos son 1.6, 2.1, 0.7 y 0.6 respectivamente. (SINAIS, 2012)

Dado este panorama, se concluye que el Seguro Popular aún está lejos de cumplir el cometido de una cobertura universal en temas de sanidad, sobre todo que la falta de una infraestructura adecuada ha mermado la posibilidad de que se cumplan al cien las metas planteadas.

Otro punto importante, es que a pesar de obtener tantos recursos financieros, ascendiendo a 76 mil 178 millones de pesos, aproximadamente para el año 2012, no se ha planteado una estrategia real de cobertura para las poblaciones con un índice de marginación más alto; además de que la atención hospitalaria aún carece de los principales ejes que debe contemplar un sistema de salud, que son equidad, calidad y eficiencia. (Seguro Popular, 2013)

4.3. Nuevos retos

El Seguro Popular tiene como encargo, de continuar con un sistema de salud fragmentado, el de crear nuevos mecanismos de afiliación, ya que dentro de los principales problemas radicaba que el 20 por ciento de la población afiliada para 2007 no se localizaron en su lugar de residencia o la información que contenía el padrón era incorrecta; el 5 por ciento de los hogares que se encontraban en el padrón no se encontraban afiliados al Seguro Popular de Salud, mientras que el 9 por ciento de los hogares visitados no fueron localizados en sus viviendas debido a un cambio de domicilio. (López, 2011)

Otro punto importante, es que al tener cierta independencia los estados de la República en relación al tema de salud, los recursos se han vuelto en algunos casos insuficientes, provocando que la atención sea raquítica y en algunos casos se incurra en negligencias para las personas que son afiliadas al Seguro Popular y para la población derechohabiente de otras instituciones de salud.

Como punto final, y como ya se ha mencionado a lo largo de este capítulo se debe replantear la parte tanto del gasto como de los recursos que recibe el Seguro Popular de manera externa, esto con el fin de que se realice un verdadero proyecto incluyente para la población que no cuenta con ningún tipo de servicio en materia de sanidad. En contexto, cambiar la estructura orgánica

del Seguro Popular y utilizar los medios para la modernización del sistema de salud, contribuyendo de alguna manera con otras instituciones como el IMSS, ISSSTE, y los hospitales y centros que dependen de la Secretaría de Salud.

Conclusiones y propuesta de reforma

A lo largo de este trabajo se ha observado, en primera instancia que la cobertura universal en salud aún no se ha logrado, sobre todo por los datos reveladores del CONEVAL (2012) que nos señala que cerca del 60 por ciento de la población no cuenta con afiliación o algún tipo de servicio médico.

En segunda instancia, el Seguro Popular nació como eje conductor de una política pública encaminada a la universalización de los servicios de salud, otorgando afiliación a toda persona que así lo solicitara sin importar su condición socioeconómica. Pero por el contrario, debido a deficiencias en relación con su constitución y manera de operar, se han ocasionado una serie de deficiencias en la atención médica, así como en la capacidad del mismo sistema de salud para operar en óptimas condiciones.

Ante los hallazgos más trascendentales dentro del sistema de Salud, se propone lo siguiente:

Por una parte, y debido a la situación actual, se recomendaría instaurar un sistema de salud universal; es decir, un sistema no fragmentado y que cumpla con los requisitos indispensables de equidad, calidad e igualdad.

Como antecedente, en 1981, se pretendió establecer un sistema de sanidad universal, el cual establecía que la Secretaría de Salud solamente se encargaría de la vigilancia de los procesos de salud, mientras que las demás instituciones, sobre todo el IMSS e ISSSTE se encargarían de prestar los servicios de sanidad a la población. (Brachet-Márquez, 2012)

Bajo este contexto, se pretende unificar Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE en relación a los servicios de salud que otorgan; ya que son estas tres

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

instituciones las que más aportación registran dentro del gasto público total en salud, y que suman cerca del 95 por ciento como aportación.

Bajo el esquema que se señaló de la cadena de resultados para lograr la cobertura universal (Esquema 1), se plantea que por el lado de Insumos y Procesos, en la financiación sanitaria, a pesar de estar en el promedio de los países de Latinoamérica, se observa un gasto per cápita para el año 2012 de 3,771.90 pesos, de lo que podemos deducir, como primer punto, que es posible financiar a toda la población, incluso a militares y personal de PEMEX (Tabla 6)

Este primer hallazgo, se tiene que complementar con un crecimiento mínimo del 12 ó 13 por ciento anual del gasto que se destina en salud, lo que además contribuirá a una constante modernización del sector. (Tabla 6)

Con esto, se puede tener el primer elemento en relación a los insumos esenciales para una cobertura universal.

Tabla 6. Propuesta de Reforma
(Miles de Personas y Millones de Pesos)

Año	Población Total	Gasto Público Total en Salud	Gasto per cápita (Pesos)
2000	100,895,800	135,148.09	1,339.48
2001	102,122,300	147,724.07	1,446.54
2002	103,417,900	141,772.72	1,370.87
2003	104,719,900	179,984.92	1,718.73
2004	105,951,600	190,468.43	1,797.69
2005	107,151,000	220,307.16	2,056.04
2006	108,408,800	241,586.01	2,228.47
2007	109,787,400	273,012.54	2,486.74
2008	111,299,000	299,606.84	2,691.91
2009	112,852,600	331,164.78	2,934.49
2010	114,255,600	359,011.68	3,142.18
2011	115,682,900	402,790.19	3,481.85
2012	117,053,700	441,514.98	3,771.90

Fuente: Elaboración propia en base a la Comisión Nacional de Población (CONAPO), Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012.

Como segundo punto dentro del conjunto de Insumos, se presenta el personal sanitario, el cual bien podría cubrirse con la planta de egresados de las principales universidades del país; con esto generando empleos y vinculando al servicio de sanidad con las instituciones de educación superior del país.

Por su parte, con el dinero que será destinado al gasto en salud se podrían cubrir las necesidades de medicamentos, asimismo, se podría modernizar y ampliar la infraestructura hospitalaria, de esta manera mejorando, hasta cierto punto, la atención a los derechohabientes.

En relación con la información, será necesario vincular al sector salud con institutos y asociaciones, las cuales tendrán el control estadístico además de brindar información veraz y objetiva de los principales problemas que aquejan a la ciudadanía en nuestro país. Cabe señalar que esto se podría aprovechar como política vinculatoria y generadora de empleos, ya que profesionistas de otras áreas podrán pertenecer al sector salud, como es el caso de economistas y abogados.

En relación a la gobernanza y legislación, se podrían realizar las correspondientes modificaciones a la Ley en materia de salud, sobre todo a la Ley General de Salud, en la cual se establezca que será necesario modernizar el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) para tener un banco de información actualizado, como base para los estudios y análisis que se lleven a cabo dentro del sistema de salud, así como la modificación de la política en esta materia.

Todo esto llevado a cabo bajo los criterios establecidos por la OMS, arrojarán como resultado una cobertura universal con servicios de calidad, equidad y eficiencia; además de mejorar en gran medida el estado de salud de la población, aumento de la capacidad de respuesta y sobre todo, ayudando a los mexicanos a que su bienestar económico no se vea afectado.

Por su parte, la OCDE emite recomendaciones que van muy de la mano con la propuesta antes mencionada, pero algo fundamental que ellos proponen es garantizar el financiamiento adecuado a través de una reforma fiscal necesaria. Ante esto, para poder incrementar en mayor medida el gasto en salud, podrían gravarse ciertos productos que se consideran como “chatarra” o no sanos dentro del mercado de alimentos, con lo que los ingresos por este concepto provocarían que el gasto público destinado a este ramo aumente y así mejorar la atención a toda la población mexicana.

Por el lado de combatir la corrupción y burocracia, se recomienda vincular las prestaciones y salarios con la productividad de los mismos, siendo esta situación un estímulo importante para que el sistema en relación a la administración y atención por parte de médicos y enfermeras mejore en gran medida.

Como se pudo observar, aún queda un largo camino por recorrer para llegar a las metas trazadas, pero sobre todo en relación a lo establecido en la Constitución Política donde menciona que todo mexicano tiene derecho a recibir atención médica, contemplado en el artículo cuarto de la Carta Magna.

Por último, la transparencia y combate a la corrupción resultarán necesarios, ya que muchas de las negligencias presentadas dentro de los hospitales de las instituciones públicas se han dado a raíz del desvío de recursos o la mala administración que se ha tenido en los mismos, dejando a enfermos en sillas esperando una cama, aunque éstos se encuentren en un estado grave de salud.

Como cierre, es necesario replantear y tomar en cuenta todos los elementos mencionados a lo largo de este trabajo para poder tener herramientas claves y proponer una solución efectiva y con probabilidades de éxito en nuestro país; aunque el punto central es que los recursos se empleen bien para contar con los elementos necesarios para que se logre la Cobertura Universal.

Bibliografía

- 1) Amparán, G., Ortega, M. L. (2000). Manual sobre la clasificación funcional del gasto público. CIDE, México
- 2) Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), (2002) Principios de Seguridad Social. Tomo 1. Organización Internacional del Trabajo (OIT)
- 3) Ayala, J., (2002) Fundamentos Institucionales del Mercado. Facultad de Economía, UNAM. México
- 4) Ayala, J., (2005) Economía del Sector Público Mexicano. UNAM. Facultad de Economía, México
- 5) Cabrera Adame, Carlos Javier y Gutiérrez Lara Abelardo Aníbal (2011) La protección social en México. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Economía, México
- 6) Cortés, F., Hernández, D., Hernández, E., Székely, M., Vera, H., (2002) Evolución y características de la pobreza en México en la última década del Siglo XX. Serie de documentos de investigación, SEDESOL, México, D.F.
- 7) Cortés, F., De Oliveira, O., (2012) Los grandes problemas de México. Tomo 5. Desigualdad social. El Colegio de México A.C., México
- 8) Cuadrado Roura, J. R., (2000). Política económica. Objetivos e instrumentos. Editorial Mc Graw Hill. Segunda edición. Madrid.

- 9) Frenk, J. y O. Gómez Dantés, (2008) El Sistema de Salud de México. Nostra Ediciones, México D.F.
- 10) Gálvez, A., (2013) Sistema de Salud en México. Tesina de Licenciatura. México. Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México.
- 11) González, B., (2003) La seguridad social en el mundo. Siglo XXI Editores, México
- 12) IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), (1997) Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.
- 13) López, D., (2011) Los retos de la salud en México: Hacia la Universalización. (Comp. Cabrera, C.; Gutiérrez, A.) La Protección Social en México, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Economía, México
- 14) López, O. La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social? Un Estado y políticas sociales en el neoliberalismo (C. Laurell, ed.), pp. 183, México D.F. Fundación Elbert.
- 15) Mariñez, F., (2002) La política social en la transición mexicana. ITESM-Campus Monterrey, México
- 16) Narro, J., (1993) La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. Fondo de Cultura Económica, México
- 17) North, D., (1991) Institutions, Institutional Change and Economic Performance, Cambridge University Press, Cambridge.

- 18) North, D., (1993) Desempeño económico en el transcurso de los años. Conferencia de Douglass C. North en Estocolmo, Suecia, el 9 de diciembre de 1993 al recibir el Premio Nobel de Ciencias Económicas.
- 19) OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos), (2012) México: Mejores Políticas para un Desarrollo Incluyente. OCDE. México, D.F.
- 20) Poder Ejecutivo Federal. (1995) Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
- 21) Poder Ejecutivo Federal. (2001) Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
- 22) Poder Ejecutivo Federal. (2007) Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
- 23) Poder Ejecutivo Federal. (1994) Programa Nacional de Salud 1990-1994. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
- 24) Poder Ejecutivo Federal. (2001) Programa Nacional de Salud 2000-2006. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
- 25) Poder Ejecutivo Federal. (2007) Programa Nacional de Salud 2006-2012. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
- 26) Poder Legislativo. (2008) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados. México, D.F.
- 27) Programa de Reforma del Sector Salud. (1995) Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Poder Ejecutivo Federal. México, D.F.
- 28) Rosen, H. S., (2008). Hacienda pública. McGraw-Hill.
- 29) Ruiz, A., (1997) Nuevo Derecho de la Seguridad Social. Editorial Porrúa, México.

- 30) Ruiz, N., (2000) La política social en México hacia el fin de siglo. Instituto Nacional de Administración Pública, A.C., México
- 31) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2000) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2000. SHCP. México, D.F.
- 32) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2001) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2001. SHCP. México, D.F.
- 33) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2002) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2002. SHCP. México, D.F.
- 34) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2003) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2003. SHCP. México, D.F.
- 35) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2004) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2004. SHCP. México, D.F.
- 36) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2005) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2005. SHCP. México, D.F.
- 37) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2006) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2006. SHCP. México, D.F.
- 38) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2007) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2007. SHCP. México, D.F.
- 39) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2008) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2008. SHCP. México, D.F.

- 40) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2009) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2009. SHCP. México, D.F.
- 41) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2010) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2010. SHCP. México, D.F.
- 42) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2011) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2011. SHCP. México, D.F.
- 43) Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2012) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, 2012. SHCP. México, D.F.
- 44) Sistema de Protección Social en Salud, (2012) Informe de Resultados Enero-Junio 2012. Secretaría de Salud, México
- 45) Sistema de Protección Social en Salud (2013) Informe de Resultados Seguro Popular, 2013. Secretaría de Salud, México
- 46) Tetreault, V., (2012) La política social y los programas para combatir la pobreza en México ¿Oportunidad para quiénes? Estudios críticos del desarrollo, Vol. II, No. 2, Primer semestre de 2012. México, D.F.

Páginas Web

- **Banco Mundial**

<http://datos.bancomundial.org/>

Fecha de consulta: Agosto 2013

- **Comisión Nacional de Protección Social en Salud**

<http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>

Fecha de consulta: Mayo 2013

- **El Seguro Popular (SPS)**

http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326

Fecha de consulta: Mayo 2013

- **Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)**

http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e

Fecha de consulta: Agosto 2013

- **Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal (SINAIS)**

<http://www.sinais.salud.gob.mx/>

Fecha de consulta: Septiembre 2013

- **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)**

<http://www.imss.gob.mx/instituto/historia/index.htm>

Fecha de Consulta: Agosto 2013

- **Organización Internacional del Trabajo (OIT)**

<http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>

Fecha de consulta: Marzo 2013

- **Organización Mundial de la Salud (OMS)**

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

Fecha de consulta: Mayo 2013

- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)**

<http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>

Fecha de consulta: Febrero 2012

- **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)**

<http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/historia>

Fecha de consulta: Agosto 2013

- **Diccionario de la Real Academia Española**

<http://lema.rae.es/drae/?val=Gasto>

Fecha de consulta: Septiembre 2013

- **Centro de Estudios de Finanzas Públicas**

<http://www.cefp.gob.mx/>

Fecha de Consulta: Agosto 2013

Anexo Estadístico

Gasto Público Total (2000-2012)

Año	Gasto Público Total
2000	1,248,157.20
2001	1,311,669.80
2002	1,459,951.10
2003	1,648,243.10
2004	1,792,296.70
2005	1,958,012.10
2006	2,255,221.30
2007	2,482,503.50
2008	2,872,608.40
2009	3,088,876.82
2010	3,333,948.37
2011	3,631,315.94
2012	3,920,304.95

Unidad de medida: Millones de pesos a precios corrientes

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco de Información Económica (BIE) del INEGI.

Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)

México: Clasificación funcional del Gasto, 2000-2012

Año	(Millones de pesos corrientes)				(Porcentaje del PIB)			
	Gasto Programable	Desarrollo Social	Desarrollo Económico	Gobierno	Gasto Programable	Desarrollo Social	Desarrollo Económico	Gobierno
2000	855,286.0	519,239.9	220,468.8	115,577.3	13.46	8.17	3.47	1.82
2001	937,213.9	580,502.0	242,615.9	114,096.0	14.13	8.75	3.66	1.72
2002	1,078,860.3	642,629.7	316,726.7	119,504.1	15.83	9.43	4.65	1.75
2003	1,241,853.2	695,595.2	378,912.9	167,345.1	16.44	9.21	5.01	2.21
2004	1,326,952.4	773,600.2	401,321.8	152,030.4	15.47	9.02	4.68	1.77
2005	1,477,368.1	868,713.2	459,009.7	149,645.3	15.97	9.39	4.96	1.62
2006	1,671,174.6	988,368.9	505,899.5	176,906.3	16.10	9.52	4.87	1.70
2007	1,911,320.8	1,135,628.7	570,511.4	205,180.7	16.88	10.03	5.04	1.81
2008	2,229,154.6	1,326,539.7	690,359.3	212,255.6	18.30	10.89	5.67	1.74
2009	2,459,609.7	1,333,971.2	908,623.2	217,015.3	20.60	11.17	7.61	1.82
2010	2,640,625.2	1,476,862.2	930,323.2	233,439.8	20.17	11.28	7.11	1.78
2011	2,884,915.8	1,636,605.9	984,892.9	263,417.0	20.11	11.41	6.87	1.84
2012	2,869,583.0	1,661,339.3	936,788.5	271,455.2	18.68	10.81	6.10	1.77

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas.

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

México: Clasificación funcional del Gasto, 2000-2012

Año	(Millones de pesos corrientes)					
	Gasto Programable	Desarrollo Social	Educación	Salud	Seguridad Social	Otros
2000	855,286.00	519,239.90	207,006.40	122,041.60	123,398.00	66,793.90
2001	937,213.91	580,502.00	235,127.20	135,483.30	128,913.80	80,977.70
2002	1,078,860.30	642,629.70	259,588.90	132,878.70	159,980.90	90,181.20
2003	1,241,853.30	695,595.20	268,871.00	174,462.10	145,527.60	106,734.50
2004	1,326,952.40	773,600.20	288,718.70	182,323.40	169,128.20	133,429.90
2005	1,477,368.08	868,713.16	320,872.56	223,536.20	176,410.20	147,894.20
2006	1,671,174.63	988,368.85	356,955.55	247,166.10	202,590.00	181,657.20
2007	1,911,320.80	1,135,628.70	392,852.60	276,650.10	244,364.70	221,761.30
2008	2,229,154.50	1,326,539.70	432,446.10	293,798.50	338,483.40	261,811.70
2009	2,459,609.70	1,333,971.20	465,684.60	333,826.60	294,116.50	240,343.50
2010	2,640,625.20	1,476,862.20	496,782.80	356,223.60	337,612.80	286,243.00
2011	2,884,915.80	1,636,605.90	539,177.30	400,369.70	386,932.20	310,126.70
2012	2,869,583.00	1,661,339.30	515,196.40	418,797.70	481,495.90	245,849.30

Nota: En el concepto "Otros" para el periodo 2000-2002 contempla los rubros "Laboral", "Abasto y Asistencia Social", y "Desarrollo Regional y Urbano".

Nota 2: En el concepto "Otros" para el periodo 2003-2011 contempla los rubros "Urbanización, Vivienda y Desarrollo Regional", "Agua Potable y Alcantarillado", y "Asistencia Social".

Nota 3: En el concepto "Otros" para el año 2012 se contemplan los rubros "Protección Ambiental", "Vivienda y Servicios a la Comunidad", "Recreación, Cultura y Otras Manifestaciones Sociales", y "Otros Asuntos Sociales".

Fuente: Elaboración propia en base a cifras del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

México: Clasificación funcional del Gasto, 2000-2012

Año	Desarrollo Social como Porcentaje del Gasto Programable					
	Gasto Programable	Desarrollo Social	Educación	Salud	Seguridad Social	Otros
2000	100	60.71	24.20	14.27	14.43	7.81
2001	100	61.94	25.09	14.46	13.76	8.64
2002	100	59.57	24.06	12.32	14.83	8.36
2003	100	56.01	21.65	14.05	11.72	8.59
2004	100	58.30	21.76	13.74	12.75	10.06
2005	100	58.80	21.72	15.13	11.94	10.01
2006	100	59.14	21.36	14.79	12.12	10.87
2007	100	59.42	20.55	14.47	12.79	11.60
2008	100	59.51	19.40	13.18	15.18	11.74
2009	100	54.24	18.93	13.57	11.96	9.77
2010	100	55.93	18.81	13.49	12.79	10.84
2011	100	56.73	18.69	13.88	13.41	10.75
2012	100	57.89	17.95	14.59	16.78	8.57

Nota: En el concepto "Otros" para el periodo 2000-2002 contempla los rubros "Laboral", "Abasto y Asistencia Social", y "Desarrollo Regional y Urbano".

Nota 2: En el concepto "Otros" para el periodo 2003-2011 contempla los rubros "Urbanización, Vivienda y Desarrollo Regional", "Agua Potable y Alcantarillado",

y "Asistencia Social".

Nota 3: En el concepto "Otros" para el año 2012 se contemplan los rubros "Protección Ambiental", "Vivienda y Servicios a la Comunidad",

"Recreación, Cultura y Otras Manifestaciones Sociales", y "Otros Asuntos Sociales".

Fuente: Elaboración propia en base a cifras del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

México: Clasificación funcional del Gasto, 2000-2012

Año	Participación Porcentual de los Rubros de la Función de Desarrollo Social				
	Desarrollo Social	Educación	Salud	Seguridad Social	Otros
2000	100.00	39.87	23.50	23.77	12.86
2001	100.00	40.50	23.34	22.21	13.95
2002	100.00	40.39	20.68	24.89	14.03
2003	100.00	38.65	25.08	20.92	15.34
2004	100.00	37.32	23.57	21.86	17.25
2005	100.00	36.94	25.73	20.31	17.02
2006	100.00	36.12	25.01	20.50	18.38
2007	100.00	34.59	24.36	21.52	19.53
2008	100.00	32.60	22.15	25.52	19.74
2009	100.00	34.91	25.03	22.05	18.02
2010	100.00	33.64	24.12	22.86	19.38
2011	100.00	32.94	24.46	23.64	18.95
2012	100.00	31.01	25.21	28.98	14.80

Nota: En el concepto "Otros" para el periodo 2000-2002 contempla los rubros "Laboral", "Abasto y Asistencia Social", y "Desarrollo Regional y Urbano".

Nota 2: En el concepto "Otros" para el periodo 2003-2011 contempla los rubros "Urbanización, Vivienda y Desarrollo Regional", "Agua Potable y Alcantarillado",

y "Asistencia Social".

Nota 3: En el concepto "Otros" para el año 2012 se contemplan los rubros "Protección Ambiental", "Vivienda y Servicios a la Comunidad",

"Recreación, Cultura y Otras Manifestaciones Sociales", y "Otros Asuntos Sociales".

Fuente: Elaboración propia en base a cifras del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

Gasto Público en Salud 2000-2012 (Millones de pesos corrientes)

Ramo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total	135,148.09	147,724.07	141,772.72	179,984.92	190,468.43	220,307.16	241,586.01
Ramo 12 Salud	14,666.49	16,677.24	20,127.35	19,744.74	23,694.03	31,502.93	39,497.63
Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	22,775.50	25,336.70	27,588.10	31,434.70	34,484.30	38,015.80	40,598.80
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	79,096.14	84,282.20	71,250.64	101,970.70	104,162.24	119,254.88	127,283.97
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE)	12,552.95	14,353.62	15,062.52	17,863.14	18,939.83	21,230.77	22,947.97
Petróleos Mexicanos (PEMEX)	4,397.71	5,137.39	5,648.80	6,731.17	6,999.56	7,715.77	8,319.06
Ramo 13 Secretaría de Marina (SEMAR)	n.d.	n.d.	164.84	164.84	190.80	524.74	612.51
Ramo 07 Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)	1,659.29	1,936.93	1,930.48	2,075.62	1,997.66	2,062.27	2,326.06

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2000-2012 y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012.

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

**Gasto Público en Salud 2000-2012 (Millones de pesos)
Continuación**

Ramo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	273,012.54	299,606.84	331,164.78	359,011.68	402,790.19	441,514.98
Ramo 12 Salud	50,997.82	67,328.18	78,381.50	84,203.79	96,855.31	109,281.51
Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	44,231.10	47,689.90	49,741.80	53,096.80	59,627.80	66,292.50
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	134,924.56	137,960.02	152,047.57	165,120.76	179,428.27	198,530.76
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE)	29,912.80	32,005.33	35,177.68	39,511.12	48,089.07	46,128.64
Petróleos Mexicanos (PEMEX)	9,150.33	10,308.54	10,563.53	10,626.03	11,600.12	12,436.83
Ramo 13 Secretaría de Marina (SEMAR)	784.62	903.40	1,169.82	1,327.02	1,536.07	1,727.22
Ramo 07 Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)	3,011.31	3,411.47	4,082.88	5,126.16	5,653.55	7,117.51

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2000-2012 y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012.

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

Gasto Público en Salud 2000-2012 (Porcentajes)

Ramo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	100.00							
Ramo 12 Salud	10.85	11.29	14.20	10.97	12.44	14.30	16.35	18.68
Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	16.85	17.15	19.46	17.47	18.10	17.26	16.81	16.20
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	58.53	57.05	50.26	56.66	54.69	54.13	52.69	49.42
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE)	9.29	9.72	10.62	9.92	9.94	9.64	9.50	10.96
Petróleos Mexicanos (PEMEX)	3.25	3.48	3.98	3.74	3.67	3.50	3.44	3.35
Ramo 13 Secretaría de Marina (SEMAR)			0.12	0.09	0.10	0.24	0.25	0.29
Ramo 07 Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)	1.23	1.31	1.36	1.15	1.05	0.94	0.96	1.10

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2000-2012 y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012.

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

**Gasto Público en Salud 2000-2012 (Porcentajes)
Continuación**

Ramo	2008	2009	2010	2011	2012
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Ramo 12 Salud	22.47	23.67	23.45	24.05	24.75
Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)	15.92	15.02	14.79	14.80	15.01
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	46.05	45.91	45.99	44.55	44.97
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE)	10.68	10.62	11.01	11.94	10.45
Petróleos Mexicanos (PEMEX)	3.44	3.19	2.96	2.88	2.82
Ramo 13 Secretaría de Marina (SEMAR)	0.30	0.35	0.37	0.38	0.39
Ramo 07 Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)	1.14	1.23	1.43	1.40	1.61

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2000-2012 y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012.

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

Índice de Desarrollo Humano: Esperanza de Vida al Nacer 2000-2012

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Francia	78.96	79.06	79.26	79.26	80.16	80.11	80.51	80.81
Colombia	71.00	71.27	71.53	71.79	72.04	72.28	72.52	72.75
México	74.27	74.52	74.76	75.00	75.25	75.50	75.75	76.00

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial y el Informe Sobre Desarrollo Humano 2013.

**Índice de Desarrollo Humano: Esperanza de Vida al Nacer 2000-2012
Continuación**

País	2008	2009	2010	2011	2012
Francia	80.87	81.07	81.37	81.67	80.1
Colombia	72.98	73.21	73.43	73.64	73.9
México	76.24	76.47	76.68	76.89	77.1

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial y el Informe Sobre Desarrollo Humano 2013.

Índice de Esperanza de Vida 2000-2012

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Francia	0.93	0.93	0.93	0.93	0.95	0.95	0.95	0.96
Colombia	0.80	0.81	0.81	0.81	0.82	0.82	0.83	0.83
México	0.85	0.86	0.86	0.86	0.87	0.87	0.88	0.88

*Nota: Los datos máximos se tomaron de la Esperanza de Vida de Japón (83.6) para el año 2012, así como los mínimos que son establecidos en la metodología del cálculo del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2013.
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial y el Informe Sobre Desarrollo Humano 2013.*

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

**Índice de Esperanza de Vida 2000-2012
Continuación**

País	2008	2009	2010	2011	2012
Francia	0.96	0.96	0.96	0.97	0.94
Colombia	0.83	0.84	0.84	0.84	0.85
México	0.88	0.89	0.89	0.89	0.90

Nota: Los datos máximos se tomaron de la Esperanza de Vida de Japón (83.6) para el año 2012, así como los mínimos que son establecidos en la metodología del cálculo del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2013.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial y el Informe Sobre Desarrollo Humano 2013.

Gasto Seguro Popular 2004-2012 (Millones de Pesos Corrientes)

Ramo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ramo 12 Salud	14,666.49	16,677.24	20,127.35	19,744.74	23,694.03	31,502.93	39,497.63
Desarrollo Social	519,239.90	580,502.00	642,629.70	695,595.20	773,600.20	868,713.16	988,368.85
Seguro Popular					4,434.00	8,742.50	17,283.80

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Seguro Popular y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

Gasto Seguro Popular 2004-2012 (Millones de Pesos Corrientes)
Continuación

Ramo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ramo 12 Salud	50,997.82	67,328.18	78,381.50	84,203.79	96,855.31	109,281.51
Desarrollo Social	1,135,628.70	1,326,539.70	1,333,971.20	1,476,862.20	1,636,605.90	1,661,339.30
Seguro Popular	26,320.80	34,603.20	43,509.30	47,844.00	59,618.40	67,576.30

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Seguro Popular y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012

Gasto Seguro Popular 2004-2012 como porcentaje del Ramo 12 Salud (%)

Ramo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ramo 12 Salud	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Seguro Popular					18.71	27.75	43.76

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Seguro Popular y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

Gasto Seguro Popular 2004-2012 como porcentaje del Ramo 12 Salud (%)
Continuación

Ramo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ramo 12 Salud	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Seguro Popular	51.61	51.39	55.51	56.82	61.55	61.84

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Seguro Popular y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012

Gasto Seguro Popular 2004-2012 como porcentaje del Gasto en Desarrollo Social (%)

Ramo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Desarrollo Social	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Seguro Popular					0.57	1.01	1.75

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Seguro Popular y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

Gasto Seguro Popular 2004-2012 como porcentaje del Gasto en Desarrollo Social (%)
Continuación

Ramo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Desarrollo Social	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Seguro Popular	2.32	2.61	3.26	3.24	3.64	4.07

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Seguro Popular y Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012

Afiliación Histórica al Seguro Popular 2004-2012 (Acumulada)
Millones de Personas

Año	Afiliados	Variación Absoluta	Variación (%)
2004	5.3		
2005	11.4	6.1	115.09
2006	15.7	4.3	37.72
2007	21.8	6.1	38.85
2008	27.2	5.4	24.77
2009	31.1	3.9	14.34
2010	43.5	12.4	39.87
2011	51.8	8.3	19.08
2012	52.9	1.1	2.12

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe de Resultados del Seguro Popular 2013

**Cuota Familiar Según Decil de Ingreso 2007-2012
(Pesos)**

Decil de Ingreso	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
II	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
III	688.09	713.96	714.00	0.0	0.0	0.0
IV	1,349.31	1,400.04	1,400.00	0.0	0.0	0.0
V	1,999.78	2,074.97	2,075.00	2,075.00	2,075.00	2,075.00
VI	2,730.88	2,833.56	2,833.60	2,833.60	2,833.60	2,833.60
VII	3,515.74	3,647.93	3,647.90	3,647.90	3,647.90	3,647.90
VIII	5,445.62	5,650.38	5,650.40	5,650.40	5,650.40	5,650.40
IX	7,426.50	7,518.97	7,519.00	7,519.00	7,519.00	7,519.00
X	10,966.52	11,378.86	11,378.90	11,378.90	11,378.90	11,378.90

Fuente: Elaboración propia en base a datos de los Informes de Resultados 2007-2012

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

**Gasto Público en Salud por Habitante 2000-2010
(Dólares)**

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil	172	186	166	186	202	205	219	239	251	273	...
Cuba	165	175	179	183	187	282	301	451	489	543	477
Chile	178	189	193	196	196	202	208	231	265	316	314
México	158	163	165	177	171	195	200	210	208	225	227
Argentina	223	216	167	172	184	211	229	261	296	358	...

Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

Población derechohabiente IMSS e ISSSTE 2000-2013
(Miles de Personas)

Año	Población Total	Total Derechohabiente	IMSS	ISSSTE
2000	100,895,800	55,119,571	45,053,710	10,065,861
2001	102,122,300	54,955,507	44,718,984	10,236,523
2002	103,417,900	55,661,035	45,351,546	10,309,489
2003	104,719,900	51,871,453	41,519,135	10,352,318
2004	105,951,600	53,468,928	43,006,225	10,462,703
2005	107,151,000	55,139,875	44,531,666	10,608,209
2006	108,408,800	57,434,849	46,635,901	10,798,948
2007	109,787,400	59,631,419	48,650,488	10,980,931
2008	111,299,000	60,210,450	48,909,706	11,300,744
2009	112,852,600	60,723,793	49,134,310	11,589,483
2010	114,255,600	64,303,440	52,310,086	11,993,354
2011	115,682,900	67,113,126	54,906,396	12,206,730
2012	117,053,700	69,925,506	57,475,897	12,449,609

Fuente: Elaboración propia en base a Informe de Gobierno 2013, Anuario Estadístico ISSSTE y Estadísticas Históricas IMSS.

Población derechohabiente IMSS e ISSSTE 2000-2013
(Porcentaje de la Población Total)

Año	Población Total	Total Derechohabiente	IMSS	ISSSTE
2000	100	54.63	44.65	9.98
2001	100	53.81	43.79	10.02
2002	100	53.82	43.85	9.97
2003	100	49.53	39.65	9.89
2004	100	50.47	40.59	9.87
2005	100	51.46	41.56	9.90
2006	100	52.98	43.02	9.96
2007	100	54.32	44.31	10.00
2008	100	54.10	43.94	10.15
2009	100	53.81	43.54	10.27
2010	100	56.28	45.78	10.50
2011	100	58.01	47.46	10.55
2012	100	59.74	49.10	10.64

Fuente: Elaboración propia en base a Informe de Gobierno 2013, Anuario Estadístico ISSSTE y Estadísticas Históricas IMSS.

**Población derechohabiente IMSS e ISSSTE 2000-2013
(Porcentaje del Total Derechohabiente)**

Año	Total	IMSS	ISSSTE
2000	100.00	81.74	18.26
2001	100.00	81.37	18.63
2002	100.00	81.48	18.52
2003	100.00	80.04	19.96
2004	100.00	80.43	19.57
2005	100.00	80.76	19.24
2006	100.00	81.20	18.80
2007	100.00	81.59	18.41
2008	100.00	81.23	18.77
2009	100.00	80.91	19.09
2010	100.00	81.35	18.65
2011	100.00	81.81	18.19
2012	100.00	82.20	17.80

Fuente: Elaboración propia en base a Informe de Gobierno 2013, Anuario Estadístico ISSSTE y Estadísticas Históricas IMSS.

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

Cotizantes del IMSS e ISSSTE (2000-2010)

Año	PEA	Miles de persona			% respecto a la PEA		
		Total	IMSS	ISSSTE	Total	IMSS	ISSSTE
2000	39,152	14,744	12,407	2,337	37.7	31.7	6
2001	39,425	14,283	11,914	2,369	36.2	30.2	6
2002	40,085	14,374	12,001	2,373	35.9	29.9	5.9
2003	40,866	14,358	11,991	2,367	35.1	29.3	5.8
2004	41,962	14,749	12,967	1,782	35.1	29.5	5.6
2005	42,698	15,365	12,967	2,398	36	30.4	5.6
2006	43,915	15,998	13,573	2,425	36.4	30.9	5.5
2007	44,712	16,672	14,182	2,490	37.3	31.7	5.6
2008	45,318	16,658	14,116	2,542	36.8	31.1	5.7
2009	46,199	16,469	13,887	2,582	35.6	30.1	5.5
2010	46,663	17,284	14,673	2,611	37	31.4	5.6

Fuente: Elaboración propia en base a anuarios estadísticos ISSSTE, Estadísticas Históricas IMSS y Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009 del INEGI.

**Análisis del Sector Salud en México:
Universalización o retos por superar (2000-2012)**

**Propuesta de Reforma
(Miles de Personas y Millones de Pesos)**

Año	Población Total	Gasto Público Total en Salud	Gasto per cápita (Pesos)
2000	100,895,800	135,148.09	1,339.48
2001	102,122,300	147,724.07	1,446.54
2002	103,417,900	141,772.72	1,370.87
2003	104,719,900	179,984.92	1,718.73
2004	105,951,600	190,468.43	1,797.69
2005	107,151,000	220,307.16	2,056.04
2006	108,408,800	241,586.01	2,228.47
2007	109,787,400	273,012.54	2,486.74
2008	111,299,000	299,606.84	2,691.91
2009	112,852,600	331,164.78	2,934.49
2010	114,255,600	359,011.68	3,142.18
2011	115,682,900	402,790.19	3,481.85
2012	117,053,700	441,514.98	3,771.90

Fuente: Elaboración propia en base a la Comisión Nacional de Población (CONAPO), Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2000-2012.