



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

MAESTRÍA EN GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS

TESIS

El Seguro Popular como herramienta para alcanzar la universalidad de los servicios de salud (2006-2012)

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS

PRESENTA: ALEJANDRA PAULINA AMEZCUA GUERRERO

TUTOR: DR. CARLOS WELTI CHANES

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES

MÉXICO, D. F., OCTUBRE, 2015



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.

- *Escribir es algo difícil es como el boxeo requiere perseverancia y condición, y es al mismo tiempo una labor personal y con mucha soledad -*

H.Q

-...en el trabajo literario uno siempre está solo, como un naufrago en medio del mar. Sí, es el oficio más solitario del mundo. Nadie puede ayudarle a uno a escribir lo que está escribiendo.

Gabriel García Márquez

Dedico esta obra a mis padres a quienes tanto amo y tanto apoyo me han dado

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres por el apoyo en esta nueva etapa, por las enseñanzas de vida y el amor incondicional que siempre me han dado.

A mi tutor Carlos Welti Chanes por la paciencia, comprensión y apoyo en esta investigación, porque escribir requiere tiempo paciencia y serenidad.

A mis lectores: Fiorella Mancini por sus consejos, correcciones, paciencia y enseñanzas; Mario Luis Fuentes por contagiarme de la preocupación de la cuestión social; Pedro Humberto Moreno y Carlos Hernández por lo grandes consejos y reflexiones entorno a la salud.

A Joel por todo el apoyo, comprensión, cariño y por acompañarme en el último jalón de orejas.

A mis compañeros y amigos de la maestría, que recorrimos este camino juntos Miriam, Anahí, Nataly, Ernesto, Ángel, Jesús y Mario

Por todas aquéllas personas que con sus sabias palabras, correcciones y aventuras hicieron posible este trabajo, Norma, Alejandro, Jessica, Paola y Brenda.

Agradezco a CONACYT por concederme una beca de excelencia que me permitiera culminar este trabajo.

Acrónimos y Abreviaturas 6

Introducción 7

Capítulo I. La protección a la salud como derecho humano y sus determinantes sociales.

15

Del riesgo y enfermedad, al trabajo y ciudadanía. 17

1.1 Riesgo, enfermedad y seguridad. 17

1.2. Características de los Estados de bienestar y sus modelos de protección 20

1.3. Enfoque de derechos y ciudadanía 24

Sobre la protección social, acceso y cobertura universal de la salud 29

1.4. Debate sobre el aseguramiento individual y cobertura universal 29

1.5. Determinantes sociales de la salud y protección social 34

Consideraciones finales 37

Capítulo II. Antecedentes y contexto del proceso del derecho a la salud en México. 39

La influencia internacional en el cambio de paradigma 39

2.1. Las reformas estructurales en América Latina 39

Desde la política social y la seguridad social a los programas sociales condicionados 43

2.2. Hacia la construcción de la seguridad social en México 43

2.3. El cambio de paradigma en la política social y el surgimiento de programas condicionados 47

Mercantilización de los servicios de salud: creación del Seguro Popular 53

2.4. Fundamento de la cobertura universal y protección social individual 53

2.5. El derecho a la salud y la titularidad de derechos 55

2.6. Coaliciones académicas y preparación para la reforma 56

2.7. La reforma a la Ley General de Salud en 2003 60

2.8. Implementación y efectos del Sistema de Protección Social en Salud 68

Consideraciones finales 75

Capítulo III. El acceso a los servicios de salud en el Seguro Popular 77

Los perfiles del Seguro Popular 78

3.1. Beneficiarios 78

Cobertura de servicios personales 80

Características demográficas de los afiliados 81

<i>Sexo de los Beneficiarios</i>	84
<i>Edad de los Beneficiarios</i>	85
<i>Integrantes de los hogares</i>	88
<i>Jefatura de los hogares</i>	91
<i>Hablantes de lengua indígena</i>	92
3.2. Características sociales de los beneficiarios	95
<i>Nivel educativo</i>	95
<i>Condición de Actividad</i>	99
<i>Fuentes de ingresos</i>	102
<i>Beneficiarios de otros programas</i>	105
3.3. Localización de beneficiarios	106
<i>Nivel de Marginación</i>	110
3.4. Utilización de los Servicios	113
<i>Consulta externa y medicina ambulatoria</i>	116
<i>Hospitalización</i>	123
<i>Percepción de los servicios</i>	129
3.5 Pago directo de los servicios de salud (Gasto de bolsillo)	130
3.6. Oferta médica frente a la utilización de los Servicios	137
3.7 Inversión en salud y cifras más recientes	139
<i>Consideraciones Finales</i>	141
Conclusiones	144
Bibliografía	151
ANEXO A - Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES (VIGENTE)	158
ANEXO B - Apéndice Metodológico	173
<i>Operacionalización de conceptos</i>	173
<i>Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012</i>	175
<i>El procesamiento de los datos</i>	176
Anexo C - Tablas complementarias	181
Lista de Cuadros, Tablas y Gráficos	185

Acrónimos y Abreviaturas

ASE	Aportación Solidaria Estatal
ASF	Aportación Solidaria Federal
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CS	Cuota Social
DIF	Sistema de Desarrollo Integral de la Familia
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
FPSS	Fondo de Protección Social en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
ISSSTE	Instituto de Servicios Sociales y Salud de los Trabajadores al Servicio del Estado
LGS	Ley General de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PNEA	Población No Económicamente Activa
REPSS	Régimen de Protección Social en Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud

Introducción

A partir de los años ochenta comenzó un periodo de transición para México, la implementación de reformas estructurales a nivel internacional sugeridas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, tuvieron efectos principalmente en la economía del país, en la reducción del gasto público, apertura al exterior, la desaparición de empresas paraestatales y el incremento de impuestos para disminuir el déficit fiscal con el argumento de buscar e impulsar el crecimiento económico, lograr mayor estabilidad en los precios y fomentar la competencia. (Tello, 2010:244)

Algunos efectos se dieron de manera inmediata con las reformas, y algunas otras fueron de manera paulatina, sin embargo, los resultados mostraron un bajo crecimiento económico, marcando *la desigualdad de la distribución de la riqueza y del ingreso*, la marginación y la vulnerabilidad principalmente en el sector primario de la economía (la agricultura y la industria), desempleo y *crecimiento de la informalidad en el mercado de trabajo y migración a Estados Unidos*. (Tello, 2010:249) En este sentido, los años posteriores a las reformas continuaron impactando en la economía del país, al igual que en un sector de la población sumiéndolo en una carencia de servicios, alimentación, vivienda, empleo y salud.

La creación de un mercado de bienes y servicios con poca regulación estatal, llevaron al abandono de programas gubernamentales de reducción de la pobreza (como Coplamar) y a la creación de otros programas para atender a grupos vulnerables de manera focalizada como el Programa Nacional de Solidaridad en 1988 (Pronasol), con la finalidad del mejoramiento de las condiciones de la población mediante *el desarrollo de programas de bienestar social e infraestructura* en comunidades establecidas y en condiciones extremas; después con la creación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa y después llamado Oportunidades en el año 2000) se estableció un esquema de transferencias de recursos a un sector de la población en extrema pobreza, focalizando los apoyos de manera individual, a diferencia de los apoyos anteriores orientados a las comunidades y grupos. (Tello, 2010:264-270)

Mientras que el combate a la desigualdad y a la pobreza se realizaba mediante la implementación de programas específicos que en palabras de Tello “sólo promovían la desigualdad en la dis-

tribución del ingreso y provocaban mayor pobreza” (2010:272), para el sistema de seguridad social no fue la excepción, se implementaron estrategias de descentralización en el sector durante 1989-1993 bajo el eje rector de la Secretaría de Salud (Kumate, 1994:157) que permitirían tomar sus propias decisiones operativas a las agencias denominadas Sistemas Estatales de Salud (Brachet-Márquez, 2010:358), sin embargo, el resultado de esta práctica provocó resistencia de los principales institutos de seguridad social, aunado a la situación precaria del gasto social que sólo provocó el encarecimiento de los servicios de salud y baja calidad de los mismos perjudicando a la población abierta (Brachet-Márquez, 2010:360)

Los cambios en el sector continuaron con la implementación de reformas que consistieron en la separación de las prestaciones sociales como pensiones y jubilaciones de los seguros de salud y demás condiciones; las principales fueron en 1997 al Instituto Mexicano del Seguro Social y en 2010 al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (Moreno, 2014) provocando cambios en el sector que mantendría una preocupación por la salud de manera individual.

Mientras el sistema de seguridad social atendía al sector formal de la economía con aseguramiento en salud y otras prestaciones laborales, la población abierta únicamente era protegida por las entidades de salud estatales. En este sentido, INEGI menciona que para el año 2000 se tenían 55.5 millones de personas sin seguridad social, es decir, sin protección social y que no podían satisfacer sus necesidades mínimas como alimentación vivienda, educación, y entre ellas el acceso a los servicios de salud sumiéndolos aún más en la pobreza.

La dificultad de lograr la universalidad en el acceso a los servicios de salud se origina en un sistema de salud segmentado donde se ofrecen bienes y servicios para diferentes necesidades, estándares de calidad y bajo distintas condiciones, estimulando la desigualdad. (Tello, 2010:294) Ante la problemática de una población abierta sin protección a la salud y vulnerable, se optó por la creación de medidas de protección individual. El diseño de este nuevo modelo de aseguramiento cumplió con los objetivos, recomendaciones y requisitos internacionales propuestos por diferentes organismos de desarrollo por medio de una las principales reformas en el sector salud en el país. Ésta introduciría la visión de *la protección social* como un sistema de seguro voluntario y

pago anticipado de servicios para la población que no tuviera ninguna otra posibilidad de acceso de cuidado a la salud incluyendo a los más vulnerables, a través del Seguro Popular.

Este nuevo modelo tendría una estructura tripartita de financiamiento, dos fuentes públicas, (una federal y otra estatal) y una con las aportaciones de cada familia y brindaría protección a través de una póliza familiar bajo las condiciones de un catálogo de padecimientos. Uno de los grandes principios del Seguro Popular sería combatir la desigualdad sanitaria y la inequidad en los servicios de salud por medio de la protección de la población abierta sin seguridad social, éste fue impulsado desde el año 2002 – con el Seguro Popular como prueba piloto - y se consolidó a través de diferentes reformas en el sector y estrategias implementadas en los últimos cuatro sexenios desde 1988 a 2006 que culminaron en la reorganización de los servicios de salud.

El Seguro Popular entraría bajo la configuración del nuevo Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) considerado en un apartado en la reforma a la Ley General de Salud realizada en el año 2004 posicionándolo como un modelo de aseguramiento individual con una meta específica para el año 2012: la afiliación de más de la mitad de la población sin seguridad social y sin servicios de salud, que para el año 2000 representaba sólo el 40 por ciento de la población total (39, 120, 682 de personas de un total de 97, 483, 412) (INEGI, 2000). Sin duda la creación de mecanismos de aseguramiento de más de la mitad de la población resultó ser una prioridad y compromiso para el gobierno siguiente en 2006 y ello fue materializado con la reforma de salud y el SPSS.

Desde el comienzo de la implementación del Seguro Popular y a lo largo de 9 años se han realizado diversos estudios mostrando los efectos de ésta política, uno de los más importantes en torno al impacto del seguro fue realizado por un grupo de especialistas comandados por King (et al., 2009) en la Universidad de Harvard, los cuales investigaron sobre el impacto en el gasto de bolsillo de las personas y en el acceso de los servicios de salud de los beneficiarios de este seguro. El estudio “La encuesta de evaluación de impacto del Seguro Popular” (SPIES por sus siglas en inglés) obtuvo como resultados que si bien el programa produce beneficios significativos en los gastos de salud de las personas (y otros que no son de salud), no se encontraron efectos en la uti-

lización de los servicios, en la salud de las personas o en los gastos en medicamentos. (Barofsky, 2011:5)

De igual manera, Barofsky utilizando la información de King (et al., 2009) y del SPIES, realiza una investigación utilizando múltiples categorías que permitieran analizar el impacto del SP en la salud de las personas, reducción del gasto en salud, reducción del riesgo y mejoramiento en la oferta de empleo. Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que el impacto sobre los recursos destinados al gasto en salud fueron mínimos y sobre todo que la utilización de los servicios no aumentó y no tuvo ningún tipo de impacto en la salud de las personas. (2011:17) Estos resultados resultan importantes dentro del análisis del seguro generando múltiples opiniones.

Por otra parte, el estudio de evaluación de costo-efectividad del Seguro Popular realizado por el Centro de Investigaciones y Docencia Económicas (CIDE) muestra que la disminución del gasto del bolsillo se ha visto reducida debido al aumento de la cobertura por el seguro, sin embargo, no se visualiza un aumento en el uso de los servicios de salud, ni en la salud de los beneficiarios. (Miranda et al., 2012)

En general, múltiples opiniones sobre el tipo de aseguramiento individual operado por medio de fondos como lo hace el Seguro Popular se han mostrado tanto a favor como en contra de éste. El análisis de Laurell (2011, 2008), menciona que la implementación de esta política generó un nuevo segmento dentro de la población en el sistema de salud existente, ya que afiliados al seguro gozan de beneficios distintos que el resto de la población que se atiende en las mismas unidades de salud y con el mismo personal, excluyendo aún más a la población abierta.

Así los estudios previos y entorno al Seguro Popular han sido relacionados al gasto de bolsillo, a la salud de las personas, utilización de los servicios y la cobertura, teniendo opiniones en contraste y que han marcado una nueva discusión respecto al aseguramiento individual y la universalidad de los servicios en nuestro país.

Por otro lado, el análisis de algunos registros administrativos del SPSS se han orientado hacia el cumplimiento de la incorporación de la población abierta al sistema, es decir en términos de afiliación, por lo que los esfuerzos por incrementar los beneficiarios dejaron de lado la reorganiza-

ción del sistema y todas aquellas fallas provenientes de los diferentes puntos de acceso a los servicios, los distintos beneficios para cada sector de la población y el debate sobre la universalidad de un sistema que generaría, en el mediano y largo plazo, una fragmentación más acentuada en el sistema y una mayor dispersión en el acceso a la salud en México.

Bajo estas primeras consideraciones, en este trabajo se plantea una pregunta general de investigación: ¿hasta qué punto el Seguro Popular es una herramienta para alcanzar la universalidad en la provisión de servicios de salud? o dicho en otros términos ¿cuáles son las condiciones o los factores que inhiben y favorecen un acceso universal a los servicios de salud? Para ello, primero habría que responder una cuestión nodal: ¿qué significa y por qué importa la universalidad? Evidentemente, para poder responder esta pregunta es preciso partir de un enfoque de derechos que considere una visión integral de la salud como un derecho humano universal, de ciudadanos, y sin ningún tipo de condicionamientos. A su vez, este enfoque de derechos debería complementarse con la perspectiva de la protección a la salud que desarrolla la Organización Mundial de la Salud (2010) a partir de la cual, la promoción y protección del bienestar físico, mental y social de las personas debe realizarse bajo esquemas de acceso y cobertura universal a servicios integrales de salud¹.

A partir del marco teórico basado en el enfoque de derechos y de la protección a la salud, la principal hipótesis de esta investigación plantea que la posibilidad de universalidad de los servicios de salud depende del acceso efectivo y de la cobertura de dichos servicios que, a su vez, éstos dependen de las condiciones económicas de un país, de su capacidad institucional, de la disponibilidad de infraestructura o recursos humanos existentes y, finalmente, de las características demográficas de la población en términos de su estructura y dinámica. En el caso específico del Seguro Popular, dicha hipótesis se traduciría en que, a pesar de que este modelo reconoce la protección de la salud como derecho de las personas y la única condición para su ejercicio es la ciudadanía, no deja de ser una política focalizada que no cumple con condiciones mínimas que

¹ El enfoque de la protección a la salud sugiere, además, que para la implementación de cualquier sistema de servicios de salud se debería tomar en cuenta el contexto económico, político y social de cada país, en la medida en que la salud depende de numerosos factores políticos y organizacionales y, sobre todo, del régimen de bienestar que cada país concibe como regulador de la vida social, el nivel de desarrollo y las condiciones demográficas.

puedan llevar a la universalidad en la prestación de servicios de salud, ni en términos de acceso efectivo ni en cobertura de los mismos.

Para dar cuenta de esta hipótesis de trabajo se retoma en el *capítulo uno*, la naturaleza del riesgo y la creación de los seguros como protección a los bienes, el trabajo, la vida humana, familiares y dependientes, al igual que la salud. Esto da origen a la estructura de los diferentes modelos de aseguramiento los cuales presentan diferentes características de acuerdo al contexto social que describe Esping-Andersen (1990). El *régimen conservador* con una figura del Estado fuerte y modelos de protección orientados a un sector de la población, principalmente asalariados. En este régimen se dieron origen los seguros sociales que se esparció por países europeos con algunas modificaciones de acuerdo con sus características poblacionales.

Bajo el *régimen liberal* los modelos de protección se vieron influenciados por la apertura económica y antiproteccionista que permitiera un mercado amplio de bienes y servicios entre ellos la protección a la salud y otro tipo de aseguramientos individuales, dejando de lado a sectores de la población que sin poder acceder a este mercado se volvieron vulnerables y objeto de políticas sociales.

El régimen *socialdemócrata* se refiere a un enfoque hecho por socialistas y reformistas sobre la protección basada en los derechos mínimos, independiente del mercado y criticando al régimen liberal.

Así, por medio de una revisión y análisis teórico de los modelos se pueden identificar las características de la protección a la salud que se adaptan a las diferentes sociedades. El debate internacional sobre la creación de nuevos modelos que incluyen nuevos determinantes para la salud han tenido como común denominador el enfoque de derechos y de ciudadanía, por lo que la protección universal de la salud como un derecho humano se ha convertido en prioridad en muchos gobiernos y entre ellos México, lo que los ha llevado a la implementación de reformas sanitarias.

En segundo lugar, después del soporte teórico sobre la protección a la salud y los diferentes modelos, en el *capítulo dos* se realiza una contextualización de la protección, desde un recorrido his-

tórico breve sobre la influencia de ciertas reformas en México y la construcción de la seguridad social culminando en nuevas estrategias y reformas que implementaron políticas focalizadas.

Como parte de la descripción del problema se realiza una descripción contextual de la creación y el funcionamiento del Seguro Popular, se describe el tipo de modelo de protección a la salud al que éste responde fundamentado en una política focalizada con esquema tripartito de financiamiento y con una población objetivo. Desde su creación como programa piloto en 2002 el propósito del seguro fue la afiliación de la población abierta, es decir, aquéllos que no eran derechohabientes a la seguridad social, por lo que se preparó la evidencia suficiente que culminaría en una reforma a la Ley General de Salud en 2004 introduciendo el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que incluyó al resto de las entidades federativas y diferentes estrategias de protección entre ellas el Seguro Popular.

También en este apartado se hace una revisión breve sobre algunos estudios realizados en torno al diseño del modelo y la implementación del seguro en los primeros años, los cuales buscaban tener resultados favorables en la población abierta; de igual manera, la percepción del seguro entre los usuarios y los resultados obtenidos a lo largo de 9 años de implementación.

Finalmente, en el *capítulo tres* se describen bajo qué condiciones se da la cobertura y el acceso a los servicios de salud en el Seguro Popular. Ello se realiza mediante un análisis de los servicios y beneficios proporcionados a los afiliados al Seguro Popular a partir de una gran diversidad de fuentes de información: los registros administrativos de la Secretaría de Salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que brindan un parámetro; los Informes de Resultados 2012 del Seguro Popular; los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 y; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Tomados en conjunto, estos datos permiten analizar las condiciones económicas, institucionales y demográficas de los beneficiarios y también su comparación con los asegurados de otros esquemas de aseguramiento y - sobre todo - de la población que aún no tiene ningún tipo de afiliación.

Algunos resultados obtenidos de este análisis muestran que los afiliados al Seguro Popular son un sector de la población vulnerable y en riesgo, especialmente en el caso de las mujeres, los niños y

niñas que viven en zonas más marginadas del país y, que a su vez cuentan con las infraestructuras más débiles en materia de salud.

Otro hallazgo interesante está relacionado con el tipo de utilización de los servicios por parte de los beneficiarios quienes mostraron, en general, un escaso uso de ellos. De un total de 43, 267, 914 afiliados (ENSANUT, 2012), sólo poco más cinco millones (tanto en consulta externa y ambulatoria con 3, 974, 081 y en hospitalización 1, 833, 812 de acuerdo con ENSANUT, 2012) reportaron haber utilizado el Seguro Popular, el resto de la población afiliada no lo utilizó porque no lo necesitaba, por falta de ingresos o limitantes de la póliza por medio del catálogo de enfermedades (CAUSES).

Los avances en términos de afiliación han sido contundentes, ya que han llevado a la población abierta a la titularidad del derecho a la salud por medio de una póliza que los hace acreedores a una protección de enfermedades cubiertas por un catálogo específico y por un fondo de gastos catastróficos, sin embargo, en términos de acceso efectivo las limitantes de infraestructura, calidad de los servicios, carencias de recursos materiales, humanos entre otros y el bajo impacto en el gasto de bolsillo de los afiliados, demuestran las deficiencias del Seguro Popular.

Las carencias en otras áreas relacionadas con la salud y el acceso a los servicios, se le suman “otros problemas de desnutrición, insuficiencia de agua potable, drenaje inadecuado, aire impuro y deplorable condiciones de muchas de las viviendas, [por lo que] todavía se está lejos de romper el círculo pobreza-enfermedad-pobreza” (Tello, 2010:283), es así como, los determinantes de un Sistema Nacional de Salud con calidad y respeto a la protección de la salud dependen de muchos otros factores en los que se puede incidir.

Así, mediante la revisión de los tipos de modelos de aseguramiento y los datos proporcionados por la diversidad de fuentes de datos empleadas del presente trabajo, es posible visualizar –y analizar- grandes deficiencias operativas del Seguro Popular, entre ellas, las que son provocadas por ser una política focalizada que se encuentra lejos de constituirse en una herramienta factible y realista para acceder a la universalidad de los servicios de salud. En ese sentido, si bien las intenciones de este tipo de políticas pretenden reducir las inequidades sociales y sanitarias, los hallazgos de la investigación señalan resultados contrarios y ambiguos.

Capítulo I. La protección a la salud como derecho humano y sus determinantes sociales.

En este capítulo se aborda el sustento teórico del proyecto, es decir el trasfondo sobre la protección a la salud como un derecho humano y el ejercicio de ésta es determinado por ciertos factores de la estructura social que influyen en la vida de las personas. La salud es considerada como el bienestar físico, mental y social de los individuos y es reconocida por la mayoría de los países como un derecho universal (principalmente aquéllos adheridos a la Organización Mundial de la Salud), el cual tiene que ser procurado y cuidado, razón por la cual su protección forma parte de una responsabilidad y compromiso de la sociedad. Esto explica los rasgos característicos de los mecanismos de acción de los gobiernos por protegerla.

La protección a la salud ha generado históricamente un debate extenso sobre cómo debe de concebirse, quiénes son responsables de su cuidado y quién debe pagar por los servicios que se brindan, lo que conlleva una al ámbito de las responsabilidades del cuidado de la salud, ya sea el público o el privado.

El significado y percepción de la salud ha cambiado y a su vez ha sido asociado con diferentes concepciones como una visión tradicional asociada con la manifestación de la enfermedad, es decir, la ausencia de algún padecimiento y la aceptación de los riesgos “naturales” que tienen las personas al enfrentar un daño en la salud. También la salud se ha influenciado de la visión contemporánea con una percepción individual y a su vez colectiva de la protección de la salud como acción que permite evitar las enfermedades en una persona y a su vez a la comunidad. Si bien no es objetivo de este trabajo presentar una evolución del concepto de la salud y del bienestar a lo largo de la historia, sí es importante resaltar que conforme la humanidad avanzó en el conocimiento de las causas de las enfermedades y su cuidado, se crearon nuevos mecanismos de protección tanto como una preocupación individual como colectiva, persistente para los seres humanos como parte de la búsqueda de su bienestar y su felicidad.²

² Desde Aristóteles en su escrito de *Metafísica*, entendía la importancia de la salud como parte del equilibrio y la procuración del cuerpo para llegar a la felicidad. Diversas culturas y autores exploraron no sólo la importancia del estado físico y mental de las personas, sino también la importancia de la profesión médica como parte esencial en el desarrollo y cuidado de las personas, véase el planteamiento de Michel Foucault en *El Nacimiento de la Clínica* (1963)

Aunque la salud y el bienestar de las personas dependen de muchos factores ambientales, culturales, económicos y políticos existen una serie de condiciones o factores individuales que la afectan, ya que son el producto de la interacción con el ambiente, como el desempeño de una actividad, el empleo y las relaciones que establecen con otros individuos, tanto de manera directa como indirecta. Esto quiere decir que los factores que influyen en la salud de las personas son numerosos y diversos y por cierto, cada vez más complejos. Esta es una de las razones por las que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la salud como *el estado de completo bienestar físico, mental y social*, como un conjunto de factores que califican el estado de salud de las personas influenciado por diferentes factores económicos, políticos y culturales.

En la actualidad, el reconocimiento de la salud de las personas es vista como una condición que involucra una responsabilidad individual que está acompañada no sólo de los especialistas y los cuerpos médicos, sino también involucra otros actores que hacen posible su protección, como los administradores, farmacéuticas, y sobre todo de la comunidad. En este sentido, uno de los precursores en incluir y ver la salud desde una visión colectiva, fue Charles E. Winslow, quien percibió a la salud pública como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental, por medio de los esfuerzos organizados de la comunidad”(1920:23), así la importancia de la acción colectiva para mantenerla y mejorarla y reconoce la influencia de diversos factores del ambiente social en la salud de los individuos y en la sanidad de las ciudades.

El compromiso por la salud de las personas y la sanidad de las comunidades, siempre fue preocupación de los gobiernos, en la medida que la salud puede llegar a ser una condición esencial para el desarrollo de la sociedad. Su reconocimiento llevó a la implementación de acciones que se reflejan desde la perspectiva institucional en la creación de los códigos sanitarios para el enfrentamiento de enfermedades y en los que se ubican las estrategias de salud pública,³ esta concepción desemboca en la idea de que la salud de las personas es un derecho humano, cuyo ejercicio es responsabilidad de los gobiernos y por tanto la protección de la misma es su garantía.

³Para más información acerca de los códigos sanitarios véase Winslow, C. E. A. (1920) *The Untilled Fields of Public Health*, Science, N.S., Vol. 51

Del riesgo y enfermedad, al trabajo y ciudadanía.

1.1 Riesgo, enfermedad y seguridad.

Si la búsqueda de protección por sí misma es una cualidad innata de supervivencia del ser humano, también es parte de sí mismo proteger sus bienes, propiedades, seres queridos y por lo tanto su cuerpo y salud ante cualesquiera que sean las circunstancias, como el ambiente, la acción de otras personas y el propio comportamiento; podemos decir que la incertidumbre de cualquier acontecimiento que ponga en riesgo a las personas los lleva a la protección de éste o incluso prevenir que pase, así lo desconocido nos obliga a buscar la prevención para evitarlo, y a planear el futuro.

Si bien en la antigüedad el hombre enfrentaba la incertidumbre de muchas maneras y para generar un estado de tranquilidad recurría a la adivinación, a la intervención divina o incluso suponía que el conocimiento de condiciones cosmológicas que afectaban la vida cotidiana de los individuos le permitiría evitar las situaciones que le representaban un riesgo. La aceptación de sus limitaciones para conocer la realidad y por tanto, la dificultad de anticiparse a los peligros ha sido en gran parte el origen de la preocupación humana, por disminuir el costo de un evento catastrófico y generando los mecanismos legales para enfrentar este costo, dando lugar a la formación del seguro como contrato entre quienes ofrecen un servicio de protección económica ante una catástrofe y quien potencialmente puede enfrentarla; tal fue el caso de los seguros marítimos. (Luhmann, 2006:52-53).

La visión del riesgo no fue consolidada como tal si no hasta la época moderna, sin embargo, el significado de la situación de incertidumbre y la necesidad de protección sí era más que conocida. Luhmann al describir este concepto de la antigüedad se refirió a ella como “una decisión que, tal como se puede prever, se lamentará más tarde en el caso de que ocurra un daño que se esperaba evitar”(2006:55). Así la construcción de la idea de riesgo como fenómeno que debe asumirse socialmente, fue nutriéndose de la prevención del peligro y de la protección ante el posible daño que genere determinado evento.

Si bien el concepto de riesgo se ha visto influenciado por diferentes disciplinas y contextos, es importante mencionar que éste concepto está relacionado con el peligro, vulnerabilidad, catástrofe e incertidumbre hacia lo desconocido y sobre todo el futuro, por lo que la prevención de los acontecimientos llevaron a la creación de medidas que brindaran seguridad y protección (Rosanvallón, 1995).

Así el surgimiento del seguro se dio a manera de un contrato y medio de protección para enfrentar la pérdida de bienes materiales, ésta fue la medida para la protección ante ciertas inclemencias e infortunios de la vida y el ambiente; a mediados del siglo XVIII fue utilizado en el transporte marítimo y posteriormente aunque con cierta resistencia se aplicó a las personas, ya que pensar en adquirir un seguro obligaba a pensar en los riesgos de la vida cotidiana y responsabilizarse en el futuro. (Rosanvallón, 1995:18) La consolidación del seguro se daría décadas después asociado a sucesos como revoluciones y batallas (principalmente en Europa) que tuvieron efectos considerables en su población que además de grandes pérdidas de vidas humanas, significó pérdidas de bienes y daños en la infraestructura de las localidades, que llevarían a pensar en el principio de solidaridad y responsabilidad compartida.

Sin embargo, cuando el riesgo comenzó a asociarse a las personas se incluyó hablar del riesgo de una enfermedad o alguna incapacidad física, el cual se encuentra ligado estrechamente al modo de vida de las personas, a la utilización de su cuerpo, sus hábitos de alimentación e higiene, etcétera, por esta razón la creación del seguro obligaba no sólo a la previsión, también a estimar el grado de certidumbre ante los accidentes y padecimientos futuros, que a su vez llevarían a la planeación del futuro. Esta planeación conlleva medidas preventivas, con la finalidad de la preservación de un buen estado de salud para las personas.

La protección de las personas, el calculo del riesgo y la creación del seguro llevaron a su vez un sentido de responsabilidad por los problemas individuales y la vulnerabilidad de las personas, lo cuales fueron tratados por medio de los seguros, a diferencia de la preocupación por los problemas sociales que se encontraban en otro ámbito de acción como el estatal y que requerían de soluciones distintas, tal fue el caso de la asistencia como una ayuda y protección a los vulnerables.

La creación del seguro, fue concebida de manera individual como un contrato mercantil entre dos partes que podía contemplarse para la protección al empleo, inmuebles, contra accidentes, catástrofes naturales, salud, vejez e invalidez. En este sentido, Rosanvallón al describir la creación del seguro y la finalidad del mismo menciona que:

“la aplicación del seguro a los problemas sociales permitía salir de esas dificultades. Al pasar de la noción subjetiva de comportamiento y responsabilidad individual a la noción objetiva de riesgo, el seguro invitaba a mirar lo social de manera diferente. Permitía superar las contradicciones anteriores sobre la aplicación de los derechos sociales. El enfoque en términos de riesgo, en efecto, remite en primer lugar a una dimensión probabilística y estadística de lo social (el riesgo calculable) que permite relegar al segundo plano el juicio sobre los individuos. Cuando las situaciones se aprehenden en términos de riesgo, la cuestión de las culpas personales y de las actitudes individuales pasa a ser secundaria”(1995:23)

La conciencia y el reconocimiento de ciertos riesgos sociales, como los accidentes de trabajo y enfermedades, llevaron a la creación de seguros sociales que van más allá de la asistencia o protección al vulnerable y velan por la protección individual de sus ciudadanos, esto fue llevado bajo el contexto de un Estado protector que planificaba y también cumplía con el contrato de protección a sus ciudadanos a través del seguro que entró en vigor a finales del siglo XIX. (Rosanvallón, 1995:24)

La concepción del seguro social en Europa respondió a la necesidad de la previsión de infortúnios, accidentes de trabajo, invalidez y enfermedades, que pudieran experimentar los trabajadores. Este sirvió como instrumento de planificación para anticiparse a las necesidades de las personas que comprendía un contrato entre Estado y ciudadanos implicados en la actividad productiva, alejándose de la idea de asistencia como “*un socorro consentido*”.⁴

El nacimiento del seguro fue visto de una manera que tiene que ver con la protección individual, sin embargo, al momento del reconocimiento de las protecciones sociales se involucraron dos partes: una estatal que cumplía con un pacto o *contrato*⁵ y la otra con los ciudadanos que también

⁴Rosanvallón menciona que el seguro social al ser universalizado funciona como una mano invisible que produce seguridad y solidaridad sin que intervenga la buena voluntad de los hombres. Por construcción el seguro añade las poblaciones al hacer de cada uno la parte de un todo, hace así interdependientes a los individuos. (1995:24-26)

⁵ Hay que notar que para el Estado providencia “el principio implícito de justicia y solidaridad que se servía como su base, descansaba sobre la idea de que los riesgos estaban a la vez igualmente repartidos y eran de naturaleza ampliamente aleatoria”(Rosanvallón,1995:27)

cumplían con responsabilidades hacia éste mediante contribuciones; así el nacimiento de la seguridad social bajo un Estado protector o providencial no se daría hasta mediados del siglo XX.

1.2. Características de los Estados de bienestar y sus modelos de protección

El seguro fue creado en un contexto histórico específico de Estado protector o de providencia que prevaleció en Europa gran parte del siglo XIX y XX, éste fue un periodo influenciado por las guerras y el sentimiento nacionalista de protección y solidaridad, que a su vez marcaron la forma abordar las políticas sociales. De esta manera, el surgimiento de distintos regímenes de bienestar se adecuó al contexto de cada sociedad. Esping-Andersen (1990) en su libro *Three Worlds of Welfare Capitalism (Los tres mundos del estado de bienestar)* describe la transición de estos regímenes denominados como *conservador, liberal y socialdemócrata*.

En este sentido, el hablar de un régimen estatal implica conocer cómo se asume el riesgo, su visión sobre el seguro, la protección de sus individuos bajo esquemas políticos, económicos y sociales específicos, al igual que sus estrategias e instrumentos que permiten el actuar de las decisiones de gobierno y del bienestar de su población. En este sentido, el autor se refiere que *tanto los derechos sociales como la estratificación social están configurados por el nexo que existe entre Estado y mercado en el sistema de distribución.*(1990:4) Así tanto el papel del Estado, del mercado y de un núcleo principal de la sociedad como la familia interactúan de diferente manera que permiten el establecimiento de un régimen de bienestar distinto.

Ante la aparición de las guerras y revoluciones con inestabilidad económica y política, abrió paso al resurgimiento de ideas proteccionistas y de intervención estatal, al igual que la conservación de las clases, la fuerza de trabajo y ayuda a sectores más vulnerables,⁶ ya que un individuo siempre busca el medio de subsistencia independientemente del tipo de interacción que tenga el mercado y el Estado en el suministro de servicios.

En este libro, el autor se refiere a la desmercantilización como *el grado en el que los individuos o las familias pueden mantener un nivel de vida socialmente aceptable independientemente de su participación en el mer-*

⁶ Cuando habla sobre la mercantilización de la protección social menciona que “cuando la fuerza de trabajo se transformó también en una mercancía, se pudo en juego el derecho de la gente para sobrevivir fuera del mercado” por lo que se vuelven vulnerables, es decir, en riesgo. (Esping-Andersen, 1990:35)

cado(1990: 37), por lo que el Estado de bienestar tuvo que sobrellevar el conflicto entre el mercado e individuos.

Sin embargo, en el *régimen conservador* la mercantilización de los individuos el autor la describe como degradante ya que se encuentran subordinados a la figura del Estado y su bienestar, que favorecía una armonía entre clases, lealtad y productividad, se prevalecía el sentimiento nacionalista en estas sociedades llevaron a la creación de modelos de protección, tanto un modelo prominentemente feudal, un modelo corporativista y otro estatista.⁷

En un modelo feudal sobresalió el trabajo asalariado sin importar el bienestar de la personas y pocos beneficios sociales, a diferencia de un modelo corporativo, el cual se conformó por gremios, donde el trabajo asalariado fue esencial para el bienestar humano, y sobre todo para el *statu quo* donde la productividad del individuo formaba parte de la productividad del Estado.

Así, en el desarrollo de los beneficios sociales que compondrían los *seguros sociales* se esparcieron por los países europeos como el modelo alemán (impulsado por Bismarck en 1888) basado en las prestaciones sociales soportadas por las aportaciones y contribuciones individuales y de los gobiernos. Por otro lado, otro esquema bajo este mismo modelo de protección fue el modelo inglés (informe Beveridge en 1942) basado en la contribución generalizada, ambos esquemas, tanto el alemán como el inglés fueron creados bajo contextos de unificación estatal y solidaridad de posguerra que protegían a la fuerza de trabajo asalariada y demás derechos sociales, propios de la tradición estatista. Las características de la seguridad social contemplaron seguros de protección individual bajo una condición principal que era el mantenimiento y conservación de una relación laboral, al igual que un reconocimiento del derecho de bienestar por medio de una parte contractual, con cuotas y otro tipo de contribuciones monetarias tanto individuales como estatales por ese beneficio, incentivado por el empleo.

Así, las protecciones sociales al estar ligadas a la fuerza de trabajo no sólo contemplaron una *solución a la cuestión social*, en materia de protección a la vulnerabilidad de los individuos, sino también marcaron la consolidación de los derechos, elevar la productividad de los individuos y fortaleci-

⁷En este sentido menciona que “El modelo corporativo fue una de las primeras y más frecuentes respuestas a la mercantilización. Penetró claramente en las incipientes asociaciones fraternas de la clase trabajadora, ofreciendo un mundo de servicios y de protección reservado para sus miembros. No es sorprendente que estas asociaciones estuvieran dirigidas sobre todo a artesanos privilegiados”. (Esping-Andersen, 1990:39)

miento del régimen, En este sentido, Esping-Andersen menciona que *en la política social conservadora, la separación entre derechos y obligaciones es a menudo muy difusa.* (1990:41), ya que ambas partes son corresponsables del bienestar y consolidación del régimen.

La consolidación del Estado de bienestar se fundamentaba en el paternalismo que ejercía la empresa y el Estado mismo, ya que brindaba servicios sociales fuera del contrato para el trabajador de la empresa capitalista y sus familiares por medio de un seguro, así había un nexo y vínculo obligatorio entre beneficiario y fuerza de trabajo.

El régimen conservador se vio influenciado por el pensamiento *laissez-faire* de Adam Smith que veía al mercado como proveedor de bienes y servicios, el cual favorecía la competencia e intercambio con la mínima intervención estatal (1990:9), esto influenció el aumento de los seguros individuales altamente remunerativos y la mercantilización de los servicios.⁸ Sin embargo, estas prácticas también desfavorecieron los sectores vulnerables que se encontraban en mayor riesgo y fuera del intercambio capitalista.

El *régimen liberal de laissez-faire* contemplaba un papel débil del Estado dentro del mercado auto regulado, aunque también sostenía algún tipo de forma de protección social que era necesaria para mantener la fuerza productiva, esta protección sería parte de una preocupación individual, esto claro pensando en que todo individuo estaría inmerso en el mercado laboral y velaría por su propia protección, esto descuido de las políticas sociales minimizándolas. (1990:42)

Si bien el régimen liberal aprovechó los puntos débiles del modelo de protecciones sociales, ya que ante un modelo que únicamente protegía a los que mantenían una relación laboral y sus familiares directos, el sector de la población desprotegida iba en aumento llevándolos a la vulnerabilidad e incertidumbre, ya que no se encontraban bajo las mismas reglas del juego capitalista. En este sentido el régimen liberal tuvo que aceptar la inclusión de derechos sociales y las políticas sociales.

⁸ Esping-Andersen menciona que “las leyes para pobres de *laissez-faire*, al principio, parecían un caso extremo de pasividad gubernamental; sin embargo, detrás de esta fachada debemos reconocer la mano firme de una política social activa diseñada para establecer la hegemonía del mercado en la distribución del bienestar social”(1990:36)

Los puntos débiles del régimen liberal llevaron a los gobiernos a recurrir a mecanismos sociales de protección focalizadas y de asistencia, es decir, una ayuda para aquéllos que no pueden participar en el mercado⁹ bajo la incorporación de otros sectores de la población como grupos comunitarios, eclesiásticos y asociaciones familiares que intentarían resolver los problemas sociales. Así la asistencia fue concebida como una ayuda voluntaria en grupos sociales específicos, sin embargo, en algunos modelos liberales fue una ayuda negociada y contractual como es el caso de seguros individuales ofrecidos en el mercado, como es el caso de Estados Unidos.¹⁰ Esta situación desencadenaría problemas de carácter social sin solución que se esparcirían por ciertas naciones con sistemas similares, alejándose de la protección de la fuerza de trabajo productiva.

Las críticas y puntos débiles al régimen liberal llevaron a nuevos posicionamientos entre socialistas y reformistas (principalmente alemanes y austriacos) que dieron origen al *régimen socialdemócrata*, y llevarían no sólo a un mayor bienestar del trabajador, sino también del bienestar social. Tal fue el caso de la política social socialista que tomaba como base los derechos sociales mínimos bajo subsidios limitados, esto se vio como protecciones sociales básicas basadas en las necesidades humanas. (Esping-Andersen,1990:46)

El objetivo de las ideas socialistas era la desmercantilización del trabajador principalmente en su independencia ante el mercado, mediante una política social que reconociera los derechos mínimos y protegerlos para que éste se ocupara de actividades no relacionadas con el campo de trabajo, esto habla de una independencia del individuo; así Esping-Andersen lo llamó *maximizar e institucionalizar los derechos...y facilitar una desproletarización del status del trabajador*. (1990:47), es decir otra forma de introducir el enfoque de derechos y protección que mantuviera el papel del trabajador en el ámbito del mercado conservando sus derechos mínimos.

⁹ En una interpretación de Esping- Andersen hacia Titmuss (1974) menciona que la obligación pública [del Estado] empieza sólo donde falla el mercado: la lógica de la mercantilización tiene primacía. (1990:43)

¹⁰ Para Esping-Andersen la adaptación de la protección social por parte del liberalismo, en la práctica es mucho más elástica de lo que normalmente se piensa, precisamente porque bajo ciertas condiciones permite reforzar verdaderamente el status de mercancía del trabajo sin efectos sociales negativos. (1990:44)

1.3. Enfoque de derechos y ciudadanía

Si bien el contexto económico, político y social determina las características de protección social y al bienestar de las personas como se mostró anteriormente éstas varían en cada sociedad y régimen, sin embargo, algo que persiste en estas condiciones es el reconocimiento ante el riesgo y vulnerabilidad en la que se encuentran las personas, así como el derecho a la protección de la integridad, la vida y la salud de las mismas, ya fuera mediante la implementación de los seguros sociales o la asistencia de grupos vulnerables. Como se señaló en el apartado anterior, las luchas sociales y el contexto histórico desencadenaron un reconocimiento por los derechos civiles y sociales, un enfoque de derechos que plantea una visión integral del bienestar de la persona y sobre todo de su salud.

Históricamente los derechos se han plasmado en diversos documentos que aceptan la protección de riesgo de las personas, ya sea por sus bienes, su vida, libertad, igualdad, seguridad, etc., en un comienzo esto se realizó como una ayuda para limitar el poder absoluto e ilimitado de un soberano. Tal fue el caso francés que plasmó en la *Declaración de los Derechos del hombre y del Ciudadano* en 1789,¹¹ conjuntando la esencia de los derechos naturales inalienables y sagrados como la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión. Si bien el derecho de la protección a la vida y la salud no es mencionado en esta carta, sí marcó la pauta para que los gobiernos reconocieran y garantizaran el cumplimiento de estos derechos.

Sin embargo, en cada país el reconocimiento de los derechos fue de manera distinta, como bien en algunos países europeos de la posguerra se *convirtió en la clave de bóveda del derecho el principio de la no interferencia en los asuntos internos de los estados y puso las bases de poderosas nuevas instituciones internacionales* (Costas, 2006:317) y en algunos otros ayudó a reconocer el carácter de ciudadanía.¹²

En los países anglosajones como Australia y Estados Unidos se basaron los derechos en una necesidad única que se concede, que no puede eliminarse y ésta se demuestra por medio de la ciudadanía. Sin embargo, también se reconocieron otras condiciones de esos derechos, uno de ellos

¹¹ *Declaración de los Derechos del hombre y del Ciudadano* (1789) Consultado en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/22/pr/pr19.pdf> [03/06/2013]

¹² A nivel internacional el reconocimiento de los derechos permitió la legitimación tanto nacional como internacional de un país ante el orden posterior a la guerra.

fue la comprobación de los medios de vida, ingresos o una relación laboral (principalmente en el caso de los derechos sociales, como una pensión, jubilación y prestaciones suplementarias)¹³ para ser acreedores de estos derechos.

En el caso de Gran Bretaña, el informe Beveridge fue el más amplio documento en reconocer los derechos y necesidades sociales con una sola distinción, la ciudadanía o la residencia permanente en su territorio, éste fue escrito en 1942 y considerado pieza fundamental para la construcción del sistema de salud inglés.

Estos antecedentes internacionales marcaron el momento en que se reconocieron los derechos por los países, el cual se realizó en diferentes momentos y reservas, entre ellos uno de los más importantes, la ciudadanía que fue tomada de carácter *universal*, es decir, sin ningún tipo de distinción adquirida desde nacimiento. (Costas, 2006:318) De igual manera, de forma paralela al reconocimiento de libertades y protecciones de las personas se sumó la titularidad de esos derechos bajo las mismas condiciones, en otras palabras *se adscriben a clases de sujetos a quienes su titularidad corresponde en condiciones de igualdad*, es decir, que son las personas titulares de ese derecho las que pueden ejercerlos y reclamarlos, he ahí el carácter de universales y fundamentales.

Si bien los derechos humanos están concebidos de manera individual, por su titularidad de protección y libertad de ejercerlo, de acuerdo con Salazar Ugarte interpretando a Ferrajoli menciona que *los derechos sociales suelen tener una proyección colectiva (aunque la titularidad sea individual)¹⁴ ya que aspiran a lograr cierta igualdad sustancial y están inspirados por un sentido de solidaridad social* (2012:492). Esto hace que los derechos fundamentales sean considerados para todos sin distinción o excepción alguna, le da el carácter de igualdad y sobre todo en materia de derechos sociales, la protección a la salud se considera derecho innato, fundamental y universal.

Así lo que implica el respaldo de un derecho es el diseño de mecanismos que garanticen el cumplimiento de estos, ya sea mediante servicios o bienes prestados, y en el caso de los derechos so-

¹³ Esping- Andersen (1990) menciona que en algunos países donde existían aquéllos que no podían demostrar sus ingresos o medios de vida se crearon leyes de protección hacia los pobres y asistenciales, a diferencia de los países anglosajones donde persistió como única condición la ciudadanía.

¹⁴ Salazar Ugarte cuando hace la interpretación de Ferrajoli hacia los derechos fundamentales menciona que los derechos aspiran a lograr cierta igualdad sustancial y están inspirados por un sentido de solidaridad social. (2012:492)

ciales se plasman por medio de prestaciones que pueden ser una responsabilidad individual o involucrando al Estado. Los derechos sociales están fundados en una idea de igualdad que pretende evitar discriminaciones, *esto significa que la titularidad de los derechos debe otorgarse de manera universal e igualitaria, pero la garantía de los mismos debe antever a las diferencias que existen entre las personas* (Salazar Ugarte, 2012:493) esto representa no una obligación sino un compromiso del Estado, él cual crea mecanismos de acción y corresponsabilidad para el cumplimiento y protección de los mismos. Estos derechos implican la prestación de bienes y servicios, como la salud, educación, vivienda, empleo etc.¹⁵, es decir, que satisfacen necesidades básicas.

En 1948 la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*¹⁶ sólo contempló los derechos fundamentales entre los que se encuentran *el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona (Artículo 3)*, el derecho a la procuración o protección a la salud no se menciona, sin embargo, se insertarse en el derecho a la vida implicando una responsabilidad por su protección, ya que también se menciona como la búsqueda de un *nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar (Artículo 25)*, incluyendo la asistencia médica y los servicios sociales. De igual manera, se plasma en esta declaratoria el derecho a los seguros que le permitan a un individuo subsistir y tener protección mediante *el derecho a la seguridad social y la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para su dignidad (Artículo 22)*, que fueron nombrados más tarde como derechos económicos, sociales y culturales.¹⁷

La ratificación de documentos anteriores significaron un compromiso institucional y público no sólo para la tutela de los derechos, sino también para los mecanismos presupuestarios y administrativos que llevaron a garantizar el bienestar individual, físico, mental y social de las personas; estas medidas llevaron a la definición de cada país bajo cada una de sus características y su régimen económico y político.

¹⁵Prieto Sanchís, 2004 citado por Salazar Ugarte entiende por los derechos sociales *sólo derechos prestacionales en sentido estricto; esto es, aquéllos cuyo contenido obligatorio consiste en dar bienes o proporcionar servicios que, en principio, el sujeto titular podría obtener en el mercado si tuviera medios suficientes para ello. Aunque nada impide que tales prestaciones sean asumidas por particulares* (2012:493)

¹⁶ *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948) Consultado en: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=spn> [03/06/2013]

¹⁷ El Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales firmado en 1966 plasmó no sólo el derecho a la salud física y mental, si no también el derecho a la seguridad social o a un seguro, esto una vez más consolida la preocupación por el riesgo a la enfermedad y la necesidad de la protección de las personas de manera individual y colectiva. Consultado en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

Los esfuerzos para la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) marcaron la pauta sobre la importancia de la protección a la salud y la garantía de este derecho, desde el punto de vista individual como a la búsqueda de un tratamiento médico específico, elección de servicios y de personal médico, etc., al igual que el punto de vista colectivo como son servicios no personales, comunitarios y epidemiológicos. Estos elementos fueron plasmados en la constitución de dicho organismo, y en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud que fue realizada años más tarde en 1978, en ese momento se recalcó a la salud como derecho humano fundamental, y dependiente de la interacción de muchos sectores, donde *la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial*.¹⁸ Así el compromiso de las naciones por *cuidar la salud de sus pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas*.

La tutela del derecho a la salud involucra otro tipo de condiciones mínimas¹⁹ que se relacionan con el estado físico y mental de las personas, como son el acceso a servicios públicos y sanitarios, condiciones ambientales, alimentarias, culturales y educativas que permiten el pleno desarrollo y bienestar de las personas.. En este sentido, los esfuerzos por crear las condiciones básicas para el cuidado de la salud y para la atención médica fueron plasmadas en los documentos y organizaciones internacionales, que brindaron mayor importancia a la *atención primaria de salud*, la cual se denomina como el primer contacto con las personas, el primer nivel de atención que proporciona servicios básicos y ambulatorios, este nivel a su vez refleja las condiciones económicas, políticas y sociales mínimas que un país tiene y necesita para procurar la salud de sus habitantes.

Así, mientras el Estado contempla las condiciones mínimas para satisfacer las necesidades y demandas de su población, también vela por la protección y respeto de los derechos de sus ciudadanos. La conexión existente entre el derecho a la salud y la ciudadanía consiste no sólo en el reconocimiento del mismo, sino también incluye la posición de la persona frente a este derecho, ya

¹⁸ Informe de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud ALMA-ATA*, Ginebra, 1978 Consultado en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [03/06/2013]

¹⁹Existen determinantes básicos de la salud como Salazar Ugarte menciona estos incluyen a) acceso a agua potable y servicios sanitarios adecuados; b) alimentos seguros; c) nutrición y vivienda adecuada; d) condiciones laborales y ambientales saludables; e) información y educación relacionada con la salud; f) equidad de género. (2012:497)

que es titular y portable para ejercerlo y a su vez fortalece su figura de ciudadano o residente de un territorio, como parte de un contrato social. (Costas, 2006)²⁰

Sin embargo, el vínculo entre derechos sociales y ciudadanía también involucra cierto tipo de restricciones para el acceso a los mismos, ya que el ser ciudadano implica una titularidad de los derechos mismos y la facultad para demandarlos, excluyendo a las personas que no tienen esta figura de ciudadanía, es decir, que se excluyen a las personas que no pertenecen a ese Estado.

En este tema Salazar Ugarte (2012) menciona que el carácter de exclusión de los derechos para aquéllos que no son ciudadanos se convierte en un *privilegio jurídico y político* para quienes sí lo tienen, por lo tanto *al ser un privilegio de unos cuantos, se convierte en una categoría cerrada cuyos titulares, con toda probabilidad, se oponen a la ampliación de la titularidad de los derechos sociales a los no-ciudadanos por los costos y riesgos potenciales para su situación que ello implicaría.* (2012:501-502) Esto nos demuestra que el factor de discriminación y exclusión está determinado por otras condiciones económicas, políticas y sociales propias de cada país.

Así, la relación entre ciudadanía y protección de derechos persiste en este enfoque y sobre todo en cuanto a la protección de la salud se refiere; este enfoque nos lleva a pensar en la salud como derecho universal y fundamental de todo ser humano, donde su protección debe ser velada por las naciones, como parte de un pacto social que implica la responsabilidad pública de éste hacia su población, al igual que una responsabilidad individual, independientemente del carácter de ciudadanía de sus habitantes.

Los mecanismos que plantean cada una de las naciones por velar por ese derecho han formado parte del debate sobre el pago y los servicios salud, en especial sobre las condiciones básicas individuales y colectivas que se debe mantener para velar plenamente por la protección a la salud.

²⁰Para Costas el hablar de ciudadanía nos dice que el extranjero es el eslabón entre el hombre y el ciudadano. Somos humanos a través de la ciudadanía y la subjetividad está basada en ese eslabón, la diferencia entre el hombre universal y el ciudadano de un estado. Aquí la reflexión que los derechos de individuos se reconocen y se aceptan con el carácter de pertenencia a un Estado. (Costas, 2006:p316).

Sobre la protección social, acceso y cobertura universal de la salud

1.4. Debate sobre el aseguramiento individual y cobertura universal

Tras el reconocimiento del derecho a la salud por las naciones, el siguiente debate se orientó a los mecanismos y estrategias que harían válido este derechos, es decir, quién debe brindar los servicios y cómo deben de ser brindados para proteger la salud de las personas.

La discusión central sobre el suministro de los servicios de salud y sus condiciones ha sido llevada a conferencias internacionales que platearon tanto el compromiso de los gobiernos con la protección a la salud, así como la localización de los agentes proveedores de servicios de salud y aquéllos relacionados, ya fueran mecanismos de respuesta pública o privada y dependiendo de las condiciones políticas y económicas de cada país.

La cobertura y el acceso a los servicios de salud fue discutida y reconocida por los gobiernos como una prioridad en la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud* realizada por la OMS en 1978,²¹ donde se mencionó con frecuencia la *cobertura de la población*, la cual este evento la denominó como “la proporción que existe entre los servicios de asistencia sanitaria y el número de habitantes que han de ser atendidos”, es decir, que la cobertura debe tener una relación estrecha entre los servicios que se proporcionan o se ofertan y las personas que demandan estos servicios. En ésta conferencia también se hizo énfasis en la necesidad por satisfacer los servicios demandados y la utilización de los mismos.

Sin embargo, la cobertura y la utilización de los servicios no puede entenderse sin la *accesibilidad* a los servicios, la cual “supone el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional”,²² esto implica que en la satisfacción de servicios se involucran otros determinantes

²¹ Para más información de lo establecido en esta conferencia véase informe de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud ALMA-ATA*, Ginebra, (1978:67-68) Consultado en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [03/06/2013]

²² La conferencia también menciona estas características; por accesibilidad geográfica se entiende que la distancia, el tiempo necesario para recorrerla y los medios de transporte sean aceptables para la población. Accesibilidad financiera significa que, cualesquiera sean las formas de pago que se utilicen, los servicios están dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. Por accesibilidad cultural se entiende que los métodos técnicos y administrativos utilizados estén en consonancia con las pautas culturales de la comunidad. Por accesibilidad funcional se entiende la prestación permanente de asistencia adecuada a quienes la necesiten, y en cualquier momento que la necesiten, por conducto del grupo sanitario apropiado para ese fin. (OMS, 1978:68)

geográficos, sociales y económicos que permiten una cobertura en los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de cada población.

Si bien en esa conferencia se le dio importancia tanto a la cobertura como el acceso de los servicios, estos dependen de múltiples factores para ser brindados y atendidos, por lo que se hizo énfasis en la organización de los servicios que se brindaban mediante el esquema de un sistema de salud nacional bajo las condiciones de desarrollo de cada país, y de acuerdo con las características demográficas, sociales y culturales de cada régimen. La conferencia señaló la importancia en la organización y suministro de los servicios y la atención médica.

El suministro de los servicios médicos curativos, hospitalarios y de rehabilitación se enfrentan ante condiciones que dificultan la inclusión de esquemas de protección, si bien los servicios dependen del nivel de desarrollo y organización de los sistemas de salud de cada país desarrollado o en vías de desarrollo las carencias persisten modificando y reformando los modelos de protección.

Las reformas económicas principalmente en los años ochenta,²³ el proceso de desmercantilización-mercantilización de los servicios de salud involucraron actores que jugaban un papel entre proveedores y reguladores de los servicios, tanto dentro del mercado, como en la figura estatal, lo cuales se unían y colaboraron para diseñar nuevos mecanismos de protección. (Esping-Andersen, 1990)

Este debate fue llevado a nivel internacional en numerosos informes, conferencias y resoluciones, como fue el caso del documento emitido por el Banco Mundial *Invertir en Salud* (1993) que mencionaba la discusión y las tendencias por reformar los mecanismos de suministro de los servicios de salud y la operación de los sistemas de salud para superar las condiciones críticas de inestabilidad económica del pasado y así reorientarse hacia la inversión, desarrollo y crecimiento en todos los ámbitos, pero principalmente en el sector salud. (Banco Mundial, 1993)

²³ El Informe del Banco Mundial *Invertir en Salud* (1993:46) reconoce que durante ésta década muchos países se enfrentaron a problemas económicos que implicaron la implementación de medidas de estabilización y ajuste macroeconómico como reducción del gasto público, apertura de la economía a la competencia, liberalización de los precios y medidas microeconómicas e institucionales para sobrellevar los desequilibrios económicos y poder lograr así un crecimiento. El informe menciona muchas estrategias sobre cómo mejorar la inversión y gasto en el sector que deberían verse reflejadas en la salud de las personas, y por lo tanto también lo harían en sus economías

Los puntos planteados en este informe también se centraron en una reducción de los costos en el sector salud hacia programas eficaces y específicos, que fomentaran un entorno económico estable y deseable para la inversión y la competencia, esto por medio de medidas de ajuste económico para el crecimiento coordinadas y reguladas por una figura estatal vigilante del cumplimiento de estas normas.

La materialización de estas ideas se vieron reflejadas en países como Chile, Colombia, Kenia y Lesotho (incorporación de seguros individuales y fondos para la salud) que marcaron el rumbo de las políticas de salud y sobre todo en el suministro de los servicios para muchos otros países.²⁴ La incorporación de programas específicos y orientados hacia los pobres para superar la pobreza y desigualdad se realizó de manera focalizada y con una mínima participación del presupuesto general en salud, de acuerdo con la idea de reducción en el gasto del sector y la mínima intervención estatal.

De esta manera, el informe plantea como imprescindible el *reducir el desperdicio y la ineficiencia en los programas de salud estatales, y promover sistemas en virtud de los cuales las comunidades controlen y financien en mayor grado los servicios de salud esenciales*, (Banco Mundial, 1993:162) esto llevó a la preocupación de la salud como un asunto individual y mecanismos individuales por la protección de la misma.

Mientras se dio el auge de las medidas de aseguramiento individual y programas focalizados con el propósito del mejoramiento de la salud y reducción de la pobreza, estos crearon efectos que agrandaron la brecha de la desigualdad ya que eran selectivos, estos se realizaron por medio de reformas que coexistieron con los modelos de seguridad social, como fue el caso de Europa occidental.²⁵

²⁴ El informe menciona que para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud estatales, por medio de una combinación de descentralización, incentivos basados en el desempeño para los administradores y médicos clínicos, y sistemas conexos de capacitación y fomento de la gestión. El exponer al sector público a la competencia con los proveedores de servicios del sector privado puede ayudar a acelerar tales mejoras. Esto implica una apertura considerable hacia otros sectores alentando los seguros privados (Banco Mundial, 1993:6,12)

²⁵ Los modelos de la seguridad social en Europa persistieron, sin embargo estos se influenciaron por estos nuevos planteamientos sobre la apertura del mercado como proveedor de bienes y servicios, en algunos otros países que no contaban con un sistema de cobertura universal consolidado, las reformas generaron desigualdades económicas, agotamiento de recursos, fragmentación y segregación de acuerdo con las políticas implementadas basadas en el *cobro directo al usuario por los servicios de salud, un sistema de remuneración en función del desempeño, la separación de las funciones entre prestadores y usuarios... impulsadas por organizaciones internacionales, actores comerciales y grupos médicos que obtienen mayor poder gracia a ellas*. (OMS, 2010:95)

El conjunto de reformas orientadas al pago directo de los servicios de salud, no sólo llevaron a la segmentación de los sistemas de salud, sino también a la exclusión y empobrecimiento de sectores específicos de la población, que fueron orillados a una responsabilidad individual de los riesgos.²⁶

La tendencia de los programas selectivos de protección hacia sectores necesitados o vulnerables ocurrió de manera expansiva, principalmente en aquéllos países donde la población que se encontraba por debajo del umbral de la pobreza era mayor, esto a su vez desencadenó problemas financieros, ineficiencias administrativas, cobertura precaria, pagos irregulares, corrupción y fraudes, por lo que el debate se concentró en una cobertura y protección universal, lo que desembocó en nuevos informes realizados por la OMS.

Para el año 2000 la Organización Mundial de la Salud en su informe (*Informe Sobre la Salud en el Mundo, 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*) mencionó la importancia no sólo de los sistemas de salud, sino también de su organización, la mejora en su desempeño, en elevar la calidad de los servicios y de la salud de sus habitantes mediante el pago anticipado y la recaudación de ingresos.²⁷ Estos puntos críticos que los países necesitaban resolver en el sector salud llevaron a plantear lo los Objetivos de Desarrollo del Milenio que llevarían a establecer estrategias claras a cumplir en un corto, mediano y largo plazo.

El origen de la reestructuración de los sistemas de salud, al igual que de su organización fue desencadenado por la preocupación en la reducción de la pobreza aunado de una estrategia hacia un mayor crecimiento económico. Los esfuerzos por incluir a la salud en las agendas políticas se vieron materializados en las recomendaciones e informes realizados por estos organismos internacionales.²⁸ Sin embargo, los efectos de los programas focalizados y la mercantilización de la

²⁶ En referencia a las desigualdades sanitarias, la OMS menciona que la galopante mercantilización de la salud y la comercialización de la atención sanitaria tienen su origen en la creciente medicalización de las enfermedades humanas y sociales, y en las diferencias cada vez mayores y más contrastantes entre el escaso uso de los servicios que hacen los pobres y el exceso de uso de los ricos en todo el mundo. (OMS, 2010:95)

²⁷ Este informe se centra en el desempeño de los sistemas de salud, que son aquéllos que *abarcan todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud*. (OMS, 2000:6) Cada uno de ellos debe adoptar la rectoría del sistema estableciendo reglas del juego de todos los actores, así como vigilante de su cumplimiento.

²⁸ Como se ha notado en los diferentes informes a lo largo de las últimas décadas, ha sido la orientación hacia la organización de los servicios de salud, financiación, inversión y desarrollo económico para impulsar el sector salud, reducción de la pobreza y la desigualdad. La premisa de la Commission on Macroeconomics and Health en 2001, constaba que asegurando a las personas, en lo particular a los pobres se podría mejorar el estado de bienestar económico de las poblaciones en general y sobre todo en reducir la pobreza. (WHO, 2001:3)

atención a la salud fueron inesperados, ya que el control y regulación estatal sobre los servicios fue mínima creando una disparidad entre la población con protección a la salud y la población excluida.

Así fue como la OMS señaló los efectos y problemas a los que se enfrentaron los gobiernos en el sector salud, ya que fueron *consecuencias de mala gestión de los procesos de urbanización y globalización* [por lo que aceleraron] *la propagación de las enfermedades transmisibles a nivel mundial e incrementan la carga de trastornos crónicos y no transmisibles.*(OMS, 2008:xiii). Estas consecuencias también se debieron a las fallas producto de la mercantilización de los servicios llevadas a la individualización de los mismos, que desencadenó gastos elevados para los gobiernos y demostró que los sistemas de salud no se encontraban al margen de tantos cambios, descuidando la atención primaria²⁹ y sobre todo la salud de las personas.

De esta manera fue como la orientación del informe se llevó a un enfoque en la *protección social en salud y cobertura universal*, que implicó una reformulación en las políticas de salud hacia el suministro de servicios y una mayor protección de las personas, ya fuera por medio de seguros individuales, fondos o programas específicos que ayudarían a contrarrestar la estratificación social y una cobertura de las personas no aseguradas y excluidas por el sistema. Estas estrategias debían de realizarse de forma paulatina y gradual en los países.(OMS, 2008:xvii)³⁰

Así estas recomendaciones plantearon la preocupación por la salud de la población y aliviar las condiciones, la grave situación de desigualdad y pobreza que persistían en algunos países, por lo que una de las medidas fue la cobertura universal de servicios de salud, así las resoluciones que se dieron en los años siguientes incluyeron estrategias de reducción en el gasto del sector y la tendencia hacia el aseguramiento individual; éste último planteado originalmente por el informe *Invertir en Salud del Banco Mundial*, sin embargo, poco tiempo después también se incluyeron nue-

²⁹ La atención primaria de salud se trata de un modelo que prioriza la puesta en marcha de actuaciones adecuadas a nivel local y engloba un amplio espectro de determinantes sociales, manteniendo un equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención, por un lado, y la inversión en intervenciones curativas, por otro, y haciendo hincapié en la importancia del nivel primario de salud y en la existencia de niveles superiores de atención. (OMS, 2010:9)

³⁰ El informe sobre la salud en el mundo 2008 menciona que la atención primaria de salud, más necesaria que nunca (OMS), plantea la cobertura universal, basada en contribuciones preparadas recaudadas sobre la capacidad de pago y la utilización de fondos para garantizar los servicios disponibles y accesibles, sin recurrir al riesgo de gastos catastróficos. Si bien el fundamento de la cobertura universal preveía una ampliación de derechos de acceso y protección social para los ciudadanos, la amplitud de la cobertura debía de implementarse de manera progresiva hacia las personas no aseguradas.(OMS, 2008: 13,27,28)

vas estrategias orientadas a la mutualidad del riesgo dentro de la población y el prepago de la atención médica.³¹

La postura de la cobertura universal planteaba el combate a ciertas barreras que se encontraban en ciertos países: *la disponibilidad de los recursos* (acceso a servicios de salud), *dependencia excesiva de los pagos directos y uso ineficiente e inequitativo de los recursos económicos*. Estas limitantes fueron retomadas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2010* (OMS, 2010), el cual señala que el diseño financiero y estrategias que subsanaran la protección a los ciudadanos debían realizarse bajo *esquemas de acceso y cobertura universal* a servicios de salud, para así, brindar protección contra gastos catastróficos sin generar problemas financieros para los afectados y poder lograr una reducción en el gasto de salud que a su vez, pudiera desencadenar en servicios deficientes.

Algunos de los países que iniciaron sus reformas y estrategias bajo este enfoque y llegar a la cobertura universal fueron: China, Filipinas, Brasil, Costa Rica, Vietnam, (OMS, 2010) sin embargo, es importante mencionar que las características particulares en cada país fueron conformando una cobertura universal a la medida. Tal fue el caso de Vietnam que implementó modalidades de prepago y mancomunación de fondos dirigida a grupos vulnerables, principalmente para riesgos financieros, ya que existían otros factores que influenciaron los mecanismos de respuesta que brindaran cobertura universal de los servicios de salud y protección a esos grupos.

1.5. Determinantes sociales de la salud y protección social

Como se mencionó anteriormente, la salud de la población no sólo tiene implicaciones individuales sino también colectivas, ya que no sólo requiere una atención, cuidados y hábitos individuales, sino también requiere de esfuerzos comunitarios, que se encuentran fuera del alcance personal. Si bien las condiciones de un país y las sociedades influyen en la salud de las personas, otros factores intervienen de igual manera como el acceso a servicios públicos (agua, luz, gas, etc.), acceso a una educación básica, empleo remunerado, incluso la desigualdad de ingresos y por consecuencia la pobreza se convierten en condiciones que afectan el estado de salud de la población. Tal y como lo menciona la Comisión sobre determinantes sociales de la Salud en su

³¹ La resolución de la OMS 58.33 compromete a que cada uno de los Estados Miembros tendrían que velar por su sistema de financiación de la salud mediante el prepago de las contribuciones para la atención de salud, esto *con el objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud.* (OMS, 2005)

informe³² *esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad.* (OMS, 2009)

El objetivo de ese informe era definir las condiciones de vida y demás factores que influyen en la salud de las personas para así incidir en la inequidad sanitaria de los distintos grados de desarrollo que tienen los países. El origen de éste se dio tras los esfuerzos internacionales por establecer una cobertura universal de los servicios de salud eficaces y de calidad orientados a evitar las desigualdades sanitarias.

Como se señaló en los informes anteriores, a lo largo de una década se luchó por cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (propuestos en el año 2000), que planteaban la protección de la salud como derecho y estrategias de organización y financiamiento de los sistemas de salud y en específico de los servicios de salud, estos fueron enfrentándose a problemas de inequidad sanitaria, principalmente en países en desarrollo, cuestionándose sobre las condicionantes mínimas que influyen en la salud de las personas, razón por la cual se estableció la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

La comisión se enfocó en el estudio sobre las causas de la desigualdad sanitaria, mencionando a *la distribución desigual a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.* (OMS, 2010:1)³³ Estos fueron algunos de los factores que determinan la salud de las personas.

Las resoluciones emitidas estaban orientadas al *mejoramiento de las condiciones de vida* de las personas y reducción de las desigualdades, principalmente en educación, empleo y las condiciones de vivienda, en especial a las niñas y mujeres. Algunas otras mencionadas fueron: *luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos para combatir la inequidad sanitaria; medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.* Estas recomendaciones implicaron un

³² Ésta Comisión fue puesta en marcha en 2005 como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud en combatir las inequidades sanitarias con el fin de recabar datos científicos que permitieran ahondar en investigaciones y en formulaciones de políticas orientadas a ese objetivo.

³³ El informe menciona la importancia de la intervención e involucramiento de todos los poderes públicos, la sociedad civil, las comunidades locales y el sector empresarial, así como de foros y organismos internacionales en los determinantes sociales de la salud. (OMS, 2010: 1)

compromiso de los gobiernos mediante la participación de distintos poderes, tanto nacionales como locales y sociedad civil, por actuar e involucrarse tanto en la toma de decisiones, como en la regulación, coordinación y liderazgo del sector salud. (OMS, 2010:2-4)

Si bien el enfoque de la comisión está basado en el mejoramiento de las condiciones de vida y en la reducción de las desigualdades, también menciona factores como *el género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia* [que] *están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud*, y sobre todo en su bienestar individual y familiar, por lo que la incidencia en estos determinantes llevarían a elevar el nivel de protección de la salud de las personas, ahí yace la importancia de la cobertura y protección universal en salud. (OMS, 2010:8)³⁴

La incidencia sobre estos determinantes está influenciada por el concepto de la protección social definida según la comisión *como un fundamento en los procesos de gobernanza y transformación de los sistemas de salud, incluida la creación o el fortalecimiento de instituciones encargadas de promover la protección social en salud*,³⁵ la cual puede abarcar amplios beneficios entre ellos *la seguridad de un ingreso básico, el derecho a beneficios extrasalariales* (esto también contempla alimentación), al igual que acceso a servicios entre ellos *la atención sanitaria y educación, y protección y beneficios laborales* (tales como la licencia por maternidad, la licencia con remuneración y el servicio de guardería). (OMS, 2010:84)

Esta protección social contempla diferentes etapas a lo largo de la vida de un persona: desde la infancia, durante la vida laboral y en la vejez, incluso en situaciones específicas de enfermedad, discapacidad, pérdida de ingresos o empleo, es decir, una seguridad y certidumbre de bienestar individual,³⁶ ésta protección debe plantearse en términos de extensión universal incluyendo a aquéllos con empleos precarios, esto con la finalidad de reducir las desigualdades sanitarias y en

³⁴ El informe menciona que en aquellos lugares donde la protección y las prestaciones son parciales e inequitativas *no permiten instaurar sistemas de salud universal en nombre de la justicia social*. (OMS, 2010:8)

³⁵ La protección social incluye asistencia social y grupos vulnerables localizados, y *el aseguramiento individual* que implica un compromiso personal e inmiscuirse en el mercado de bienes y servicios y en algunos casos implica una corresponsabilidad entre el Estado y el individuo. (Resolución CD52.R11, OMS, 2013)

³⁶ Se menciona que debido a la carencia de protección de la seguridad social, los mecanismos de *protección social redistributivos* influyen notablemente en los niveles de pobreza, ya que esto les permite insertarse en el mercado laboral y productivo reflejándose en la salud de las personas. El informe menciona que *hay una correlación entre la existencia de un sistema de protección social universal y generoso, y una población más sana*. (OMS, 2010:7)

esencial los niveles de pobreza, ya que de acuerdo con la Comisión *existe una correlación entre un sistema de protección social universal y generoso, y una población más sana.*(OMS, 2010:7)³⁷

Sin embargo, la situación de desigualdad en muchos países segregó a la población que no tenía residencia definida o que eran inmigrantes, en situación de asilo o refugio, esto representó un factor de exclusión importante, por lo que la protección social también plantea ayudar a mitigar algunos efectos negativos productos de la globalización, *entre los que se cuenta la inseguridad económica provocada por la liberalización del comercio y las crisis macroeconómicas.* (OMS, 2010:86)

De esta manera, lo que implica la protección social es una orientación hacia la cobertura universal de servicios de calidad, sin preexistencias, fortaleciendo la idea de un derecho social reconocido y aceptado, más allá de una compasión y asistencia para poder mejorar *la cohesión social y la inclusión social* en los países. En algunos países como México, Brasil y Colombia fueron utilizados *criterios de condicionalidad para fomentar comportamientos específicos* como el uso de la atención médica o servicios educativos para recibir la protección social. (OMS, 2010:87-90)

Cuando estas estrategias de protección social y de cobertura universal se traducen en políticas y programas en beneficio de la población tienen un efecto benéfico o perjudicial en la salud de las personas, así como lo plantea el informe *una buena política pública puede tener efectos beneficiosos en la salud de forma inmediata y a largo plazo*, ahí la incidencia de promover la salud y el objetivo de la cobertura universal y de algunas estrategias restrictivas o condicionadas. (OMS, 2010:10)

Consideraciones finales

A lo largo de este capítulo se describieron las condiciones en las que se manifiesta el riesgo antes situaciones de vulnerabilidad y peligro, como la enfermedad y aquéllos que ocurren de manera imprevista y catastrófica, (en la actualidad pueden considerarse los desastres naturales, accidentes

³⁷ En este sentido el informe también menciona como prioridad el *aplicar políticas de protección social universal de amplio alcance o mejorar las existentes para que toda la población disfrute de un nivel de ingresos suficiente y pueda tener una vida sana*, que se refleje en la población, esto incluye a los sectores más vulnerables, como los desempleados, los que se encuentran en la informalidad, servicio doméstico o bajo asistencia. (OMS, 2010:8)

tecnológicos, epidemias),³⁸ así la creación de diferentes estrategias para mitigarlas y prevenirlas incorporaron a los seguros y protecciones sociales.

La concepción de la protección de la salud y prevención a la enfermedad se considera como un cambio de paradigma, donde esta relación salud-enfermedad fue sustituida por una asociación estrecha al empleo como una contraprestación de una relación laboral, esto se planteó en los diferentes modelos de protección de acuerdo al contexto de cada país.

Si bien el Estado y sus relaciones con el mercado y la sociedad no son lo único que explica este cambio de paradigma, los nuevos roles y actores involucrados en la salud han desencadenado nuevas estrategias y reformulaciones en la atención, tal fue el caso de la visión de derechos sociales reconocidos y universales.

En el marco de la actualidad las sociedades modernas se inclinan por una responsabilidad individual de su cuerpos, familiares, propiedades y demás bienes, por lo que la reducción de la incertidumbre se convierte en una corresponsabilidad entre el individuo, visto como ciudadano que respeta su acuerdo con el Estado bajo el cumplimiento de sus responsabilidades.

En este sentido, los cambios del contexto incorporaron nuevos riesgos y preocupaciones tanto por la salud como el bienestar de las personas, así la localización de otros determinantes sociales que influyen en la salud de manera directa y en las condiciones de vida. Los modelos de atención en la actualidad se orientan a una mercantilización de los servicios de salud bajo nuevos esquemas de protección y cobertura (tal es el caso de seguros individuales con fondos de protección de gastos catastróficos) que pretenden enfrentar la desigualdad en salud y los demás efectos de la pobreza mediante programas focalizados y aseguramientos individuales.

³⁸ A estos cambios se le suman los cambios tecnológicos en la medicina, en donde el conocimiento y características genéticas particulares desembocan en estrategias de protección de manera individual y específicas, donde el Estado de bienestar y los seguros sociales no tienen mucho alcance. (Rosanvallón, 1995:29)

Capítulo II. Antecedentes y contexto del proceso del derecho a la salud en México.

En el presente capítulo se abordarán los antecedentes y las características contextuales del sector salud mexicano y del Seguro Popular en México, los cuales fueron parte de un proceso de adecuación de mecanismos e implementación de estrategias internacionales para la formación del sistema actual. Algunos cambios fueron parte del reconocimiento de la salud como derecho y la protección de ésta fue marcada por los cambios en las políticas sociales que abarcaban la educación y el combate a la pobreza como se verá más adelante.

El contexto político, económico y social del país representó también un cambio de paradigma hacia la percepción de la salud y por consecuencia la política social también sufrió estos cambios. Estos ocurrieron desde una percepción de asistencia y beneficencia pasando por una visión social asociada a la fuerza de trabajo como una prestación laboral, para así llegar a una concepción individualista y mercantilista de la salud.

Así, a lo largo de este capítulo se describirá la influencia de las reformas estructurales del Estado y las recomendaciones internacionales para la adopción de políticas e implementación estrategias que determinaron el rumbo de la política social en México. Estas influencias llevaron a un cambio de paradigma en varios aspectos de la política social mexicana, tal fue el caso de la creación de programas sociales focalizados e individualizados orientados a la mercantilización de servicios. Esto creó las condiciones para la creación del Seguro Popular como un intento de cobertura universal de los servicios de salud para los mexicanos.

La influencia internacional en el cambio de paradigma

2.1. Las reformas estructurales en América Latina

El contexto internacional estuvo marcado por los cambios económicos, proteccionistas y liberales a finales de los años ochenta, que tras ciertos periodos marcaron la respuesta ante los riesgos y vulnerabilidad en la región de América Latina. Como se mencionó en el capítulo anterior la influencia de los acuerdos y conferencias internacionales fue mayor e incidente en la estructura de

las políticas económicas y sociales orientadas a lineamientos y perfiles de sistemas de salud que contemplaron cambios en el marco jurídico, provisión de servicios, financiamiento e incluso descentralización del sector. (Infante et al., 2000) Si bien las reformas en América Latina se dieron de forma gradual y no precisamente de manera secuencial, éstas sí marcaron el rumbo de las políticas de salud que prevalecieron en la última década. Mientras que en algunos países se contemplaron cambios de estructurales a manera de reformas de Estado que incluso involucraron cambios en su legislación y actores sanitarios como Perú, Argentina, Colombia y Ecuador; para otros países sólo se orientaron a estrategias focalizadas de cambios en implementación y de regulación o proyectos aislados como Uruguay (Infante et al., 2000:14)

La heterogeneidad de América Latina fue marcada por los efectos de las políticas consolidadas de diversas manera en esta región, como las reglas influenciadas por el Consenso de Washington (1989) contemplaron un *ajuste de las economías por medio de la estabilidad, apertura comercial, liberalización de mercados, atracción de inversiones, reducción del sector público, expansión de los sectores privados, y políticas destinadas a la reducción de la pobreza* (Martínez Franzoni, 2007:4); Esto fue señalado en numerosos documentos del Banco Mundial³⁹ y posteriormente en documentos de la Organización Mundial de la Salud relacionados con el bienestar, frente a la pobreza y la salud de las personas, para una adaptación de las estrategias en cada país de acuerdo con sus particularidades.

Algunos autores como Laurell (2013) mencionan dos momentos que implicaron una reforma del Estado. El primer momento de la reforma en el que se dieron ajustes económicos en la región fue marcado por documentos del Banco Mundial orientados *al ajuste y cambio estructural impuesto por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y a las llamadas condicionalidades de sus préstamos de rescate en las áreas de salud y seguridad social* (2013:24) que cambiaron por completo los sistemas de salud en algunos países. Éstas ideas pusieron en juicio el papel y la responsabilidad del Estado ante la protección a la salud, reduciéndolo a regulador y coordinador del sector, al igual que el cambio en la percepción de la salud como una preocupación individual que podía ser satisfecha en el mercado de bienes y servicios.⁴⁰

³⁹ Para la inversión en el sector salud se identificaron medidas como la estabilización de las economías y reducción de costos que permitirán hacer frente a la productividad. Véase *Invertir en Salud*, Banco Mundial, 1973

⁴⁰ Laurell también profundiza en las consecuencias y repercusiones que el documento *Invertir en Salud* realizado por el Banco Mundial tuvo sobre las políticas de salud, menciona que cambió la racionalidad de los sistemas de salud que transitaron de una lógica de satisfacción de necesidades a otra de mercado. (2013:26)

Las repercusiones de la primera reforma trajeron consigo el deterioro de grupos vulnerables que sólo se vieron beneficiados por programas aislados y focalizados, por lo que la segunda reforma marcó la región latinoamericana en su respuesta al bienestar y la protección de riesgos, desarrollando regímenes con una presencia estatal productivista y proteccionista. (Martínez Franzoni, 2007)⁴¹

El segundo momento de reforma se caracterizó por el *aseguramiento universal*, debido a las características de financiamiento de los servicios por medio de *fondos de salud que son clave para que exista un mercado solvente, y para que cuya administración se convierta en un nuevo negocio de los grandes grupos financieros*. (Laurell, 2013:26)⁴² como se planteó a su vez en los Informes de salud en los años posteriores y se consolidaría en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (Ver Capítulo 1)

La aplicación de estas reformas marcaron el rumbo de la protección a la salud en Latinoamérica, como en Chile siendo el primer país en implementar este tipo de reformas a partir de 1981, lo que, desde el punto de vista político pudo llevarse a cabo sin dificultad en un régimen autoritario en el que, cualquier oposición era acallada. Las reformas en este país formaron parte del proceso de modernización del Estado, que contemplaron modificaciones en su legislación. (Infante et al., 2000:14)

Este tipo de reformas se orientaron a un seguro obligatorio compuesto *de dos sistemas paralelos de administración y prestación de servicios: el público y el privado*. Las reformas se consolidaron también en Colombia en 1993 con seguro obligatorio de igual manera, pero bajo *un sistema de libre competencia entre administradores y prestadores, públicos y privados*, de manera similar a la chilena, donde la entidad estatal es reguladora del sistema de prestación de servicios subsidiando a los menos favorecidos. (Laurell, 2013:28-31).

⁴¹ Martínez Franzoni en su libro Regímenes de bienestar en América Latina logra ubicar ciertos patrones en América Latina de acuerdo con el papel del Estado y el grado de familiarización del manejo de los riesgos, como mercados laborales ineficientes y de políticas públicas débiles o inexistentes, el ámbito doméstico y el trabajo femenino [...] El estudio por conglomerados concluye que los regímenes son informales en tanto una proporción de la población no puede, en ninguno de los cuatro conglomerados, lidiar razonablemente a través de su participación en los mercados laborales o en los servicios públicos. (Martínez Franzoni, 2007:23-24)

⁴² Dentro de esta reforma Laurell menciona documentación reciente del FMI que propone financiamiento para la “atención universal a la salud” mediante recursos fiscales sumado de contribuciones o coaseguros, esto implica una responsabilidad dual sobre la protección a la salud de las personas. (2013:27)

Algunos resultados y consecuencias de la implementación de estas reformas se realizaron desde el ámbito del marco jurídico, funciones rectoras del sector, hasta separación de funciones, descentralización, modelos de gestión, financiamiento y gasto, tomando en cuenta los intereses políticos y económicos, de cada país de la región por lo que los efectos fueron diversos, en especial en el tema del aumento de la cobertura. Mientras por un lado los cambios y reformas se enfocaron a favorecer a grupos vulnerables mediante la incorporación de paquetes de servicios, otras reformas se orientaron a nuevos modelos de gestión con actores privados. (Infante et al., 2000:18)

Los esfuerzos de los gobiernos por elevar el bienestar de su población se materializaron en reformas y estrategias particulares mostradas en la Resolución de la 58^a Asamblea Mundial de Salud para los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, la cual sugirió:

[que se] prevean un método de pago anticipado de las contribuciones para la atención de salud, con objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud...a que introduzcan en sus planes la transición a la cobertura universal de sus ciudadanos para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población, la mejora de la calidad de esa atención, la reducción de la pobreza, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos lo que figuran en la Declaración de Milenio de las Naciones Unidas, y la salud para todos. (OMS, 2005:147)

Así las reformas, recomendaciones y demás estrategias marcaron la pauta del compromiso y responsabilidad de los gobiernos de la región sobre la protección del bienestar de los ciudadanos, es decir, hacia la *cobertura universal como el acceso a una adecuada atención de promoción, preventiva, curativa y de rehabilitación para todas las personas a un costo asequible y mediante un paquete de prestaciones.* (Laurell, 2013:27) Esta visión consolidó la segunda reforma con características de contraprestación de servicios y aseguramiento individual generalizado financiamientos por medio de fondos comunes, protección de gastos catastróficos (este último con el objetivo de disminuir el pago directo de servicios) condicionados, o mediante transferencias monetarias, éstas son las características propias de los programas selectivos.

La influencia internacional de estas reformas en México no se dio tácitamente ni de manera secuencial, sin embargo, se logra distinguir estos momentos de cambio en las políticas sociales y las

reformas en el sector salud mexicano entorno a la protección de los riesgos y del bienestar de la población, los cuales se describen en el apartado siguiente.

Desde la política social y la seguridad social a los programas sociales condicionados

2.2. Hacia la construcción de la seguridad social en México

El proceso social para enfrentar los riesgos y la incertidumbre se materializó de diversas maneras en las políticas sociales en México desde una protección de beneficencia hasta tener un énfasis sobre la reducción de la pobreza, marginación y desigualdad debido a la influencia internacional.

Bajo una perspectiva histórica se logran distinguir tres momentos o cambios de paradigma en la concepción de la política social mexicana: el *primero* caracterizado por una política orientada a la beneficencia y asistencial hacia la protección de la población vulnerable. Éste momento seguido de la creación de un sistema de protección de seguridad social dirigido al sector asalariado y formal de la economía por medio de un paquete de prestaciones sociales individuales y familiares, éste cambio se acompaña del *segundo* cambio hacia una apertura comercial y protección focalizada a grupos de población específicos, propios de la primera reforma del Estado mencionada anteriormente; y finalmente un *tercer* momento en el que se mutualizan los riesgos basándolos en la protección del derecho universal y en la proporción de los servicios individuales y paquetes de servicios. Este momento fue acompañado del debilitamiento de las estructuras burocráticas y ayudas paternalistas, características centrales de la segunda reforma del Estado. (Rincón Gallardo en Fuentes, 2002:xix)

En este sentido, el primer momento convergen dos visiones sobre la salud y la asistencia, por un lado la primera con una orientación asistencial y de ayuda hacia los más necesitados y por el otro una concepción que justificó la intervención gubernamental hacia la protección de los más necesitados en las políticas sociales.

Debe mencionarse que la protección a la salud era sólo percibida como curativa y sus acciones eran realizadas por agentes privados, médicos, clínicas y especialistas particulares o asociadas a la iglesia católica, en este sentido, el cuidado a la salud era visto de manera personal e individual,

y la salud pública estaba resumida a los códigos sanitarios vigilados por los Consejos de Salubridad. (Álvarez Amezquita; Bustamante, 1960), mientras que las leyes para pobres pretendían aliviar los infortunios y desgracias de los más necesitados. Así las políticas y estrategias en el ámbito social tenían una visión de “*caridad*”⁴³ y socorro de ayuda a los desprotegidos, principalmente en este campo y en la educación.

Esta situación cambió rápidamente al momento en que el Estado mexicano rompió sus lazos con la iglesia católica y se apropió de ciertas responsabilidades que ésta tenía en sus manos, como el registro civil, hospitales y centros de beneficencia,⁴⁴ así, la asistencia social fue absorbida por acciones gubernamentales, ante la creación de la Secretaría de beneficencia se asumió una responsabilidad pública dejando atrás las ideas de *caridad y socorro*. Esto modificó por completo la percepción de la salud y la asistencia como una “ayuda” para aquéllos que no tienen recursos económicos para atender sus problemas de salud y sólo para los sectores vulnerables como compromiso social del Estado. (Fuentes, 2002:49)

Este cambio de visión marcó un momento de inflexión clave en la historia de México del siglo XX, que más tarde coincidiría con el conflicto revolucionario, que además de afectar la estructura política y social del país, modificó la percepción de la asistencia social y el cuidado de la salud. El aumento de muertos y desvalidos en el periodo revolucionario, mostró la incapacidad gubernamental por atender estos problemas. (Fuentes, 2002:68) La preocupación gubernamental por estos temas llevó al planteamiento de una política social con garantías consagradas para la protección del sector formal de la población bajo la responsabilidad compartida entre individuo y Estado.

Este primer momento significó un cambio de paradigma hacia la consolidación del Estado protector sobre las garantías sociales, planteadas en la Constitución de 1917 en los derechos civiles y

⁴³ Cabe señalar que al igual que en Europa las *leyes para los pobres* pretendían aliviar la situación de infortunio y desamparo que sufrían ciertos sectores de la población. La asistencia era percibida como el alivio a los más necesitados. Para Fuentes la unión entre el Estado y la iglesia en esta materia fue orientada a una atención de *caridad* (Fuentes, 2002: 41), una visión netamente católica como medida paliativa hacia los pobres y desafortunados.

⁴⁴ Este periodo mejor conocido por la implementación de las Leyes de Reforma que contemplaba la desamortización y nacionalización de los bienes eclesiásticos. En términos de política social este momento fue clave hacia la responsabilidad gubernamental sobre los más necesitados, es decir, no sólo el gobierno se apropió de los bienes eclesiásticos, sino también de tareas que eran exclusivas de la Iglesia, como los hospitales y centros de beneficencia, registros de nacimiento entre otros. Para Fuentes este fue un *paso decisivo y fundacional en el proceso de modernización de la vida política de la nación mexicana*. (Fuentes, 2002:47-48)

sociales, y la creación de estructuras organizacionales de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR) que beneficiaban a trabajadores formales con una relación obrero-patronal y excluían a sectores importantes de la población como campesinos y trabajadores independientes.

Los beneficios sociales de los trabajadores contemplaron la protección a enfermedades profesionales y no profesionales, riesgos de trabajo y derecho a la salud mental, rehabilitación y maternidad, al igual que otras prestaciones sociales como la recreación, pensiones y jubilaciones, préstamos para vivienda, entre otras. Así los derechos laborales planteados de manera constitucional como la duración de las jornadas, edad mínima para el empleo y el derecho de huelga, conformaron una estructura de seguridad social que consolidaría una red nacional de prestaciones sociales sólo para el sector formal de la economía. (IMSS, 1940)

La ampliación de la seguridad social en los años cuarenta y principio de los cincuenta representó un profundo cambio para el país, de acuerdo con Brachet-Márquez reflejó la creciente *industrialización por sustitución de importaciones de la posguerra, amparando a una fuerza de trabajo joven y en expansión*, que favoreció la creación e infraestructura hospitalaria y a su vez consolidaría la estructura de los seguros sociales. (2010:187)

De esta manera el Estado se situó en el centro rector de la sociedad para promover el crecimiento económico con un control centralizado, bajo la potestad de ser el garante del desarrollo y de la justicia social. (Mariñez Navarro, 2002:3) De manera similar a lo que había sucedido en Europa en el siglo XIX, donde la protección de la fuerza laboral era predominante y la protección al riesgo, la creación del seguro social, y la ampliación de las prestaciones laborales se convirtieron en parte de la responsabilidad gubernamental (Castel, 2004).

En las décadas de los años cincuenta y sesenta persistió la consolidación de la seguridad social y la incorporación de la población en el sector formal de la economía mexicana, de tal manera que el paradigma en la protección de la salud se definió como un derecho laboral o prestación que el trabajador formal recibía a cambio de su fuerza de trabajo y de sus propias aportaciones, acompañadas de las del empleador y las estatales.

Ante el inminente aumento de la fuerza laboral también crecía el número de derechohabientes de la seguridad social, debido a la inclusión de familiares directos y dependientes económicos, lo que implicaba un mayor número de recursos financieros, materiales y humanos, esto se enfrentaría con una administración ineficiente y después de cuarenta años tras ser sometida a diversas reformas, desembocaría en el declive del sistema en la segunda mitad del siglo XX.⁴⁵

Para algunos autores como González Block y Scott, éste fue el momento clave para la fragmentación del sistema, así lo plantean: *...es claro que los altos costos de la seguridad social en México contribuyeron a la generación de la población informal y, de ahí, a sostener la dualidad y la fragmentación del sistema de salud.* (2010:218) en este momento se separó la población derechohabiente, de la abierta sin protección social, lo que traería consecuencias sobre la equidad en salud.⁴⁶

Ante la noción de exclusión y desigualdad en la política social como consecuencia de la protección social a los trabajadores de formales por la seguridad social, se implementaron nuevos mecanismos en la política social, influenciados por las recomendaciones internacionales mencionadas anteriormente, por incluir a ciertos sectores vulnerables de la población. En 1973 fue incluido en este esquema de seguridad social la población rural y los no asegurados mediante un programa llamado de Solidaridad Social, con las aportaciones en conjunto del IMSS y con recursos de deuda pública. (Brachet-Márquez, 2010:188). Esta iniciativa encontró gran oposición tanto de empresarios, como de los trabajadores, lo que ocasionó la discontinuación de dicho programa. Esto representó una vez más el fracaso de acciones de inclusión de los desfavorecidos, acentuando la desigualdad social, en especial en la protección de la salud.

El siguiente intento de inclusión coincidió con el auge petrolero en los años setenta permitiendo la creación de infraestructura hospitalaria en el IMSS. Al mismo tiempo entró en funcionamien-

⁴⁵ Aunque las estructuras organizacionales de la seguridad social persisten en la actualidad, las numerosas reformas en los últimos 20 años han matizado la protección de riesgos en los derechohabientes. La primera etapa de reforma fue en 1989 con la reforma de la Ley del IMSS, una segunda etapa en 1993 con la introducción del Sistema de Ahorro para el retiro (SAR), la tercera en 1995 con la nueva Ley del IMSS, la cuarta en 1996 con la expedición de los reglamentos específicos de operación; y como última etapa la nueva Ley del IMSS en 1997. [y la nueva Ley del ISSSTE en 2010] El significado de estas reformas tuvieron efectos principalmente en los regímenes de pensiones y jubilaciones. (Mariñez Navarro, 2002:3)

⁴⁶ El periodo de estabilización económica, producción y modernización del país a finales de los años sesenta y principio de los setenta no sólo mantuvo elevado el papel protector estatal, si no también generó certidumbre en la protección de los riesgos, mediante la producción de servicios y sobre todo en la beneficencia. (Mariñez Navarro, 2002:4)

to el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR)⁴⁷ que consideraba acciones para la protección social a los marginados, principalmente campesinos y grupos en situación de pobreza, en los rubros de atención médica, alimentación, educación y planificación familiar. (Brachet-Márquez, 2010:189).

El auge de la seguridad social llegó a su fin al enfrentarse a la decadencia de la capacidad financiera del sistema, por lo que empezó el declive tanto del Instituto Mexicano del Seguro Social, como de las organizaciones que atendían a los trabajadores del sector público y sus familias, principalmente en la deficiencia de sus servicios. Así comenzaron las reformas y replanteamientos de la política social hacia la descentralización de recursos públicos y responsabilidades en los estados, con efectos negativos. Brachet-Márquez lo describe como *un caos administrativo, el aumento del gasto de bolsillo de los beneficiarios (por ejemplo, la obligación de comprar medicamentos) y protestas localizadas*. (2010:190).⁴⁸

2.3. *El cambio de paradigma en la política social y el surgimiento de programas condicionados*

El segundo momento o cambio de paradigma se dio como parte de un proceso que los especialistas caracterizan como de baja productividad económica y crecimiento del déficit fiscal y éste constituyó el argumento central sobre la insostenibilidad de las políticas de bienestar social a largo plazo justificando una tendencia a su reducción o incluso la eliminación de las mismas. (Ward, 1989:216) Este momento también se caracterizó por la apertura económica, expansión de las estrategias de mercado en todos los sectores de la actividad económica, políticas de ajuste y reducción del gasto social, esto acompañado del nuevo papel del Estado como facilitador y regulador, que favorecía a sectores específicos de la economía con el argumento de tener mayor competencia (Mariñez Navarro, 2002:4).

⁴⁷ El IMSS vio en este programa la oportunidad de responder a los reclamos de redistribución de la seguridad social, al integrar sus unidades a la imagen corporativa, pero sin exponer sus finanzas en la inversión, aunque sí aportando recursos propios para algunos aspectos de la administración del esquema. (González Block y Scott, 2010:219)

⁴⁸ Ésta época es mejor conocida por muchos historiadores como *la década perdida*

Una de las prácticas características del periodo de los años ochenta fue la descentralización administrativa⁴⁹ afectando todos los sectores entre ellos los servicios de salud, también se dio la focalización y el redireccionamiento del gasto público, las cuales formaron parte de las estrategias de la reforma del Estado. Éstas también materializaron la influencia internacional sobre las políticas mexicanas, provocadas por el centralismo practicante de la política económica y social (ésta última incluía tanto el sector educativo y de la salud) que entró en crisis a finales de los años setenta.

Como consecuencia de la crisis del modelo corporativista, el redireccionamiento de la planificación y la reasignación de responsabilidades se convirtieron en la estrategia principal de la reforma del Estado en todos los sectores a partir de la década de los ochenta. (Cogco, Rodríguez Vargas, Pérez Cruz; 2010:V, 9:6) Las estrategias implementadas marcaron *la tendencia a la democratización* en conjunto con políticas electorales que permitieron la competencia y la apertura a partidos políticos de oposición; de igual manera en materia económica se implementaron las estrategias sugeridas por el Banco Mundial (Ver Capítulo 1).⁵⁰

La implementación de estas estrategias de descentralización tuvieron consecuencias a las que se enfrentaron los municipios y autoridades locales, como la falta de capacidad técnica, personal y recursos que permitieran seguir las acciones autónomas conferidas desde la administración federal. (Cogco, Rodríguez Vargas, Pérez Cruz; 2010:V, 9:4) Esto también se tradujo en la individualización de los servicios sociales recayendo en las personas y deslindando de algunas responsabilidades al Estado, a excepción de los pocos programas sociales de atención a la pobreza llevados a cabo operativamente por los gobiernos locales.

El proceso de descentralización se dio de manera operativa y estratégica, lo que también se mostró en la transferencia de recursos, ya que éstos se trasladaban desde la federación hacia los gobiernos locales por medio de fondos y ramos específicos en materia social que condicionaba la

⁴⁹ Se entiende por este, la transferencia de responsabilidades de planificación, gerencia y recaudación y asignación de recursos, desde el gobierno central y sus agencias a unidades territoriales (Rondinelli, 1989. citado en Finot, 2001:34. citado en Cogco, Rodríguez Vargas, Pérez Cruz; 2010:V, 9:3) Este concepto abarca ámbitos de acción, desde lo económico, político y administrativo.

⁵⁰ La influencia internacional sobre las tendencias y condiciones sobre el apoyo a la salud planteaban elevar la productividad de un país, como lo señala el “Documento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Asociación Internacional de Fomento” (Banco Mundial) que concebía a la salud como un “consumo” ya que es “*objetivo final del crecimiento y desarrollo económico, o como inversión productiva.*” El propósito de atender la salud de la población estaba orientada a tener mayor mano de obra, aumentar la productividad y mejorar el aprovechamiento de los recursos, por lo tanto las políticas de salud debían estar orientadas a estos objetivos, en especial hacia una visión de costo-beneficio.

acción de últimos.⁵¹ Estos mecanismos de financiamiento marcaron el rumbo, beneficio y restricciones de ciertas políticas sociales, entre ellas la de salud⁵² lo que tradujo una mínima acción social en los ámbitos locales principalmente de forma asistencial o focalizada y de corta duración.

Sin embargo, ante estos cambios, la aproximación de la política social implicó una superación de los problemas sociales como una vocación social de un Estado democrático por afrontar la desigualdad y la pobreza⁵³ a partir de una visión de políticas sectorizadas y orientadas sólo a grupos vulnerables.

Esta situación se nutrió de lo que Laurell, (2013) describe como la segunda reforma del Estado que se mencionaba con anterioridad, la cual planteaba un objetivo principal en la política social por enfrentar las desigualdades, la pobreza y otros problemas sociales complejos que implican esfuerzos gubernamentales de carácter universal por medio de programas que mejoraran el bienestar de su población independientemente de la naturaleza de estos. Los diversos cambios económicos, políticos y sociales por los cuales pasó el país llevaron a *la proliferación de programas de protección social acompañados con esfuerzos para consolidar el marco institucional en el que operaban* (Levy, 2010:40) principalmente programas focalizados y de protección a sectores vulnerables.

Los efectos de una economía globalizada y los acuerdos internacionales que se consolidaron a principios de los años noventa como una apertura comercial y demás estrategias económicas de libre mercado⁵⁴ no sólo tuvieron efectos en la producción de programas sociales de carácter na-

⁵¹ La creación del Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación, contempló fondos de apoyo a la educación, servicios de salud, combate a la pobreza, infraestructura, seguridad pública. Estos fueron contemplaban una asignación de recursos condicionada a estos rubros y objetivos específicos y sólo manejados por las entidades federativas y municipios. (Cogco, Rodríguez Vargas, Pérez Cruz; 2010:V, 9:8)

⁵² En 1996 se firma el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, donde el Estado central transfirió a las entidades federativas facultades suficientes para incidir en las políticas de desarrollo sectorial, lo que fortaleció el desarrollo regional de cada espacio geográfico, así como las condiciones políticas a través de la participación ciudadana. (Cogco, Rodríguez Vargas, Pérez Cruz; 2010:V, 9:10)

⁵³ Mientras que para unos autores como Fuentes, la pobreza significa el reducir las diferencias, trabajar a favor de la equidad, responder a la problemática y resolver con prontitud las necesidades de asistencia social (Fuentes,2002:293-294); para otros Como Levy definen enfrentar la pobreza por medio de un conjunto de programas mediante los cuales el gobierno ofrece servicios de salud, créditos para vivienda, servicios de guardería y varios tipos de pensiones a trabajadores de cualquier nivel de ingresos, tipo de empleo o condición laboral, ya que los programas sociales *son parte indispensable de todo esfuerzo gubernamental para proteger a los hogares contra diversos riesgos, aumentar la igualdad de oportunidades y combatir la pobreza.* (Levy, 2010:20)

⁵⁴ La apertura comercial se logró durante los gobiernos de Miguel de la Madrid (1982-1988), Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) cuando se firmó el Tratado de Libre Comercio con Canadá y Estados Unidos de América, y Ernesto Zedillo (1994-2000) quien consolidó las políticas comerciales que se establecieron a lo largo de 18 años, *creando un ambiente de intensa competencia que ha exigido el esfuerzo de modernización y eficiencia del aparato productivo.* (Mariñez Navarro, 2002:5)

cional como PRONASOL (*Programa Nacional de Solidaridad*),⁵⁵ sino que también marcaron el rumbo a la entrada de los programas sociales focalizados de transferencias monetarias condicionadas.

Así, el carácter de beneficencia estatal tan distintivo en los años cincuenta se fue desvaneciendo ante el “liberalismo social”⁵⁶ que implicó la implementación de políticas y reformas que lograron *recomponer la credibilidad interna y externa del régimen; la necesidad de profundizar la alternancia como uno de los ingredientes básicos de la democracia; los énfasis puestos en la reforma económica por encima de la política*, que a su vez permitieron un crecimiento y desarrollo del país. (Mariñez Navarro, 2002:5)

El conjunto de reformas en todos los sectores formaron parte de la reestructuración económica y otro tipo de ajustes políticos y sociales en el periodo de los años noventa, a pesar de la persistencia de las situaciones de pobreza en otros sectores de la población. Como se mencionó anteriormente, uno de los programas más importantes en el periodo 1988-1994 fue Pronasol, el cual estaba orientado a una población objetivo, comunidades que participaban en acciones conjuntas con el propósito de buscar bienestar y combatir la pobreza. (Rojas, 1994) Si bien el programa también incidía en estrategias de alimentación, tenencia de la tierra, vivienda, educación y salud e infraestructura agropecuaria, su objetivo principal era fomentar la creación de capital social a sectores altamente vulnerables por medio de sus tres vertientes de acción: *Solidaridad para el bienestar social, para la producción y para el desarrollo regional*.

Los efectos de ese programa fueron diversos, se pensaba un programa limitado, sin lograr resolver *los rezagos y exigencias del bienestar acumuladas por la dinámica social y el crecimiento demográfico*. (Rojas, 1994:391) Sin embargo, la situación para el periodo presidencial siguiente 1994-2000, ante una crisis financiera grave, integró el *Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA)*, el cual tenía un enfoque distinto, éste consistía en un *desarrollo social*, que pretendía por un lado elevar los niveles de bienestar en especial la atención en la salud y nutrición de mujeres y niñas, y por el otro y disminuir la exclusión social. (Levy, 2006)

⁵⁵ Este programa tuvo una población específica, orientado a indígenas, campesinos y demás grupos excluidos, los objetivos eran relacionados a la alimentación, la tenencia de la tierra, vivienda, educación y salud e infraestructura agropecuaria. Este programa se convirtió en la referencia para programas similares que se dieron en años siguientes. (Mariñez Navarro, 2002:6)

⁵⁶ Carlos Salinas llamó “liberalismo social” a las estrategias apegadas al libre mercado mediante el gasto gubernamental que permite brindar el nivel básico de servicios educativos y de salud, *así como programas compensatorios para los más marginados, con mecanismo para fomentar la creación de “capital social”*. (Tetreault, 2012:51) Estas estrategias propias de la primera reforma del Estado con tanta influencia en América Latina.

Algunas opiniones aseveran que este tipo de programas de transferencias condicionadas a grupos vulnerables cumplían con la contribución a la producción de capital humano, sin embargo, los efectos de este tipo de programas no combatieron los rezagos, intensificaron la desigualdad, y sobre todo encarecieron el acceso a servicios entre ellos los de salud, como sería demostrado más adelante con un alto gasto de bolsillo por las personas de sectores vulnerables.

Esta etapa puede considerarse el auge de políticas y programas sectorizados con diversos objetivos y poblaciones localizadas orientadas a la superación de la pobreza, teniendo énfasis en la alimentación, atención a la salud y educación. En el sector salud los cambios contemplaron diversas estrategias, entre ellas, fue la separación en el sistema de pensiones y jubilaciones, con la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro en 1992, que operaría con la colaboración de las instituciones financieras. Estas reformas también se vieron afectadas con la crisis financiera de 1994 como se mencionó anteriormente, Brachet-Márquez menciona en este sentido, que en ese año tras el rescate financiero internacional, *se traspasaron las cotizaciones para la jubilación del IMSS a cuentas bancarias individuales a cargo de las Administradoras de Fondos de Retiro o Afores* (2010:192), modificando el sistema de fondos de protección colectivos a fondos de protección individual; este régimen permanece hasta hoy en día.

Los esfuerzos en el sector salud siguieron realizándose, tal fue el caso del programa para protección a la salud, el *Programa de Ampliación de Cobertura (PAC)* fue propuesto por la Secretaría de Salud en 1996 apoyado por el Banco Mundial. Uno de los principales objetivos era la protección de la población abierta sin servicios de salud mediante la oferta de un paquete de 12 intervenciones básicas de salud, *enfocado a la atención de grupos vulnerables, como niños y mujeres*, (González Block y Scott, 2010:221) sin embargo, la discontinuación de dicho programa por la misma secretaría mantuvo a la población abierta sin protección y cobertura una vez más.

Mientras el auge de los programas focalizados proporcionaba una respuesta persistente hacia la preocupación de los pobres, también fueron utilizados como medio de legitimación del gobierno en turno cambiando estrategias y discontinuando programas. Algunos de ellos cumplían con los parámetros que las instituciones financieras y los organismos internacionales habían planteado,

si embargo, los efectos de la implementación de estas políticas acentuaron la exclusión y rezagos de grupos específicos como mujeres, niños y grupos indígenas.

El cambio de gobierno en el año 2000 no fue la excepción, ya que la implementación del programa *Progres-a-Oportunidades* continuó con las transferencias monetarias condicionadas a hogares vulnerables y de escasos recursos tras cubrir con ciertos requisitos, entre ellos, cubrir consultas médicas y de salud preventiva en los servicios de salud localizados en los centros habilitados por el programa. Estas estrategias cumplían con el objetivo de mejorar el capital humano⁵⁷ y a nivel internacional el programa fue reconocido como exitoso por los efectos sanitarios que fueron demostrados en numerosas evaluaciones, principalmente en la salud y mortalidad infantil, a pesar del carácter de condicionalidad que poseía el programa. (OMS, 2010:90)

El funcionamiento de este tipo de programas contemplaba estrategias transversales en torno a la salud y nutrición de las personas sumadas por las transferencias condicionadas, si bien se contemplaba la protección a la salud de los beneficiarios y la superación de la condición de pobreza, no eran considerados como programas de ayuda permanente, sino como una *inversión temporal en el capital humano* para reinsertar a un sector de la población a la economía formal y romper con *la transmisión intergeneracional de la pobreza* (Levy, 2010:41).

De esta manera, hasta este momento el contexto de la política social y de la política de salud en el siglo XXI había sido planteada bajo una focalización y selectividad en las políticas para grupos vulnerables y en situación de pobreza, sin embargo, éstas también se realizaron bajo estructuras que permitieron la mutualidad de los riesgos basándolos en los derechos sociales y en la preocupación del individuo, aunado a la mercantilización de los servicios bajo ciertos matices de la segunda reforma estatal.

⁵⁷ Levy menciona que las condiciones para recibir las transferencias eran tanto de carácter educativo como en salud, “En particular, la demanda de servicios de salud se subsidia con una transferencia basada en el cumplimiento por los miembros de esas familias de un protocolo de salud por edad y género, mientras que la demanda de servicios educativos para niños y jóvenes se subsidia con una transferencia adicional basada en el género y grado del individuo que asiste a la escuela” (2010:40)

Mercantilización de los servicios de salud: creación del Seguro Popular

2.4. Fundamento de la cobertura universal y protección social individual

Hasta el año 2000 la composición del sistema de salud mexicano estaba conformado por tres subsistemas: *el dirigido a la llamada “población abierta”*; *el seguro social laboral público*; y *el privado* (Laurell, 2013:32), esto debido al contexto y participación de los programas sociales mencionados en el apartado anterior, que atendían tanto la salud de los mexicanos, como a enfrentar otros problemas como educativos y alimentarios.

La situación en la que la población abierta se encontraba anterior a la reforma era preocupante, 55.5 millones de personas no estaban aseguradas (INEGI, 2000) ya fuera por la seguridad social o algún otro programa de salud, se encontraban vulnerables y principalmente en situación de pobreza, lo que acentuaba la gran desigualdad sanitaria.

El acceso a la servicios de salud para esta población sin protección era ofrecido mediante hospitales estatales y federales a cambio de cuotas generalmente bajo subsidios, éstos a su vez se complementaban con el pago directo de los servicios y otro relacionados, los cuales representaban un gasto de bolsillo enorme para estas personas. (Frenk et al., 2006:1525)

El gasto de bolsillo representaba la mitad del gasto en salud, de acuerdo con Frenk (2009:542) esto se debía a la falta de un seguro, lo que a su vez orillaba a la población abierta a eventos catastróficos y por lo tanto a situaciones de pobreza a nivel familiar y otros niveles de la misma.

De igual manera, la fragmentación del sistema acentuaba la diferencia de derechos entre los asegurados del sector formal asalariado y los excluidos por él, (Frenk et al., 2006:1525) ya que mientras los primeros contaban con un paquete amplio de beneficios y prestaciones sociales, los segundos sólo eran cubiertos por uno restringido y subsidiado en muchas ocasiones. Así, la creación de nuevos esquemas de aseguramiento individual sería el área de oportunidad que tratarían de resolver una problemática nacional de la población no asegurada, muy a pesar de los esfuerzos que habían ganado los programas de desarrollo social que contemplaban el mejoramiento de la salud de las personas.

Bajo este contexto de desigualdad sanitaria tanto en México como en otros países de la región latinoamericana, las recomendaciones de la OMS entorno a los sistemas de salud sugerían que debían formarse bajo *esquemas de acceso y cobertura universal*⁵⁸ que integraran los servicios y logaran disminuir el pago directo por estos mismos. Esto mediante la integración de reformas que incluyeran esquemas nuevos de financiamiento que podían operar con fondos mancomunados y con protección contra gastos catastróficos, los cuales no deberían generar problemas financieros internos y sobre todo empobrecimiento para la población.⁵⁹

El debate sobre la cobertura universal se ha dado desde el año 2000 en los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, los cuales establecían una meta de alcance al 2015, sin embargo, entre las diferentes opiniones el principio esencial sobre la cobertura universal en salud significa *ser más justa y más eficiente en el financiamiento que asume riesgos y motiva el prepago para compartir equitativamente los costos en salud sobre la población*, (Latko, Temporão, Frenk et al., 2011:2162) es decir, que ésta representó la nueva visión sobre la cobertura mediante nuevos mecanismos de protección individual.

En este sentido, para autores como Knaul (et al., 2012:1260) la cobertura universal comprende tres dimensiones: 1) *la protección contra los riesgos de salud a través de vigilancia prevención y actividades reguladas*, 2) *protección de pacientes mediante la atención de la salud con calidad*, 3) *y la protección financiera contra las consecuencias de enfermedad o lesión*. Estas principales dimensiones ayudarían a preparar el terreno de la visión e protección individual, diseñando e implementando el nuevo Sistema Nacional de Protección Social en Salud (que comprendería el Seguro Popular) y el desarrollo de la reforma a la Ley General de Salud en 2003.

⁵⁸ Frenk y Ferranti mencionan que la cobertura universal se encuentra en un punto medio entre la política económica y social, ya que el objetivo por introducir reformas que promuevan la cobertura universal no es sólo lo que debe hacerse en términos éticos, es la forma más inteligente de obtener prosperidad económica. La paradoja de la atención a la salud es que es una de las formas más poderosas de luchar contra la pobreza, aun así puede convertirse en un factor de empobrecimiento para las familias cuando las sociedades no aseguran de manera efectiva la cobertura y la protección financiera. (Frenk y Ferranti, 2012:863-864)

⁵⁹ A pesar que estas sugerencias ya habían sido mencionadas en los informes de años anteriores, el documento del Informe de la OMS en 2010 recopiló las ideas de estructura y liderazgo en el sector salud por medio de nuevos acceso de cobertura universal.

2.5. *El derecho a la salud y la titularidad de derechos*

En México el reconocimiento del derecho a la salud se realizó en 1984⁶⁰ otorgándole la figura de órgano rector y mediador de las políticas sanitarias a la Secretaría de Salud, al igual que la coordinación de las acciones entre la federación y los estados, en términos de la provisión de servicios regularía la interacción entre proveedores públicos y privados.

Así, en ese mismo año se estableció en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo cuarto la protección a la salud como parte de las garantías individuales. Sin embargo, no se mencionan las medidas de protección y mecanismos de acción ya que éstas serían señas por la legislación pertinente.

Para ese momento el reconocimiento de la protección a la salud de los mexicanos si bien cumplía con los tratados internacionales firmados por México y de los cuales forma parte, en la realidad el sistema de salud y los servicios no especificaba las medidas de acción para la garantía de este derecho, ya que los regímenes de salud contemplaban la protección de ciertos grupos de la población.

Mientras los trabajadores del sector formal privado están protegidos por el IMSS, sus derechos son protegidos como trabajadores siempre y cuando se conserve su relación laboral extendiéndose a sus familiares cercanos, de igual manera para otros regímenes de seguridad social como los trabajadores del Estado, las fuerzas Armadas y la Marina. La titularidad del derecho a la salud se encontraba no sólo fragmentada al igual que el sistema, sino también condicionada a la existencia de una relación laboral o ser derechohabiente a la seguridad social, con lo que se fomentaba la discriminación. (Salazar Ugalde, 2012:519)

La reforma a la Ley General de Salud en 2003 incorporó al Sistema Nacional de Protección Social en Salud y éste se regiría bajo el fundamento del derecho universal de la protección a la sa-

⁶⁰ Para este año en que se integró el derecho a la protección de la salud también cambiaron algunas de las funciones de la entonces de la Secretaría de Salud y Asistencia, perdiendo ésta última para convertirse sólo en Secretaría de Salud. En esta reforma se contempló que la Ley General de Salud sería la que definiría las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. También en esta reforma se justificó que el derecho de protección a la salud tiene el mérito de connotar que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados [...] el carácter social de este derecho impone a los poderes públicos un deber correlativo al que consideramos se puede hacer frente, si existe solidaridad, responsabilidad pública, voluntad política y capacidad de ejecución. El sector público deberá poseer esos atributos para que el reiterado propósito de disponer de un Sistema Nacional de Salud, sea una realidad. (Exposición de motivos citado en Salazar Ugalde, 2012:511)

lud, bajo la nueva idea de protección social y la idea de titularidad del mismo. El enfoque de cobertura universal llevó a un planteamiento de protección de derechos en el diseño del sistema, se reconoció que todo mexicano que no estuviera incorporado en algunos de los regímenes de seguridad social podía pertenecer a este seguro y tener la posibilidad de acceso a los servicios de salud, lo que implicaba una extensión al resto de población abierta sobre la titularidad del derecho.⁶¹

En este sentido, la creación de un sistema de protección social se fundamentaría en la premisa del derecho de protección a la salud de manera universal, sin embargo, la condición sería bajo el cumplimiento de tener la nacionalidad mexicana y no ser derechohabiente a la seguridad social existente, lo que contradice el concepto de universalidad, ya que esta no contempla condiciones.

Para Salazar Ugalde (2012:524) la implementación del nuevo esquema de aseguramiento favorecería la ampliación del derecho a la salud en materia legal, sin embargo, los requisitos para brindar los servicios y los matices discriminatorios excluiría a beneficiarios potenciales que no residieran en el territorio, aquéllos con seguridad social o que no contaran con un menor nacido a partir del 1 de diciembre de 2006.⁶²

2.6. Coaliciones académicas y preparación para la reforma

Como bien se ha mencionado con anterioridad, existieron reformas que antecedieron a la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, la ley del IMSS en 1997 y posterior a la reforma la Ley del ISSSTE en 2010, ambas reformas a pesar de tener una distancia temporal, sí contemplan cambios similares como una *separación entre la administración de los fondos de salud y prestación de servicios*. (Laurell, 2011:2797) Estos cambios abrieron paso a nuevos mecanismos de compra de los servicios de salud ya fueran entes públicos o privados; y a esto se le sumaron la separación de las pensiones y jubilaciones.

⁶¹ Salazar Ugalde menciona que *sigue existiendo una ambigüedad en la redacción legal y administrativa que permite sostener que, en realidad, la titularidad del derecho continúa teniendo una base familiar y no personal*. (2012: 523) ya que la adherencia a la protección social se mantiene con el vínculo familiar directo, la cancelación de los beneficios establecidos por el Seguro Popular se realiza en el momento en el que alguno de ellos se adhiera a la seguridad social.

⁶² Después de haber entrado en vigor la reforma en 2004 en el sector salud y empezar la implementación del SPSS en todas las entidades federativas del país, en 2006 se incorporó el Seguro Médico para una Nueva Generación que incluiría a todo menor nacido a partir del 1 de diciembre de ese año de manera automática.

Tanto estas reformas, como las recomendaciones internacionales y la nueva visión de protección social marcaron el contexto político y los diferentes actores entorno a la formación de una reforma a la Ley General de Salud y la creación del nuevo esquema de aseguramiento. Blanco Mancilla (2011) menciona la gestación de coaliciones⁶³ entorno a la posición de la protección de la salud. Si bien estas coaliciones emergentes estuvieron formadas por académicos, políticos y directores de instituciones académicas, y no fueron formadas de manera tácita, si tenían un objetivo en común la universalidad del sistema de salud y los problemas financieros, sociales y políticos que se encontraban en el sector.

Por un lado, se gestó la coalición de la Nueva Salud Pública como la que tuvo mayor influencia en el sistema, ya que no sólo tuvo el respaldo de universidades del extranjero, sino también dentro del sector institucional como el Instituto Nacional de Salud Pública y la Fundación Mexicana de Salud, esto se debió a que los principales actores que llevaron cabo el diseño e implementación del Seguro Popular, pertenecieron a estas instituciones y les permitió ejercer su poder político, académico e institucional para la consolidación del grupo como tal y de las estrategias de salud. (Blanco Mancilla, 2011:106).⁶⁴

De igual manera la coalición introdujo el término de la *nueva salud pública*, como un concepto multidisciplinario en dos áreas principales: epidemiología y sistemas de salud, “la primera lidia con las preguntas sobre frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud, mientras que la segunda mira dentro de la respuesta social para satisfacer esas necesidades, por ejemplo, la organización del sector salud, provisiones de los servicios de salud, financiamiento del sector y de las políticas de salud” (Blanco Mancilla, 2011:108).

En este mismo sentido, Frenk llamó *pluralismo estructural* al modelo de un sistema de salud basado en funciones separadas, como la regulación, financiamiento y provisión de servicios, bajo estos términos se aseguraría la equidad, calidad de los servicios y una mejor distribución de los recur-

⁶³ Por coalición se entiende la gestación de un grupo con ideas e intereses comunes, si bien estos grupos académicos no se formaron tácitamente si se logran distinguir ideas similares y contrarias en el ambiente académico que llegaron a influir en la política de salud de maneras distintas.

⁶⁴ Blanco-Mancilla también menciona que Julio Frenk, José Luis Bobadilla y Jaime Sepúlveda como profesionales de la salud con grados académicos y reconocimientos en universidades extranjeras (Universidad de Harvard y Michigan) bajo la influencia de Guillermo Soberón antiguo Secretario de Salud (1982-1988) y quién se encargó de la reestructuración del sector en los años ochenta, trabajaron de cerca en la investigación y en la toma de decisiones, formándose un grupo de especialistas, que a su vez tuvieron el respaldo de miembros del Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, al igual que la base académica correspondiente de revistas científicas como *The Lancet* (2011:107).

sos. Esto sería un pensamiento clave para la reforma y se sostendría a lo largo del diseño del nuevo sistema de protección social (Blanco Mancilla, 2011:109).

Londoño y Frenk hacen referencia a las características del sistema de la siguiente manera:

“El modelo separa cuatro funciones del sistema de salud entre agencias. La Secretaria de Salud debería ser responsable por la modulación, esto significa establecer reglas transparentes del juego. Una agencia específica debería ser creada para articular entre la población, los proveedores de servicios y las instituciones de financiamiento. El financiamiento de la salud se convierte en una responsabilidad de las instituciones de seguridad social que deberán llegar a la población y finalmente la provisión de los servicios deberá ser llevada a cabo bajo la pluralidad de agencias para que los servicios puedan ser adaptados a las necesidades de la población (Londoño y Frenk, 1997)”⁶⁵

Este nuevo modelo no sólo menciona las funciones específicas de cada uno de los actores involucrados en el sistema, sino también la interacción de entidades públicas y privadas para el mantenimiento y protección de la salud.

Por el otro lado, la coalición con ideas similares entorno a la universalidad del sistema de salud tomó como fundamento la *Medicina Social* que estaba caracterizada por ideas marxistas/socialistas al igual que otras líneas ideológicas de la región latinoamericana. Las principales ideas que fundamentaron esta coalición fue el apoyo hacia los pobres y vulnerables, con cierto sentido de justicia social. Una de las posturas clave iba en contra de la privatización de los servicios y provisión de los mismos por agencias privadas, ya que ésta es considerada como una obligación y responsabilidad estatal. Si bien este grupo también se originó en el ambiente académico, no tuvo ni el apoyo institucional e internacional, ni el alcance que obtuvo la coalición de la nueva salud pública, debido a sus ideas radicales y críticas a las políticas capitalistas neoliberales. (Blanco Mancilla, 2011:112-113)⁶⁶

⁶⁵ Citado en Blanco Mancilla, 2011:109

⁶⁶ Según Blanco Mancilla la gestación de este grupo se llevó a cabo en la Universidad Autónoma Metropolitana, donde muchos de sus miembros como Asa Cristina Laurell, Catalina Eibenschutz, Carolina Tetelboin, Mariano Noriega, Jose Blanco Gil y Olivia López, bien organizados se presentaban en la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) fundada en 1984. La mayor parte de sus investigaciones eran publicadas principalmente en español y portugués en revistas científicas como *American Journal of Public Health* y *International Journal of Health Services*, por lo que el ámbito de influencia se redujo a esa región por medio de discusiones académicas y se enfrentó a ideologías distintas y resistencia de cambio. (2011:114)

Si bien estos grupos no se gestaron de forma concreta, si se lograron identificar los grupos opositores. La diferencia entre uno y otro no sólo se encuentra en su base ideológica⁶⁷ (muy a pesar que ambas buscan el objetivo similar sobre la universalidad del sistema) sino que ésta última coalición incluyó a la preocupación por los determinantes sociales de la enfermedad, y los efectos de estos en las políticas y las causas ambientales. También este grupo en su persistencia por hacer frente político, académico y ser el principal opositor a la coalición de la nueva salud pública, se vio inmerso en actividades políticas, protestas, críticas académicas y periodísticas hacia el sistema de protección social. (Blanco Mancilla, 2011:114)

Blanco-Mancilla concluye que las dos coaliciones difieren en sus ideas sobre las políticas, la enfermedad y la salud siendo opuestas, también marcaron la dicotomía entre lo individual y lo colectivo en torno a los servicios de salud (2011:116). El grupo sobre medicina social estuvo más involucrado políticamente a diferencia del grupo de la nueva salud pública, el cual se mantuvo neutral sobre un partido político hasta antes de la reforma, pero se nutrió de los vínculos con las elites económicas y políticas que llevaron a la creación del nuevo sistema de aseguramiento y por lo tanto incidir en las decisiones de gobierno.

Así la interacción constante de los actores de la primera coalición con el gobierno en turno llevó a la preparación de un programa piloto que conduciría a la reforma en el sector que permitiera la implementación del modelo en el resto del país. De acuerdo con Frenk, quien preparó el camino de la reforma con el diseño del programa piloto en 2002 fue denominado Seguro Popular, la política debía cumplir con los principales puntos de un sistema integrado:

Primero, *tiene que garantizarse la protección financiera sobre las consecuencias de la enfermedad*; es decir, debe proteger ante los riesgos que se derivan de las condiciones de vida de la población, entre ellos la pobreza, esto mediante un paquete de beneficios de protección individual y fondos destinados para esto; segundo, *se tienen que cambiar los incentivos tanto para los proveedores como para los usuarios*, es decir realizar modificaciones en los mecanismos de pago para la provisión de servicios; tercero, *las prioridades y la portabilidad de los derechos necesitan ser explícitas a través de la inserción de beneficios garantizados que serán traducidos en paquetes esenciales de servicios de salud*; y finalmente, el mayor reto para un

⁶⁷ Una base ideológica se entiende por la postura que los diferentes grupos y actores tuvieron frente a la interacción del Estado, mercado y la familia en la política de salud y la provisión de servicios.

sistema de salud son los recursos materiales y humanos, por lo que también menciona la importancia de mejorar el desempeño a través de la capacitación, profesionalización, supervisión del personal del sector. (Frenk, 2009:172)

El grupo especializado que promovió la reforma hizo énfasis en los valores democráticos explícitos en los cuales se basó la creación del Seguro Popular, esto a partir de la salud más allá de un privilegio, sino como un derecho social (tal y como lo establece el artículo 4 constitucional). Este proceso lo llama *la democratización de la salud*, el cual *implica la adopción de normas y procedimientos de ciudadanía en aquellas instituciones donde se han regido por otros principios como el control y acatamiento de normas, tradiciones y procesos burocráticos*. Esto incluyó una visión de ciudadanía y la búsqueda del pleno ejercicio de los derechos políticos y sociales, en especial el ejercicio del derecho a la protección de la salud, a través de la titularidad y portabilidad de los derechos. (Frenk, 2009:1406-1407)

2.7. La reforma a la Ley General de Salud en 2003

La creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) planteaba una reorganización del sistema en términos de funciones y financiamiento de todo el sector, fortaleciendo la figura rectora de la Secretaría de Salud para así mejorar la equidad sanitaria y lograr la eficiencia en la prestación de servicios, ya que de acuerdo con Frenk y su grupo *la descentralización de los servicios de salud había debilitado el liderazgo de esa entidad*. Así, el objetivo contempló lograr la cobertura universal de los servicios por medio de la incorporación al sistema a través de la afiliación con un paquete de beneficios y protección financiera, esto para 50 millones de personas excluidas de la seguridad social, por lo que se planteó reforzar las funciones de administración y financiamiento del sector. (Frenk et al., 2006:1528)

En este sentido, estos objetivos se incluyeron en la reforma tres componentes que contemplarían estrategias y mecanismos de acción, el primero fue la *afiliación* dado que es un sistema de protección social contra los riesgos y un modelo de aseguramiento individual; el segundo componente fue la innovación de la *estructura financiera* mediante fondos orientados tanto al pago de servicios individuales y gastos catastróficos, como a servicios comunitarios que contemplan medicina preventiva y vigilancia epidemiológica; el tercer componente forma parte de la *estructura organizacional* alrededor del sistema, mediante la creación de agencias que regulan las actividades relacio-

nadas con el sector. (Knaul et al., 2012:1262) Tal fue el caso de la creación de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) quién controlaría y supervisaría el funcionamiento del seguro en coordinación con la Secretaría de Salud y la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).⁶⁸

De acuerdo con los principios del sistema y el cumplimiento de los objetivos el primer componente de la reforma fue la protección financiera contra los riesgos a la salud para la población abierta, esto se realizaría a través de la afiliación y un paquete de beneficios que ofrece servicios personales. De acuerdo con Frenk, éste tendría las siguientes características:

1) las intervenciones serían seleccionadas bajo un análisis de costo-beneficio y criterios de aceptación social; 2) los paquetes brindarían un modelo para estimar los recursos requeridos para fortalecer el sistema de salud a través de inversiones en infraestructura, equipo y personal; 3) el paquete se utilizaría como herramienta de aseguramiento de calidad, diseñada para garantizar que los servicios fueran proporcionados de acuerdo con protocolos estandarizados; 4) el paquete sería un instrumento de empoderamiento de la gente para hacer consciencia de la portabilidad de sus derechos. (Frenk, 2009:1407)

El seguro cubriría cierto tipo de intervenciones tanto de atención médica ambulatoria como hospitalaria, para el momento de la reforma el paquete incluía un total de 250 servicios esenciales de salud, entre ellos básicos y relativamente de bajo costo; y 18 intervenciones de alto costo, considerados catastróficos y que anteriormente eran realizadas con un pago directo.⁶⁹ (Frenk, 2009:1407)

Sin embargo, anterior a la reforma la Secretaría de Salud ya contaba con un paquete de servicios para la población abierta y sólo se beneficiaba por medio de la entidades estatales y regionales de salud, así que las razones por las cuales se creó un nuevo paquete de servicios fueron las tres siguientes:

⁶⁸ Al constituirse la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) tuvo a su cargo la regulación y aprobación de nuevos medicamentos e instrumentos médicos, la finalidad de su creación fue el fortalecimiento del papel rector y organizativo de la Secretaría de Salud en conjunto con el Consejo de Salubridad General. (Knaul et al., 2012:1262)

⁶⁹ Al inicio de la reforma el número de intervenciones se encontraba el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) que posteriormente se llamaría Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) y finalmente sufriría otro cambio de nombre denominándose Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). (González Pier, et al., 2006:49)

La primera, el paquete de intervenciones sirve como una huella para estimar los recursos requeridos para fortalecer la provisión de servicios de salud a través de tres mayores planes para inversiones a largo tiempo en infraestructura, equipo médico y personal médico. La segunda razón, el paquete es utilizado como una herramienta asegurada de calidad diseñada para garantizar todos los servicios que son ofrecidos acorde con los protocolos estandarizados. Finalmente, el paquete es utilizado para empoderar a las personas haciéndolos conscientes de sus beneficios. (Frenk, 2009:543)

Si bien el nuevo paquete de servicios e intervenciones era limitado, éste se incrementaría de acuerdo con la infraestructura obtenida, y los demás recursos materiales y humanos disponibles, al igual que la frecuencia de los padecimientos entre los beneficiados conforme se fuera consolidando el sistema. La incorporación de nuevas intervenciones en el catálogo estaría estrechamente ligadas con el aumento de los afiliados, por lo que se esperaba la adición al sistema de las 50 millones de personas que hasta antes de la reforma no tenían ningún tipo de beneficios de la seguridad social, y ésta sería la meta a cumplir para el 2010.

El segundo componente de la reforma fue el esquema de financiamiento del sistema, el cual según Frenk y su grupo fue considerado innovador, ya que se conformaría de manera tripartita similar a la seguridad social y bajo la incorporación de fondos de servicios para las diferentes acciones de salud. Se separaría el fondo de servicios personales o clínicos y los bienes de salud pública, con la finalidad de proteger estas últimas intervenciones y donde los subsidios serían otorgados de acuerdo con la respuesta y necesidades de los beneficiados. (Frenk, 2009:543)

De acuerdo con el diseño del sistema, los fondos de servicios también cubrirían cuatro componentes: a) administración, información, investigación y desarrollo; b) servicios de salud para la comunidad; c) servicios personales de salud no catastróficos; d) servicios personales de salud de alto costo (catastróficos). (Frenk, 2009:543) De esta manera se englobaban todas las funciones del sector y sobre todo la provisión de los servicios se realizaría con una variedad de proveedores acreditados ya fueran públicos o privados. (Knaul et al., 2012:1259)

El funcionamiento de los fondos se realizaría de la siguiente manera: los servicios personales (atención médica) funcionaría por medio de un sistema de prepago de los beneficios a cargo del

Fondo de Servicios Personales de Salud (FSPS);⁷⁰ y los no personales (servicios para la comunidad de prevención y promoción de la salud)⁷¹ estarían a cargo del Fondo de Servicios de Salud para la Comunidad (FSSC); las intervenciones médicas con altos costos (catastróficos) por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC); y la administración, investigación, información y desarrollo correría a cargo de la Secretaría de Salud. (Knaul et al., 2012:1263)

En este sentido, la contribución a estos fondos (FSSC, FSPS y FPGC) se realizaría de manera tripartita, de manera muy similar a la seguridad social (aportación gubernamental, el empleador, y la del trabajador) sin embargo, se sustituiría al empleador con las aportaciones gubernamentales y estatales para la prestación de los servicios y las del trabajador por las aportaciones de los beneficiarios.

La aportación gubernamental denominada *cuota social* (CS) se conformaría de acuerdo con lo establecido en la LGS, una aportación anual por familia beneficiaria equivalente al 15% de un salario mínimo general vigente del Distrito Federal, proveniente del ramo 12 del presupuesto de la Secretaría de Salud. Sin embargo, para finales del 2009 una reforma al sistema de aportaciones cambiaría a un 3.92% anual de un salario mínimo general vigente por persona afiliada, una cifra que para 2011 sería de \$ 847.80 pesos.⁷²

Por otro lado, se suma también *Aportación Solidaria Federal* (ASF) las cuales se otorgan a las entidades federativas, por medio del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona (FASP), obtenidos del FASSA del Ramo 33 presupuestal, ambos orientados a los servicios de salud a la persona. Esta transferencia de recursos se realiza tomando en cuenta la cantidad de beneficiarios registrados en el padrón, y a su vez es validada la capacidad y desempeño de cada entidad para otorgar las aportaciones. La distribución de los recursos hacia las entidades federativas se realiza de acuerdo con la fórmula establecida en el Reglamento de la LGS. (González Pier et al., 2006)

⁷⁰ Es necesario mencionar que la protección de los servicios personales de salud estuvo basada en una lógica de seguros enfocada al riesgo, la composición de este fondo está acompañada de contribuciones familiares anuales dependiendo de la capacidad de pago de las familias (también vista como corresponsabilidad) y de la recaudación fiscal.

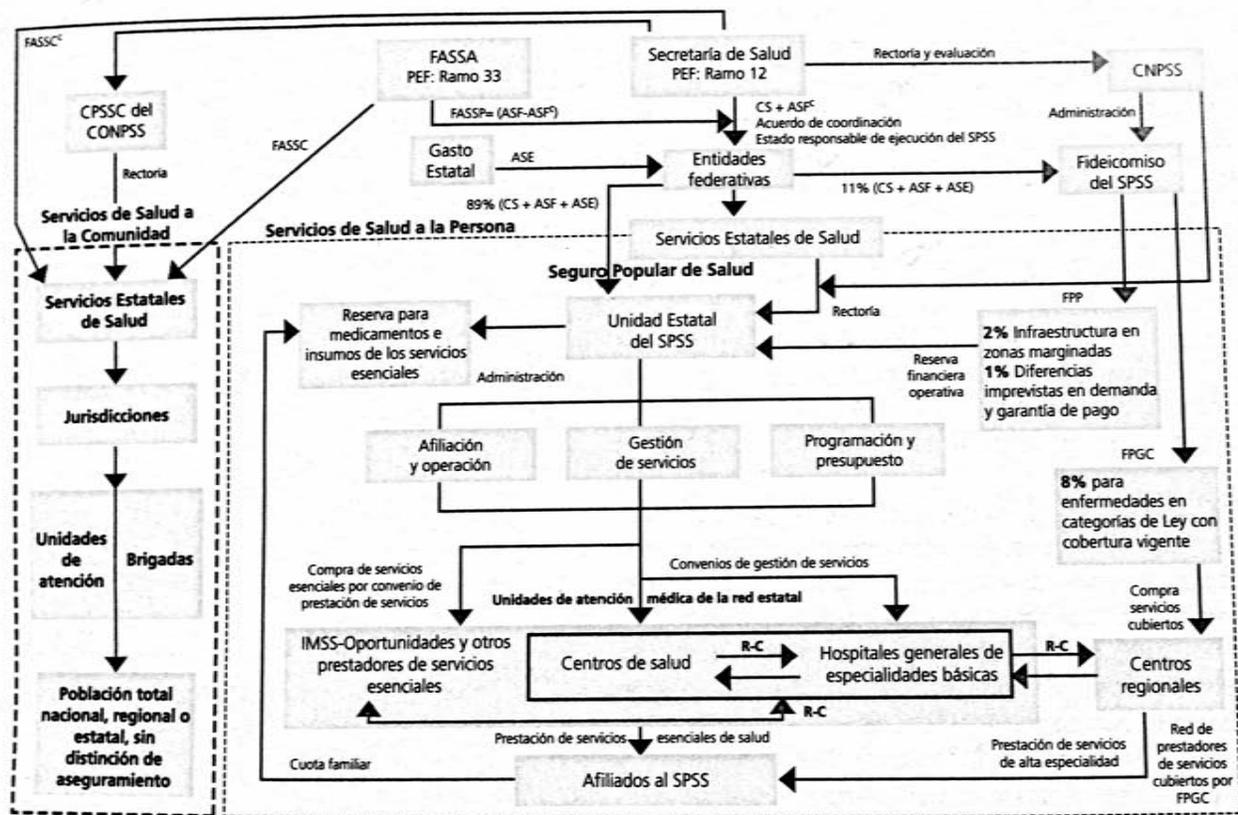
⁷¹ La separación está diseñada para proteger los servicios de salud públicos que tienden a estar en riesgo en las reformas cuando el seguro se expande al resto de la población. (Knaul et al., 2012:1263)

⁷² Informe de Resultados del SPSS 2011, CNPSS, SSA

Otro ingreso para el sistema es la *Aportación Solidaria Estatal* (ASE) el cual se tendría contemplado dentro de los presupuestos estatales, éste dependería del número de afiliados, sin embargo, la recaudación e inversión en salud de cada entidad de acuerdo con la LGS, la aportación mínima sería equivalente a la mitad de la cuota social (0.5%) por persona afiliada, las cuales se sumarían al resto de las transferencias federales.

Finalmente a éstas aportaciones se añadiría una *cuota familiar*⁷³ el cual es un monto pagado de manera anticipada, progresiva y anual por cada familia afiliada, de acuerdo con el ingreso y del poder adquisitivo de cada una. El diseño del modelo plantea que en caso de incapacidad económica no se le negaría la incorporación al seguro a ninguna persona, ya que como lo indicaba el objetivo era afiliar a personas sin beneficios de seguridad social y con escasos ingresos. (Frenk, 2009:544)

CUADRO 1.1. Modelo financiero y operativo del SPSS



Fuente: González Pier, Eduardo et al. (coord.) (2006) *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México. FCE, SSA, INSP.

⁷³ Las cuotas familiares se dividen en dos regímenes dependiendo del estudio socioeconómico que se les realiza, el contributivo que se caracteriza con la aportación de una cuota anual, anticipada y progresiva, y el no contributivo, son aquellas que su situación les impide algún tipo de aportación. La sujeción de cada familia al decil de ingreso se verifica cada tres años, con la finalidad de ubicar la estabilidad económica de cada familia.

El cuadro muestra la estructura operativa de la proporción de los servicios de salud a la comunidad y a la persona comandados por los Servicios Estatales de Salud, al igual que la distribución de las aportaciones transferidas, se observa que la principal fuente son las transferencias federales provenientes del Ramo 12 y de Ramo 33 (Cuota Social + Aportación Solidaria Federal) y las aportaciones estatales (ASE), las cuales representan el 89% de recursos destinados a cubrir los servicios en cada una de las entidades federativas. De esas transferencias un 11% se destinan para infraestructura e imprevistos en la demanda de servicios y el *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos* (FPGC)⁷⁴ el cual está orientado para financiar aquéllas intervenciones que representan un riesgo económico alto para los beneficiarios.

En el cuadro también se muestran las funciones de cada uno de operadores del sistema como son la rectoría y educación para la Secretaría de Salud; administración para la CNPSS en conjunto con el Fideicomiso del SPSS para la operación de los fondos; gestión de servicios y compra de servicios esenciales para las Unidades Estatales de Salud; y la prestación de los servicios por los Centros de Salud habilitados al sistema.

El tercer componente de la reforma fue la estructura organizacional comandada por la figura de la *Comisión Nacional de Protección Social en Salud* (CNPSS) como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, la cual contaría con autonomía técnica, administrativa y operativa, ésta tendría a su cargo el instrumentar la política de protección social en salud, el control y supervisión del seguro en coordinación con los regímenes estatales de salud.

La coordinación se realizaría a través de los *Regímenes Estatales de Protección Social en Salud* (REPS), los cuales serían los responsables de promover y gestionar los servicios de protección en salud, administrar los recursos, así como la supervisión de los prestadores de servicios, el pago de los mismos y los medicamentos brindados. (González Pier et al., 2006)

En el diseño de la reforma se esperaba que la inversión en salud llevara a una expansión en la red de atención médica acompañada del aumento en tecnología hospitalaria, y la disponibilidad de profesionales de salud como recursos operativos que permitieran funcionar y progresar a la

⁷⁴ Un gasto catastrófico es considerado aquél que se derive de un tratamiento o medicamento que cubra las necesidades de salud, hay sido por medio de una intervención, prevención, diagnóstico, terapéutico, paliativo o de rehabilitación (LGS, 2012, Artículo 77 bis 29)

reforma en los años siguientes, esto a su vez se daría en función del aumento de los afiliados (Frenk et al., 2006:1530). Sin embargo, este diseño se enfrentaría a la implementación del sistema y las dificultades técnicas y operativas en cada una de las entidades federativas.

Así, bajo estos elementos en la reforma, fueron trabajados durante 2001 por los principales actores de Funsalud (Julio Frenk, Eduardo González Pier, Enrique Ruelas, Carlos Tena, Octavio Gómez Dantés, Ana Langer y Felicia Knaul) sobre lo que sería el Seguro Popular, un análisis, planteamiento técnico, implicaciones económicas y revisión de experiencias internacionales, que demostró el arduo trabajo que se pondría en práctica en el programa piloto. (Ortíz, 2006:41)

Este programa serviría como evidencia científica y académica para la reforma a la LGS a finales del año 2003. Las entidades que se aceptaron para la operación fueron Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, la selección de éstas fue en función de las características socio-demográficas y los servicios disponibles en cada una de ellas y la modalidad de aseguramiento ya fuera seguridad social o población abierta.⁷⁵ La implementación fue favorecida y bien recibida por los gobiernos estatales, ya que se trataba de recursos disponibles para infraestructura y recursos materiales en salud. Por lo consiguiente, a lo largo del año 2002 en cada una de las entidades donde se operaba el programa piloto del Seguro Popular se lograron afiliar a un gran número de personas alcanzando una meta de 60, 000 familias, por lo que al final de ese año se obtuvo un logro de 295, 000 afiliados (Ortíz, 2006:42-43). Esto representó para el grupo de especialistas un gran logro para el programa, ya que generaba condiciones favorables para la puesta en marcha del nuevo sistema, sin embargo sólo se enfocó a la afiliación y a la aceptación del sistema en los gobiernos estatales.

Esta fue la primera etapa para avanzar hacia la cobertura universal por medio de un modelo de aseguramiento individual y que pretendía hacer evidente que la toma de decisiones debían estar basadas en el conocimiento de la realidad y del contexto mexicano para así aportar a la investigación científica evidencia empírica suficiente para la formulación y reformulación de políticas públicas.

⁷⁵ En la selección de los estados se tomaron en cuenta diferentes variables, entre ellas el número total de población, número de población excluida a la seguridad social y sin protección de salud, para las entidades se sumó la variable donde se tuviera un alto índice de cobertura en servicios de salud con calidad, por lo que se seleccionaron las entidades en contraste Jalisco y Tabasco. (Ortíz, 2006)

El proyecto de reforma al encontrarse listo tenía que ser aprobado por la Secretaría de Hacienda, ya que contemplaba un modelo financiero específico, esto presentó dificultades, también se enfrentaron a la resistencia burocrática administrativa y sobre todo al cabildeo político, lo cual tomó cerca de un año de sesiones, negociaciones y convencimiento para la aceptación de la reforma.

La aprobación de la reforma por las diferentes facciones políticas en el Congreso de la Unión fue un proceso arduo de negociación, mientras el Partido de Acción Nacional y fracciones importantes del Partido Revolucionario Institucional y Partido Verde Ecologista de México, tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados fue respaldada, sin embargo, la principal resistencia provino del Partido de la Revolución Democrática. Esta reforma pasó por las comisiones correspondientes, y tras múltiples revisiones (100 enmiendas y 21 artículos transitorios) los principales puntos de discusión fueron la universalidad, gratuidad del programas y *el impacto negativo de la ley sobre las finanzas estatales*, y finalmente aprobada a finales de abril del 2003 y entrando en vigor en 2004 el Sistema de Protección Social en Salud⁷⁶. (Ortiz, 2006:106-112)

Para el grupo de especialistas de la nueva salud pública se consideró que la reforma enfatizaba el carácter universal de la protección de la salud y sobre todo, el principio de equidad sanitaria y justicia social, a pesar de ser una herramienta frecuentemente utilizada en los enfoques tecnócratas sobre la atención a la salud Frenk menciona que logró reconciliar dos extremos: *por un lado una aproximación selectiva y tecnocrática sobre la distribución de los servicios de salud que pretende tener una base moral neutral, y por el otro la aproximación basada en derechos que tiene un fundamento valorativo muy fuerte pero deficiente soporte operativo*. (Frenk, Gómez-Dantés, 2009:1407)

En este sentido Fineberg (2006) al referirse a la reforma menciona que *México ha puesto el fundamento para una expansión progresiva de los servicios que están cubiertos a un ritmo asequible con ingresos nacionales en aumento y compatible con el aumento de las expectativas públicas*; en especial en la región latinoamericana con características económicas, políticas y sociodemográficas similares.

⁷⁶ La reforma comprendió los cambios a los artículos 13,17,28 y 35 de la ley, así como la adición del Título tercero bis que comprendía los artículos 77 bis 1 al 77 bis 41 donde se incluyó el Sistema de Protección Social en Salud. (Ortiz, 2006:42-43)

En contraste para otros autores como Tamez González y Eibenschutz (2008), el Seguro Popular se consideró *pieza clave en la mercantilización de la atención médica*, ya que existían limitaciones que reflejaban inequidad en el acceso a la salud, desde el punto de vista financiero, de infraestructura y personal médico. Si bien esta reforma marcó el rumbo de este proceso de la mercantilización de los servicios, los programas sociales que le antecedieron (como los programas de transferencias condicionadas implementados en los último cuatro sexenios) prepararon el camino para desmantelar la seguridad social⁷⁷ y fortalecer este nuevo modelo de protección social con el objetivo de acelerar el crecimiento y competitividad del país.

En este sentido, este momento marcó el inicio de la creación de políticas públicas de salud orientadas al aseguramiento individual fundamentado en el derecho a la protección de la salud, involucrando la participación público-privada en la atención. Esto tuvo efectos en la población de diversas maneras, que se describirán más adelante, entre ellas un sistema que se sumó al ya fragmentado y disperso Sistema Nacional de Salud.

2.8. Implementación y efectos del Sistema de Protección Social en Salud

La implementación del sistema se realizó paulatinamente en cada una de las entidades federativas durante el periodo de 2005 y 2009 incluyendo el Distrito Federal, siendo éste uno de los últimos en incorporarse debido a la resistencia de ciertos grupos políticos y académicos locales, entre ellos el Partido de la Revolución Democrática, Partido del Trabajo, y algunos otros especialistas académicos entre ellos la Secretaria de Salud del Distrito Federal, Asa Cristina Laurell.

Como primer paso se destinó a la afiliación, estableciendo como meta incorporar a la mitad de la población no beneficiaria a la seguridad social y abierta a un 100% para el año 2010. Esto fue ocurriendo de manera intensiva en los primeros años de operación teniendo para finales de 2005 un total de 11.4 millones de afiliados (González Pier et al., 2006:74) y los principales estados que tuvieron una cobertura de más del 80% fueron Aguascalientes, Chihuahua y Tabasco, dos de estos estados habían iniciado este proceso desde la operación del programa piloto en 2002.⁷⁸

⁷⁷ Las reformas que marcaron a la seguridad social comenzaron con la del IMSS en 1993 ante el ajuste del régimen de pensiones y jubilaciones, posteriormente en 1997 de nuevo con el seguro social que consolidó estas estrategias, y finalizando en 2010 con modificaciones para el ISSSTE con medidas similares.

⁷⁸ Datos obtenidos del Informe de Resultados 2007, INSP-SSA

Como cualquier reforma al entrar en operación fueron necesarios algunos ajustes en términos de afiliación, en 2008 se realizaron modificaciones en la unidad de medida de la protección, ya que originalmente en el diseño de la política se consideró a la familia como el núcleo del aseguramiento; esto se debió a que se había asumido a cada jefe(a) de familia sin seguridad social como titular de la póliza, ya que tendría dependientes directos (hijos y/o padres) que tampoco tenían algún tipo beneficio en salud, y por lo tanto se protegería al resto de los dependientes. Sin embargo, dada la heterogeneidad de las familias llevo a realizar ajustes en la unidad de medida sobre todo para las aportaciones presupuestales otorgadas en función de esta medida, por lo tanto a partir de ese año se comenzó la afiliación de personas como titulares de póliza, la unidad de protección se volvió individual de manera que las contribuciones a cada una de las entidades también se realizara cumpliendo esta condición.

En el transcurso de la implementación y de estos cambios también se evidenció la falta de información acerca del número total de familias y la composición de sus integrantes, ya que cada núcleo familiar podían tener integrantes mayores de 18 años que eran incorporados al sistema y considerados como una familia unipersonal aun pretendiendo al núcleo original, es decir, en consecuencia en un núcleo familiar podían tenerse más de dos pólizas, provocando la absorción de más recursos por parte de los gobiernos locales. (Knaul et al., 2012:1264).

Aún así en congruencia con la operación del sistema en cada entidad y con los esfuerzos por integrar a la mayor parte de la población al sistema sin importar la utilización de los servicios, los informes de resultados, hasta abril de 2012 tenían como afiliados a 52.6 millones de personas, con un gran aumento en los últimos tres años, de 2009 al 2012. (Knaul et al., 2012:1267). De esta manera, para el grupo de especialistas y para el gobierno federal la meta establecida al comienzo de la implementación del sistema por incorporar a más de 50 millones de personas había sido cumplida, sin contemplar la utilización y el acceso los servicios de salud.

La composición de los beneficiarios originalmente se basaba en población vulnerable y en situación de pobreza, lo cual fue posible gracias a la operación de mecanismos de afiliación por programa como lo fue el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) enfocado a niños menores de cinco años. La incorporación de esta política al sistema significó la protección de re-

cién nacidos que no tenían otro tipo de aseguramiento. Esto también absorbió más recursos, ya que se sumaron a la lista original de intervenciones cubiertas por el Seguro Popular, otras 110 intervenciones y otras medidas preventivas orientadas a este grupo de edad y las madres en lactancia en conjunto con el programa Embarazo Saludable también iniciado en ese año. (Knaul et al., 2012:1263)

Los beneficiarios del programa de Desarrollo Humano Oportunidades que eran atendidos por los servicios de salud en los estados fueron incorporados automáticamente al sistema, ya que se consideraron grupos vulnerables. De igual manera ocurrió con el Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)⁷⁹ puesto en marcha en 2009 incluyendo a personas ubicadas en zonas alta marginación.(CNPSS, SSA, 2009:22-29) Esto elevó año con año la afiliación y el número total de pólizas dentro del sistema, entre ellos trabajadores independientes, trabajadores profesionales y agrícolas, y todos aquéllos que no se encontraban dentro de la actividad laboral formal entre ellos amas de casa y adultos mayores. (Knaul et al., 2012:1266)

Otro de los programas incorporados al sistema fue *Consulta Segura*⁸⁰ el cual involucraba a las familias por medio de chequeos médicos obligatorios como prevención de enfermedades, este comportamiento similar a los seguros para evitar el riesgo y el costo innecesario de intervenciones en un futuro. Esta estrategia se incluyó en 2010 representando un gran paso para el sistema generando comportamientos preventivos en la población en relación con el costo-beneficio de los servicios de salud. (Knaul et al., 2012:1265), esto aunado al aumento en el número de intervenciones del paquete esencial de servicios, el cuál fue de 91 intervenciones para 2004 a 284 para 2012, *cubriendo más del 95% de las causas de tratamiento en unidades ambulatorias y hospitales generales*, incluyendo aquéllos orientados a infantes y mujeres en el embarazo. (Knaul et al., 2012:1267) lo que de acuerdo con las cifras oficiales mostraba una cobertura del seguro de manera más amplia para los beneficiarios. Así fue como diversas estrategias se utilizaron para incrementar el número de afiliados a lo largo de los 9 años del Seguro Popular.

⁷⁹ Este programa fue operado por la Secretaría de Desarrollo Social el cual tuvo como objetivo contribuir a la reducción de las desigualdades regionales al crear o mejorar infraestructura social básica y de servicios, así como las viviendas en las localidades y municipios de muy alta marginación, rezago social o alta concentración de pobreza. Informe de Resultados 2009, CNPSS,SSA.

⁸⁰ Las consultas de rutina son obligatorias para todos en el momento de la afiliación, el objetivo de esta estrategia es realizar un perfil de riesgo de cada beneficiario, para promover el cambio desde lo curativo a lo preventivo y así generar un registro y sistema de detección temprana de algunos padecimientos. (Knaul et al., 2012:1265)

En este sentido, según Frenk algunos efectos mostrados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) y por la información obtenida de la Secretaría de Salud mostraba avances positivos en la utilización de los servicios por los beneficiarios, más allá de la simple afiliación, como lo menciona en el siguiente párrafo.

...los beneficiarios del Seguro Popular tenían más probabilidad de usar los servicios de salud basados en la demanda percibida que los individuos sin seguro. Este estudio muestra también que el vínculo entre afiliación y utilización de servicios, vistos de la misma manera, el incremento en la afiliación de 0% a 20% fue asociado con el incremento en la utilización del 58% al 64%. (Frenk, 2009:545)

Sin embargo, a lo largo de este periodo de implementación de los servicios de salud y de la incorporación de diversos programas que promovían los esfuerzos por afiliar a las personas no se materializó de la misma manera en la utilización de los servicios de salud ni en la disminución del gasto de bolsillo de los beneficiarios, como lo han mostrado diversos estudios sobre la evaluación e impacto de esta política.

Estos primeros trabajos se orientan al impacto en el gasto de bolsillo, con la finalidad de demostrar la disminución de éste, ya que como se planteaba en el modelo, la protección financiera era vital tanto para las personas como para el SPSS. Tal es el caso del estudio sobre el impacto del gasto de bolsillo, investigación realizada en la Universidad de Harvard por el grupo de especialistas dirigido por King (et al., 2009) sobre el impacto en el gasto de bolsillo de las personas y en el acceso de los servicios de salud de los beneficiarios de este seguro. Este estudio fue encomendado por la Secretaría de Salud en México, con la finalidad de tener evidencia inmediata sobre el impacto en los beneficiarios, este se llamó “*La encuesta de evaluación de impacto del Seguro Popular*” (SPIES por sus siglas en inglés) el cual demostró que el programa tuvo beneficios significativos en los gastos de salud de las personas (y otros aquéllos que no eran de salud), sin embargo, no se habían encontrado efectos en la utilización de los servicios, en la salud de las personas o en los gastos en medicamentos. (Barofsky, 2011:5) Esto demostraba que tres años después de la implementación, no se lograba visualizar un impacto significativo en las personas.

De igual manera, Barofsky utilizando la información de King (et al., 2009) y del SPIES, realizó una investigación utilizando múltiples categorías que permitieran analizar el impacto del Seguro

Popular en la salud de las personas, reducción del gasto en salud, reducción del riesgo y mejoramiento en la oferta de empleo. Los resultados obtenidos en este estudio demostraron que los recursos destinados al gasto en salud fueron mínimos y sobre todo que la utilización de los servicios no había aumentado y como dato adicional no se había encontrado ningún tipo de impacto en la salud de las personas (2011:17) Estos resultados resultaron impactantes dentro del análisis del seguro, ya que la reducción del gasto de bolsillo no era suficiente en comparación con los efectos esperados en los demás rubros.

El estudio de Gálarraga (et al., 2010) utilizando variables similares a las utilizadas en el estudio de King (et al., 2009), realizaron clusters de estudio seleccionando hogares involucrados en el seguro para así obtener los resultados que a su vez pudieran ser extensibles al resto del país. El estudio demostró que el Seguro Popular...

...tiene un efecto protector en gastos excesivos en salud y en los gastos relacionados con la mayoría de los gastos de bolsillo para la población mexicana. [incluso a nivel nacional] Sin embargo, algunas limitaciones se encuentran en este análisis, la definición de gastos catastróficos no considera a esos hogares que posponen su salud por la falta de recursos financieros (Gálarraga et al., 2010:445)

Uno de los estudios importantes en esta materia en el realizado por Barros (2008) el cual por medio de la variación en la intensidad de la afiliación de programa en tiempo y espacio comparando personas en el sector informal (elegible por el Seguro Popular) y aquéllos en el sector formal (no elegible por el Seguro Popular) para medir los impactos del programa. Como resultados se encontró que el programa logró reducir sustancialmente los gastos de bolsillos de los beneficiarios provocando cambiar de proveedores de salud privados a los públicos, sin embargo, el impacto en el estado de salud es reducido o incluso inexistente. De igual manera se demostró que el programa tampoco tuvo efecto alguno en la participación en la fuerza de trabajo o remuneraciones, el estudio plantea que no existe evidencia para inducir que los trabajadores formales cambiar al sector informal producido por el Seguro Popular, ya que comúnmente éstos deciden acudir a las instancias de salud propias de la seguridad social.

Otro estudio en materia de gasto de bolsillo es la “Evaluación de costo-efectividad del Seguro Popular” realizado por el Centro de Investigaciones y Docencia Económicas (CIDE), el cual

muestra que la disminución del gasto del bolsillo se debió al aumento de la cobertura por el seguro, sin embargo, en el análisis no se visualiza un aumento en el uso de los servicios de salud, ni en la salud de los beneficiarios. Una conclusión similar a los estudios antes mencionados. Este estudio no revela a profundidad los efectos de la implementación del programa, sin embargo, demuestra que el gobierno gasta en mayor cantidad en el Seguro Popular y las estrategias de financiamiento en comparación con las aportaciones que realizan las familias, esto debido a la conformación de los afiliados tratándose de familias con escasos ingresos. Una importante conclusión de este estudio en la necesidad de seguimiento y continuidad del seguro por el gobierno del siguiente periodo 2012 - 2018. (Miranda et al., 2012:80)

Estos estudios suman la evidencia necesaria para asumir que el seguro funciona como un esquema individual de protección de padecimientos e intervenciones limitados a los contenidos en un catálogo de salud, y que la disminución en los gastos excesivos en el bolsillo de las personas no ha sido significativo, por lo el aumento de los gastos puede llegar a empobrecer a las personas.

Por otro lado, otras evaluaciones como la de Gutiérrez y Hernández-Ávila (2013) analizaron la cobertura actual de protección en salud entre el periodo 2000 y 2012, es decir en dos tiempos sobre una misma política, obteniendo como resultado una disminución de la población abierta sin protección alguna en salud del 57.6% al 21.4% como consecuencia de haber sido incorporada al SPSS, coincidiendo con los datos oficiales. El seguro cubrió un total de 38.5% de la población total, entre ellos se concentraba el grupo de edad entre los 15 y 30 años. Este estudio concluyó que si bien el sistema había logrado avances significativos en el incremento de la cobertura, *resaltaba la complejidad del aseguramiento universal en un sistema fragmentado*, esto muestra que la incorporación de la población abierta en un nuevo modelo de aseguramiento no subsana el acceso efectivo, ni la utilización de los servicios.

Sin embargo, una vez más se asocia la cobertura como la protección contra una eventualidad de salud en términos de afiliación, sin denotar que existen otros determinantes para el acceso de los servicios y sobre todo para la salud de las personas, los cuales también necesitan cubrirse como: alimentación, educación, envejecimiento, ingreso, etc.

El estudio de Knox (2008) muestra mediante la observación de 819 hogares a lo largo de dos años (2002 a 2004) en su adscripción al seguro, se encontró un aumento significativo en la probabilidad de uso de los servicios de salud por las familias afiliadas, al igual que un aumento significativo en el número de veces que éstos son usados, especialmente entre niños pequeños. Sin embargo, no se encontraron cambios en el gasto de salud de las familias beneficiadas, ni mejoramiento en el estado de salud; por el contrario, se encontró un ligero aumento en el reporte de enfermedades en mujeres adultas. (2008:34) Esto demuestra el bajo impacto en el gasto de bolsillo de los beneficiarios; en un segundo nivel de análisis, este estudio demostró que el seguro no ha causado una salida de los trabajadores del sector formal de la economía. (2008:104)

Otro tipo de evaluaciones se enfocaron a los ajustes financieros para la implementación del sistema, como se mencionó anteriormente, el cambio de unidad de protección de familia a individuo, tuvo cambios también en los montos de las transferencias estatales. Knaul (et al., 2012) menciona que desde 2008, se incorporaron regulaciones del uso de los recursos federales, las cuales definieron la manera en que se distribuirían los recursos en cada entidad, éstos podían tener un gasto máximo del 40% en personal y un 30% en medicinas y otros productos, con la finalidad de evitar el desvío de recursos para necesidades que no fueran propias del seguro o del sector. (Knaul et al., 2012:1265) De este manera, las entidades tenían a su cargo los fondos que no podían ser ejercidos plenamente sin previo aviso de la CNPSS, muy a pesar del incremento en los recursos federales transferidos para el sistema.

Las transferencias federales incluidas en el presupuesto asignado y ejercido por cada una de las entidades aumentó a lo largo de 9 años de implementación, de acuerdo con una evaluación en el año 2010 *se requirió gastar más recursos para producir la misma cantidad de servicios de salud que en 2004* (Miranda et al., 2012:79), esto muestra una deficiencia clara en el uso de los recursos y en la producción de los servicios y en consecuencia en el beneficio de la población.

La vasta información en torno a los resultados e impactos del Seguro Popular demuestra las conclusiones y opiniones diversas e incluso opuestas sobre éste, por lo que se logra consolidar la evidencia en torno a éste programa y los efectos sobre los beneficiarios, es importante mencionar

que representan insumos para el análisis sobre el sistema de salud mexicano y sobre todo elementos que permitan construir y unificarlo.

Consideraciones finales

La revisión del contexto en este capítulo describe la creación de los mecanismos de acción de respuesta a las necesidades de salud de la población, muestra un sistema fragmentado con diferentes puntos de acceso a los servicios y bajo condiciones específicas. Este sistema se formó ante momentos históricos con soluciones paliativas y sectorizadas, creando organizaciones y estrategias que protegían a un sector de la población, por lo que aunado a la influencia y recomendaciones internacionales, se crearon diferentes sub grupos de población con diferentes tipos de protección, por un lado a la seguridad social que protegía a trabajadores formales y dependientes, y por el otro el resto de los mexicanos sin protección alguna.

Sin embargo, la creación de un mecanismo de protección individual, que lograra integrar a la población sin seguridad social y disminuir el gasto de bolsillo de las familias en servicios de salud se concretó hasta el año 2004, gracias a la evidencia científica y académica. A lo largo de 9 años de implementación del Seguro Popular, las diversas evaluaciones y estudios de control realizados tanto por centros de investigación, universidades y reportes institucionales han demostrado las deficiencias y bajos impactos en la operación del seguro.

Los principales estudios se han orientado en dos sentidos: por un lado aquéllos enfocados en la cobertura de los servicios, mencionando sólo los grandes avances en términos de afiliación de individuos y el número de pólizas otorgadas reflejando un cambio significativo al periodo anterior a la reforma (Miranda, 2012; y Gutiérrez y Hernández-Ávila, 2013) los cuales no mencionan de manera profunda la implicación del acceso pleno a los servicios y mucho menos una cobertura universal en salud; mientras que por el otro lado están los estudios que han evaluado de manera exhaustiva el impacto del seguro en el gasto de bolsillo de los beneficiarios, demostrando un cambio poco significativo ya que no se contemplan otros gastos relacionados que afectan directamente las finanzas familiares, (Barros, 2008; King et al., 2009; Gálarraga, 2010; Barosfky, 2011) e incluso que contemple el uso de los servicios de salud. (Knox, 2008)

En este sentido, el análisis del contexto y los estudios entorno a la creación e implementación del Seguro Popular nos lleva a la conclusión que lejos de unificar el sistema de salud mexicano, sólo se contribuyó a la fragmentación del mismo brindando servicios de baja calidad y sin cumplir con el acceso efectivo a la salud. Laurell menciona que *la afiliación selectiva al Seguro Popular ha generado un nuevo segmento en el sistema de salud. Los afiliados gozan de beneficios distintos al resto de la población que se atiende en las mismas unidades de salud y con el mismo personal* (2011:2800) y sobre todo con los mismos recursos.

Sin embargo, la segmentación del sistema deja aún así un porcentaje todavía considerable de población abierta vulnerable y sin ningún tipo de beneficio, y como los estudios lo demuestran un bajo impacto en el gasto de bolsillo e inexistente en la salud de los beneficiarios. En el siguiente capítulo se mostrarán las características del seguro desde el tipo de beneficiarios y características hasta la utilización de los servicios de acuerdo con los datos más recientes obtenidos por reportes oficiales, de los estudios antes mencionados y los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

Capítulo III. El acceso a los servicios de salud en el Seguro Popular

La salud de las personas es determinada por múltiples factores como se ha mencionado en capítulos anteriores, en especial por el estado en el que se encuentran los servicios, su calidad y respuesta de ellos, al igual que la nutrición y el tipo de vivienda en el que se encuentran las personas. A esto también se le suma que los servicios de salud dependen de las características demográficas y sociales de la población, como por ejemplo, si una población es joven necesitará servicios orientados a la prevención o afecciones propias a su grupo de edad, a diferencia de una población donde prevalecen adultos mayores que demandan servicios de atención crónica degenerativa y geriátrica.

En este sentido, la formulación de nuevas políticas que contemplaran todos estos determinantes de la población mexicana (que responden a cargas culturales, como grupos étnicos u originarios, marginación, rezagos e incluso ingresos) y permitieran mejorar las condiciones de vida y de salud de los individuos fue la prioridad tanto para el grupo académico que preparó la reforma, como para el grupo político que llevó a cabo la implementación a lo largo de 32 entidades. Así, se llevó a cabo la creación del Seguro Popular como política enfocada a la protección de personas vulnerables, que lograra reducir el gasto de bolsillo de las familias y pudiera tener un acceso universal a los servicios de salud.

En este capítulo se describen las características de la población afiliada al Seguro Popular y las condiciones de la utilización de los servicios de salud por este grupo, para así, acompañados de los argumentos de los capítulos anteriores y los datos presentados pueda responderse la pregunta de investigación en el segundo nivel de análisis: ¿Bajo qué condiciones se da la cobertura y el acceso a los servicios de salud en el Seguro Popular?

Las fuentes de información recopiladas fueron los registros administrativos proporcionados por la Secretaría de Salud y la CNPSS como el Informe de Resultados 2012, el cual muestra información hasta junio de dicho año y el Informe de Resultados de 2013 que registra datos hasta el

primer trimestre de ese año, con el objetivo de contrastar la información obtenida con la de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT).

Es importante mencionar que los datos oficiales fueron obtenidos por investigaciones realizadas por entidades académicas y gubernamentales, mientras que por el otro lado los datos manejados en la base de datos de la ENSANUT 2012, fueron manejados mediante una muestra representativa de la población del país, a partir de 96, 031 cuestionarios individuales aplicados por el Instituto Nacional de Salud Pública en 50, 528 hogares y 14, 104 cuestionarios de utilizadores de servicios de salud.⁸¹

En este capítulo en la primera parte se describen las características de los beneficiarios con la idea de mostrar quiénes son los afiliados, dónde se encuentran, cuáles son sus beneficios en el último año de registro, incluyendo a la población que se reincorpora cada año de acuerdo con la vigencia de su póliza; y en la segunda parte se muestran las condiciones de cobertura y utilización de los servicios de salud por los beneficiarios del seguro; esta información permitirá visualizar el funcionamiento del seguro.

Los perfiles del Seguro Popular

3.1. Beneficiarios

La LGS establece que los beneficiarios del Seguro Popular son aquellas personas que están afiliados de manera voluntaria e individual, con una póliza vigente y bajo el cumplimiento de ciertos *requisitos*, entre ellos están la residencia en el territorio mexicano, no ser derechohabiente de la seguridad social, contar con la Clave Única de Registro de Población (CURP)⁸² y cubrir con la cuota familiar anual realizada mediante un estudio socioeconómico.

Las *aportaciones familiares o cuotas vigentes* desde la creación del seguro y hasta hoy en día se asignan por medio de la clasificación de la población en deciles de ingreso, como lo muestra el cuadro 1.2, los primeros cuatro deciles se encuentran exentos de pago, ya que se refieren a las personas

⁸¹ Para fines de esta investigación se utilizó la información contenida en los cuestionarios de los integrantes del hogar y de los utilizadores de los servicios de salud, para mayores detalles sobre el procesamiento de los datos y las características de la encuesta se anexan en apéndice metodológico.

⁸² Éste es un sistema de identificación personal que cuenta con el registro de una acta de nacimiento, la cual comprueba la nacionalidad mexicana

de bajos ingresos. Estos rubros han cambiado a lo largo de 9 años de la implementación de la política debido a los ajustes de cada año como se mencionó en el capítulo anterior. En este sentido, a partir del quinto decil en adelante las cuotas van desde los \$ 2, 075.0 pesos anuales hasta llegar a los \$11, 378.9 pesos anuales por familia, contribuciones realizadas al momento de la afiliación. El cuadro siguiente muestra las cuotas familiares vigentes hasta el 2012.

Cuadro 1.2. Cuotas Familiares según decil de ingreso vigentes en 2012 (cifras en pesos)

Decil de ingreso	Cuota anual por familia
I	0.00
II	0.00
III	0.00
IV	0.00
V	2,075.0
VI	2,833.6
VII	3,647.9
VIII	5,650.4
IX	7,519.0
X	11,378.9

Fuente: Informe de Resultados 2012. CNPSS, SSA.

La ubicación de las familias en cada uno de los deciles se realiza por medio de un estudio socio-económico cuyos datos quedan registrados en la denominada *Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (Cecasoeh)* que cumple con objetivos específicos: *determinar la capacidad de pago de la familia o persona interesada en afiliarse [...] y ubicarlo dentro del régimen contributivo o no contributivo*, en cada uno de los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO's).⁸³

Estas aportaciones son realizadas por núcleo familiar, la cual puede ser constituida por los cónyuges, concubina y el concubinario, padre y/o madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y cualquier otro con grado de dependencia y convivencia justificada, para ser acreedor a los beneficios.

⁸³ Requisitos vigentes, consultado en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=533%3Anncuotas-vigentes&catid=71%3Ainformacion-sp&Itemid=288 [24/03/ 2014]

Los familias una vez realizados sus trámites y cumplido los requisitos son beneficiarias de un paquete de servicios e intervenciones médico-hospitalarias que se encuentran señalados en un catálogo de servicios dividido de acuerdo con estándares internacionales. Este paquete de servicios es una póliza que contiene las intervenciones y padecimientos que cubre el seguro de acuerdo con un catálogo.

Como se mencionó en capítulos anteriores, al momento de la creación del seguro el número de intervenciones se encontraba el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) que posteriormente se llamaría Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) y tras varios ajustes finalmente sería denominado Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES)⁸⁴, el cual se encuentra vigente hoy en día. (González Pier et al., 2006:49) El número de intervenciones incrementadas y agrupadas se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 1.3. Número de intervenciones cubiertas en el Seguro Popular 2002-2012

	2002-2003	2004	2005	2008-2009	2010-2011	2012
Catálogo de servicios esenciales	CABEME		CASES		CAUSES	
Número de intervenciones médicas incluidas	78	91	155	266	275	284

Fuente: elaboración propia con datos de Informe de Resultados 2006, 2008, 2010, 2011, 2012; SSA

La inclusión de las intervenciones en el catálogo ha causado un gran debate a lo largo de 9 años de implementación, debido a los criterios que se tomaron en cuenta para la inclusión de éstos. El número de padecimientos cubiertos está basado en la recurrencia de los mexicanos por éstos y en estudios profundos sobre el riesgo, considerados significativamente inferiores a las instituciones de seguridad social. (Laurell, 2013)

A pesar de los esfuerzos realizados por ampliar la cobertura del seguro, en la actualidad cumple escasamente con 284 intervenciones, que de acuerdo con el Informe de Resultados 2012 el catálogo se integra de 27 intervenciones en salud pública de detección y prevención temprana; 110

⁸⁴ Para más información sobre los padecimientos e intervenciones incluidos en el CAUSES consultar Anexo A

intervenciones de atención ambulatoria que incluye el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades infecciosas y crónicas consideradas dentro del primer y segundo nivel de atención; 7 servicios de odontología; 25 servicios de urgencias los cuales contemplan la estabilización, diagnóstico y manejo terapéutico; 49 intervenciones de hospitalización incluyendo insumos médicos necesarios; y 66 servicios de cirugía general que cubren padecimientos de carácter digestivo, ginecológico, obstétrico, genito-urinario masculino, oftalmológicas, dermatológicas, ortopédicas y cardiorácicas, éstas consideradas del tercer nivel de atención. (CNPSS, 2013)

Como bien se menciona, el número de padecimientos al momento de ser inscrito de manera voluntaria al seguro, es limitado y muy por debajo de las intervenciones cubiertas por otros mecanismos de aseguramiento. Tal es el caso de los padecimientos asociados a enfermedades más comunes entre los mexicanos o con mayor demanda y no se contemplan en el catálogo como *el infarto al miocárdio, la hemorragia cerebral, los politraumatismos y la mayoría de los tipos de cáncer* (Laurell, 2011:2801), a pesar de esto los afiliados no tienen otra opción de atención médica y recurren al pago directo de los mismos.

Características demográficas de los afiliados

La información anterior nos habla de los requisitos para ser beneficiario y a qué tienen derecho, a un paquete de servicios, acompañado de aportaciones familiares, esto de acuerdo con lo establecido por el programa, ahora se describen las características demográficas de los beneficiarios, cuántos afiliados son, cuál es su sexo, los grupos de edad, sobre los hogares, sus integrantes, las jefaturas de éstos, si hablan alguna lengua indígena, con la finalidad de ampliar el panorama de ellos una vez que son incorporados al sistema.

La principal información sobre el número total de los beneficiarios es realizada por medio de la afiliación, es decir, con el padrón de afiliados obtenido por la CNPSS y otros registros oficiales, sin embargo, los datos obtenidos tanto por INEGI y ENSANUT 2012 muestran cifras con variaciones de acuerdo a lo reportado por la población.

De acuerdo con el último registro del censo de población y vivienda 2010 se contabilizó un total de 15, 394, 890 familias beneficiadas por el Seguro Popular y con póliza vigente (cada una de las

familias tiene en promedio 3.9 integrantes), una cifra menor en comparación con la población derechohabiente al IMSS, la cual cuenta con un total de 35, 380, 021 derechohabientes y superior para aquéllos del ISSSTE con 7, 190, 494, teniendo mayor cobertura por la seguridad social. Sin embargo, todavía para ese año, aún se tenía un total de 38, 020, 372 personas sin ningún tipo de afiliación. (INEGI, 2010)

Los esfuerzos a lo largo de nueve años por cumplir una meta de afiliación de más de 50 millones de personas se redoblaron tanto para el año 2010 y 2011, reflejándose para junio de 2012 los resultados de las estrategias de incorporación al sistema. De acuerdo con el Informe de Resultados de ese año un total de 915, 041 personas, que se sumaron a la cifra ya existente del cierre del 2011, obteniendo un total de 52, 738, 355 de beneficiarios.(CNPSS, 2012) Esta información mostró no sólo el cumplimiento de la meta establecida, sino también de acuerdo con Frenk, y el grupo de la nueva salud pública, el diseño del seguro lograría una cobertura universal de protección social para los mexicanos.

A diferencia de estos datos, aquéllos obtenidos por la ENSANUT 2012 mostraron una cifra menor de la población afiliada al Seguro Popular, con un total de 43, 267, 914 personas, lo cuales reportaron ser beneficiados. Estos representan el 37.6% de la población total, (Ver tabla 1.1) frente a la población derechohabiente de la seguridad social con un 35.8% (esto incluye IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, Pemex, SEDENA y Marina) estos datos suman que más del 70% de la población total se encuentra cubierta por algún esquema, sin embargo, esto sólo se toma en términos de afiliación y de inscripción a un seguro, no se contempla el acceso a los servicios y mucho menos la utilización de ellos.

Tabla 1.1 Proporción y porcentaje de población por tipo de afiliación, 2012.

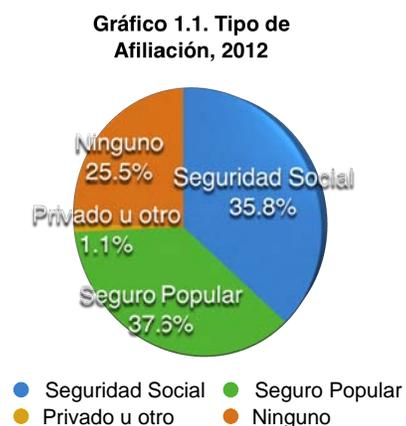
Tipo de Afiliación	Total de población según afiliación	Porcentaje de población según tipo de afiliación
Seguridad Social	41,194,640	35.8%
Seguro Popular	43,267,914	37.6%
Privado u otro	1,227,780	1.1%
Ninguno	29,294,730	25.5%
Total	114,985,064	100%

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Las diferencias encontradas en la encuesta y en los informes de resultados se deben a la fuente de información, es decir, mientras los registros administrativos toman como base el padrón de beneficiarios, la ENSANUT 2012 toma como referencia la muestra realizada a partir de 96, 031 cuestionarios individuales, la cual es representativa a nivel nacional. Es importante resaltar que las cifras incluyen a la población que tiene una duplicación de servicios, es decir tanto de la seguridad social como del Seguro Popular, lo que eleva la cifra de afiliados.

Estos datos también denotan que las cifras son en términos estrictos de afiliación, es decir todo beneficiario que tiene en su poder una póliza es contabilizada por el padrón, se convierten en titulares y se les brinda la posibilidad de acceder a los servicios, sin garantizar el acceso real a ellos y mucho menos asegurar la utilización de éstos. (Laurell, 2011)

La afiliación al seguro ha sido de manera selectiva, es decir para un sector de la población que cumple con los requisitos y se adscribe de manera voluntaria, lo cual fragmenta aún más el sistema en la población ya que cada sector cuenta con beneficios distintos. (Laurell, 2011) Estas cifras también muestran a la población abierta que sigue sin seguro alguno, se reportaron en la encuesta con un total de 29, 294, 730 personas equivalente al 25.5% de la población total (Ver gráfico 1.1), la cual es una cifra alta y demostrando no sólo el incumplimiento de la meta que se había planteado la CNPSS para 2012 en términos de afiliación, sino también la falta de cobertura y de la protección a la salud de los mexicanos.



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

La cifra de la población abierta sin seguro sigue siendo alta frente a la obtenida en el censo 2010, que había marcado más de 38 millones de personas sin afiliación, esta cifra también muestra una diferencia de menos de 10 millones de personas, sin embargo, cabe mencionar que el censo se tomó de referencia hasta el 2010 y la encuesta tomó reportes hasta el 2011. El crecimiento de la cifra de afiliación se dio gracias a los esfuerzos intensivos de los gobiernos estatales por adherir a

sus ciudadanos más vulnerables. Durante el periodo de 2009-2011, y hasta el momento de la encuesta (finales de 2011) se habían incorporado cerca de un 60% más que los años anteriores.⁸⁵

Es importante mencionar que en los datos de la encuesta se refleja una duplicación de beneficiarios en el sistema, es decir, que existen 1, 166, 878 personas con doble afiliación tanto al Seguro Popular como a la seguridad social. Si bien en términos de afiliación sólo se duplica el padrón, los efectos de esto se reflejan en la utilización de los servicios y en la designación de recursos por entidad, ya que la distribución de los recursos a cada entidad federativa se realizaba en función del número de afiliados. Sin embargo, para efectos de esta investigación se ha tomado la cifra de un total de 43, 267, 914 personas afiliadas al Seguro Popular lo que representa el 37.6% de la población total.

Sexo de los Beneficiarios

En la composición de los beneficiarios es importante mencionar en número total de afiliados, al igual que el sexo de éstos, ya que el Seguro Popular a pesar de no tener un grupo objetivo diferenciado por el sexo, algunas estrategias implementadas sí serían orientadas a un grupo específico: las mujeres.

Los datos a nivel nacional de acuerdo con INEGI 2010 muestran una prevalencia por el género femenino, ya que con 57, 481, 307 mujeres frente a 54, 855, 231 hombres se marca la proporción de manera muy similar a los datos reposados por el Informe de Resultados 2012 y la ENSANUT 2012.

De la misma manera que la población total, de acuerdo con la tabla 1.2. la población afiliada al Seguro Popular está constituida en mayor porcentaje por mujeres con 53.9% frente a los hombres que representan el 46.1%, esto refleja no sólo a la prevalencia de mujeres afiliadas, sino también demuestra el por qué son grupo prioritario para la afiliación al seguro. Esto también refleja la implementación de estrategias de programas como *Embarazo Saludable* (implementada a partir de 2008) y bajo el cual hasta junio de 2012 se afiliaron 1, 803, 241 mujeres en esta moda-

⁸⁵ Para más información acerca del número de afiliados por año ver Anexo C.

alidad (CNPSS, 2012). De igual manera que lo hizo anteriormente el programa *Oportunidades* con énfasis en la protección del sexo femenino.

Tabla 1.2. Proporción y porcentaje de hombres y mujeres según tipo de afiliación, 2012

Sexo	Población total		Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno	
Hombres	56,109,383	48.8%	20,118,152	48.8%	19,925,044	46.1%	604,849	49.3%	15,461,338	52.8%
Mujeres	58,875,681	51.2%	21,076,488	51.2%	23,342,870	53.9%	622,931	50.7%	13,833,392	47.2%
Total	114,985,064	100.0%	41,194,640	100.0%	43,267,914	100.0%	1,227,780	100.0%	29,294,730	100.0%

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

En la tabla también se muestra la composición de la población por sexo en los otros tipos de afiliación, tanto aquella que está adscrita a la seguridad social como a un seguro privado, demostrando una situación similar con la prevalencia femenina. Por otra parte, entre la población sin afiliación es donde se muestra un contraste mayor, ya que un porcentaje de 52.8% lo tienen los hombres, a diferencia del 47.2% representado por las mujeres, esto puede deberse a que algunos programas sociales están orientados a las mujeres lo que eleva la cifra de hombres sin ningún tipo de afiliación.

La distribución de la afiliación dentro de cada sexo es muy similar, del total de la población masculina, el 35.9% pertenecen a la Seguridad Social, el 35.8% pertenece al Seguro Popular, cifras muy similares, y un 27.6% no tiene afiliación. Dentro del total de la población femenina un 35.8% reportaron ser afiliadas a la Seguridad Social, mientras que un porcentaje mucho mayor con el 39.6% al Seguro Popular, y todavía un 23.5% se encuentra sin afiliación. Estas cifras reflejan que el sexo femenino es un grupo prioritario y presenta un mayor porcentaje de beneficiarias.

Edad de los Beneficiarios

La distribución por edad de una población, determina el tipo de necesidades que demanda una sociedad, ya que la etapa del ciclo de vida en que se ubiquen los individuos requieren de la satisfacción de necesidades de acuerdo con su edad. En el caso del cuidado de la salud, su relación con la edad de las personas es evidente y hace necesario que las organizaciones encargadas de proporcionar servicios de salud, respondan al perfil etario de una población, es decir, los cuida-

dos y medidas que requiere un recién nacido no son los mismos que aquéllas que demanda un adulto mayor.

En décadas recientes la transición demográfica ha generado transformaciones significativas, ya que está pasando de un periodo de crecimiento demográfico intenso a un periodo de envejecimiento de la población. (Ordorica, 2010) México tiene todavía una población joven en la que el 29.3% lo constituyen las personas de 0 a 14 años y el grupo de 15 a 29 años representa el 26.8%, mientras que en el otro extremo, la población de 60 o más años de edad es apenas el 9.1% del total. (INEGI, 2010)

Para conocer, en un corte transversal reciente la estructura por edad de los distintos grupos poblacionales que, o bien son beneficiarios de alguna de las organizaciones que ofrecen servicios de salud o, carecen de esta posibilidad de atender sus necesidades, se analizaron los datos de la ENSANUT 2012. Con este objetivo se clasificó a la población en grupos de edad de la misma manera que el censo, de 0 a 14 años, de 15 a 29 años, de 30 a 59 años y la población de 60 años y más. La composición de la población afiliada a la seguridad social es tal, que el mayor porcentaje, con un 38.8%, lo ocupa la población de 30 a 59 años, grupo que se considera como la población laboral activa y en menores porcentajes se encuentra la población de 0 a 14 años y de 15 a 29 años, que se entiende que son los dependientes económicos de los trabajadores derechohabientes de la seguridad social.

En contraste la población beneficiada al Seguro Popular de 0 a 14 años representa el mayor porcentaje con el 35.6%, esto refleja el objetivo prioritario por asegurar a los niños menores de un año y la implementación del SMNG en 2006. El siguiente porcentaje es del 32.0% del grupo de 30 a 59 años donde se incluye la población en edad productiva, el siguiente con 24.9% pertenecen de 15 a 29 años, y en un menor porcentaje con 7.5% lo integra el grupo de 60 años y más. De esta manera se infiere que la población afiliada en su mayoría se compone de niños, niñas y jóvenes. (Ver la tabla 1.3)

Tabla 1.3. Proporción y porcentaje de grupo de edad según tipo de afiliación, 2012

GRUPO DE EDAD	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
0 a 14	10,104,569	24.5%	15,402,843	35.6%	306,462	25.0%	7,904,506	27.0%	33,718,380
15 a 29	9,720,157	23.6%	10,782,224	24.9%	331,015	27.0%	10,157,562	34.7%	30,990,958
30 a 59	15,993,785	38.8%	13,824,362	32.0%	482,493	39.3%	9,377,137	32.0%	39,677,777
60 y más	5,351,888	13.0%	3,232,225	7.5%	107,177	8.7%	1,830,729	6.2%	10,522,019
NS/NR	24,241	0.1%	26,260	0.1%	634	0.1%	24,797	0.1%	75,932
Total	41,194,640	100.0%	43,267,914	100.0%	1,227,781	100.0%	29,294,731	100.0%	114,985,066

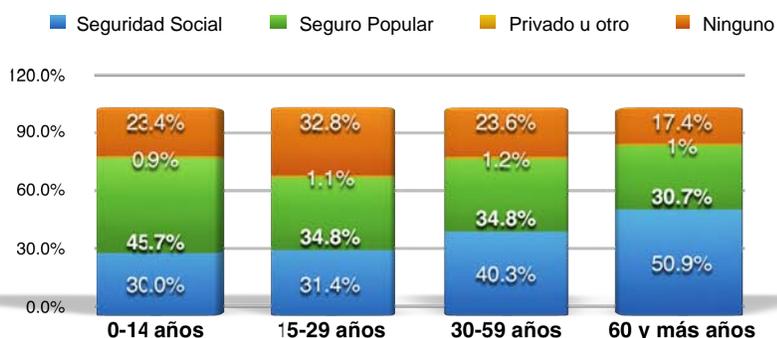
Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

La composición de la edad de la población que no tiene ningún tipo seguro, se ubica con un mayor porcentaje de 34.7% en el grupo de edad de 15 a 29 años, un sector joven que es considerado cercano a la edad productiva; seguido del grupo de 30 a 59 años con 32%, esto explica que la mayor parte de la población sin protección es joven, en edad productiva y vulnerable.

En el gráfico 1.2 se muestra el comportamiento de cada uno de los grupos de edad, de 0 a 14 años compuesto por niños, niñas y adolescentes el mayor porcentaje de los afiliados lo obtiene el Seguro Popular con el 45.7%, ya que unas de las prioridades es proteger este sector, aún más reflejado el beneficio del programa SMNG; seguido de la seguridad social con un 30%, principalmente por ser los dependientes económicos de los derechohabientes de la seguridad social.

En el siguiente grupo de edad de 15 a 29 años los porcentajes son similares, con un 34.8% afiliados al seguro y en menor porcentaje con el 31.4% de la seguridad social, aquí resalta una cifra

Gráfico 1.2. Distribución porcentual del tipo de afiliación según grupo de edad



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

importante del 32.8% aún se encuentra sin protección, esto puede responder a un grupo de los jóvenes en edad productiva que no estudia y no trabaja en el ámbito formal que le permita ingresar a la seguridad social.

En el siguiente grupo se van cambiando los porcentajes en un 40.3% como derechohabientes y el 34.8% para el Seguro Popular. Finalmente, para el grupo de edad de 60 y más años una cifra importante del 50.9% corresponde a la seguridad social, los cuales se asocian principalmente a jubilados y pensionados, y en menor cifra al Seguro Popular con un 30.7%.

Estos porcentajes muestran una tendencia de concentración hacia la seguridad social cuando se tiene una edad por encima de los 60 años, ya que esto responde a un grupo de personas que permanecieron con un empleo hace más de 30 años en el auge de la seguridad social y actualmente se continúan bajo ese esquema para obtener una jubilación, como lo indica el gráfico.

Es importante mencionar, que dada la transición demográfica y los cambios tanto en la esperanza de vida, tasas de fecundidad y mortalidad en las próximas décadas, esto implica un cambio y las tendencias de protección a la salud, en especial en los grupos prioritarios tanto de la seguridad social como del Seguro Popular.

Integrantes de los hogares

Al inicio de la implementación del Seguro Popular, la unidad de protección fue considerada la familia, por lo que se establecieron los hogares como la unidad de medida, por lo tanto los objetivos fueron planteados en términos de afiliación, sin embargo, debido a la existencia de diversos núcleos familiares en un mismo hogar, se realizaron cambios en este sentido después del 2006.

De acuerdo con el censo INEGI 2010 el tamaño promedio de los hogares era de 3.9 integrantes, una cifra reducida en comparación con el promedio a principios de siglo. Las cifras que reflejan la composición de los hogares en México son de entre dos y cuatro integrantes, lo cual puede deberse a las políticas de población y reducción de la fecundidad por medio de servicios de planificación familiar implementados desde fines de los años setenta (Szasz y Lerner, 2010), las cuales desencadenaron en familias reducidas, con más adultos mayores, menos niños y transformaciones en el núcleo familiar

La ENSANUT 2012 muestra una composición de los hogares de manera similar, muestra que éstos se forman de hogares unipersonales, es decir de un integrante, y hasta hogares con 19 integrantes. Por ésta razón, para el presente trabajo se conjuntaron los integrantes en cuatro grupos: hogares unipersonales, hogares de 2 a 4 integrantes, hogares de 5 a 7 integrantes y aquellos hogares extensos con más de 8 integrantes, esto con la finalidad de identificar los hogares extensos, y aquéllos que se encontraron por encima de la media calculada por el censo.

La composición de los hogares a nivel nacional en la encuesta se ubica con un promedio de 2.92 integrantes, ubicándose esta media en el grupo donde los hogares tienen de 2 a 4 integrantes, el cual representa el porcentaje más alto con el 58.0%, el grupo que sigue con el 25.2% pertenece a los hogares unipersonales con un 25.2% y en el último grupo con menor porcentaje de 14.8% los hogares con más de 5 integrantes.

De acuerdo con el tipo de afiliación el número de integrantes en los hogares se comporta de manera similar que a la nacional, es decir en el rubro de hogares de 2 a 4 integrantes con un porcentaje alto, mientras en la seguridad social el mayor porcentaje con el 58% y en la población afiliada al Seguro Popular se da con un 56.8% de hogares, esto indica que dentro del grupo de afiliación los hogares se componen de manera similar, a diferencia del grupo de población con un seguro privado que tiene un porcentaje más elevado con el 60.3% y la población sin ningún tipo de afiliación con el 59.5% en los hogares compuestos de 2 a 4 integrantes. (Véase tabla 1.4)

Tabla 1.4. Proporción y porcentaje de integrantes de los hogares según el tipo de afiliación, 2012

INTEGRANTES DE HOGARES	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
Hogares Unipersonales	12,296,895	29.9%	10,093,343	23.3%	326,017	26.6%	6,253,516	21.3%	28,969,771
Hogares de 2 a 4 integrantes	23,910,146	58.0%	24,586,784	56.8%	740,424	60.3%	17,442,154	59.5%	66,679,508
Hogares de 5 a 7 integrantes	4,578,318	11.1%	7,461,529	17.2%	149,371	12.2%	4,810,671	16.4%	16,999,889
Hogares de 8 y más integrantes	409,280	1.0%	1,126,257	2.6%	11,968	1.0%	788,388	2.7%	2,335,893
Total	41,194,639	100.0%	43,267,913	100.0%	1,227,780	100.0%	29,294,729	100.0%	114,985,061

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

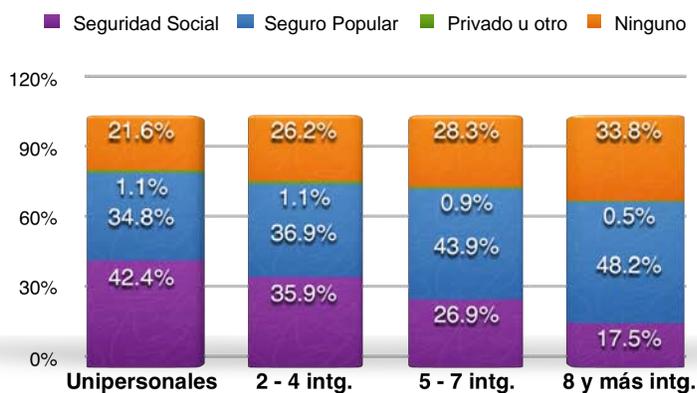
En los hogares de los afiliados al Seguro Popular en promedio se tienen 3.06 integrantes, superior a la media nacional y en su mayoría son hogares de 2 a 4 integrantes (con 56.8%), sin embargo, un porcentaje importante son los hogares unipersonales con el 23.3%, seguido de los hogares extensos de más de 5 integrantes con el 17.2%. Los ajustes en la política del Seguro Popular entorno a la unidad de protección y afiliación, por personas en vez de hogares también incluyó el cambio de límite de edad para ser miembro de un hogar, éste cambio consiguió en que cualquier hijo mayor de 25 años de edad y soltero que viva en el mismo hogar es considerado como otra familia con una póliza diferente, (CNPSS; SSA, 2012) es decir, un hogar unipersonal. Por esta razón, en términos de cifras de afiliación no sólo decreció el número de integrantes de los hogares de los afiliados al Seguro Popular, si no también aumentó el número de hogares unipersonales.

El comportamiento del tipo de afiliación de los hogares varía de acuerdo con el número de integrantes, la seguridad social cubre de todos los hogares unipersonales al 42.4% de ellos; seguido de los hogares de 2 a 4 integrantes protege al 35.9%, disminuyendo el porcentaje de acuerdo con el aumento de integrantes, como se observa en el gráfico 1.3, lo que muestra es que la seguridad social tiende a proteger a hogares de pocos integrantes.

A diferencia del Seguro Popular que tiende a proteger a hogares extensos, como lo muestran los porcentajes, ya que del total de hogares con más de 8 integrantes, el 48.2% está cubierto por éste, y va disminuyendo conforme se reduce el número de integrantes como lo indica el gráfico.

Mientras los hogares reducidos muestran una protección casi completa por algún mecanismo de protección (ya fuera por la seguridad social con el 35.9% o el 36.9% por el Seguro Popular), los hogares extensos siguen teniendo un porcentaje significativo sin protección con el 33.8% en aquéllos con más de 8 integrantes, lo cuales, por lo general se tratan de hogares vulnerables y en riesgo.

Gráfico 1.3 Tipo de afiliación según el número de integrantes en los hogares



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Jefatura de los hogares

Al igual que la composición de los hogares, la jefatura de los hogares es relevante para la afiliación dado que las principales estrategias de protección a las mujeres y a la niñez a partir de 2006 llevó a la titularidad de la póliza a las mujeres, de acuerdo con el Informe de Resultados 2012, de las 20, 544, 362 pólizas de afiliación registradas al mes de junio de 2012, el 76.2% las mujeres son titulares, lo que muestra la prevalencia de las mujeres para ese año.

De acuerdo con el censo 2010 se tienen registrados 21, 243, 167 hogares con jefatura masculina y en menor proporción con 6,916,206 hogares con jefatura femenina, estas cifras resultan similares a las obtenidas por medio de la ENSANUT 2012 con resultados de 21, 927, 834 hogares que representan el 75.7% con jefatura masculina, y en menor cantidad 7, 041, 939 hogares con jefatura femenina, los cuales representan el 24.3% .

Las jefaturas de los hogares se comportan de manera similar a las cifras nacional dentro de cada un de los grupos de afiliación, como lo indica la tabla 1.5, tanto en la seguridad social como en el Seguro Popular existe una mayor prevalencia por hogares con jefatura masculina con más del 70% frente a la jefatura femenina de los hogares.

Tabla 1.5. Proporción y porcentaje de Jefatura en el hogar según tipo de afiliación, 2012

JEFE DEL HOGAR	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
Hombre	9,336,186	75.9%	7,562,937	74.9%	251,794	77.2%	4,776,917	76.4%	21,927,834
Mujer	2,960,710	24.1%	2,530,407	25.1%	74,223	22.8%	1,476,599	23.6%	7,041,939
Total	12,296,896	100.0%	10,093,344	100.0%	326,017	100.0%	6,253,516	100.0%	28,969,773

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

En los afiliados al Seguro Popular el 74.9% de los hogares son de jefatura masculina, y el 25.1% pertenece a jefatura femenina, comportándose de manera similar a las cifras a nivel nacional. Sin embargo, de todos los hogares con jefatura masculina, el 42.6% pertenece a la seguridad social, similar a la jefatura femenina con un 42%, (Ver gráfico 1.4) esto indica que la proporción de asegurados jefes hombres y mujeres se da de igual manera. La misma situación se observa en los afiliados al Seguro Popular, de todos los hogares con jefatura femenina el 35.9% reportaron ser

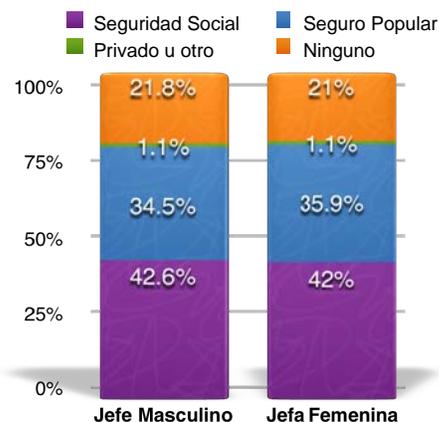
a filiados al Seguro Popular, a diferencia del 34.5% de las jefaturas masculinas que resultaron ser beneficiarios al seguro; esto es visiblemente mayor debido a las estrategias complementarias como *Embarazo Saludable*, las cuales se orientan a beneficiar al sexo femenino, considerado un sector es riesgo y prioritario.

*Hablantes de lengua indígena*⁸⁶

México es un país con una diversidad lingüística y existen diversos catálogos que alcanzan a distinguir no sólo esta diversidad, sino incluso a las comunidades indígenas a las que pertenece cada lengua, sin embargo, éstos catálogos no coinciden entre sí, por un lado debido a disminución de reproducción de las lenguas en algunas comunidades y la variabilidad entre ellas. El *Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: Variantes lingüísticas de México* registró 68 agrupaciones lingüísticas⁸⁷ y 364 variantes lingüísticas, con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas, el cual fue publicado por el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas en 2008, por lo que tiene un marco de referencia sobre las variantes lingüísticas y la diversidad en nuestro país.

El censo realizado por INEGI en 2010 utilizó el criterio lingüístico aplicado con anterioridad con las variables: Condición de habla indígena, lenguas indígenas y condición de habla española, “por ser un elemento cultural que está estrechamente ligado a la identidad étnica, que tiene mayor objetividad y que permite la compatibilidad censal; además, es un criterio sencillo en su formulación y operación desde el punto de vista estadístico. No obstante su utilidad, debido a que en las últimas décadas se registra un creciente abandono de las lenguas autóctonas, los dos últimos censos han adoptado en la temática ampliada la autoadscripción étnica como un criterio complementario para identificar a la población indígena”⁸⁸.

Gráfico 1.4 Tipo de afiliación según la jefatura en el hogar



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

⁸⁶ Existe un gran debate sobre los grupos indígenas, hablantes y autoadscripción debido a que no es objeto del presente trabajo profundizar en estos detalles, sólo se toma como referencia la pregunta realizada por la encuesta. Para saber más sobre este tema se recomienda Warman, Arturo (2003) *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*. Fondo de Cultura Económica, México.

⁸⁷ Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: Variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas realizado por el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas en Diario Oficial de la Federación. Consultado en línea http://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN_completo.pdf [22/04/2014]

⁸⁸ Síntesis metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. Consultado en línea http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm_cpv2010.pdf [22/05/2014]

Si bien el catálogo realizado por INALI brinda información relevante, ésta es carente de establecer un vínculo entre el registro de pueblos e idiomas indígenas, por lo tanto para fines de ésta investigación se tomó en cuenta el catálogo realizado por INEGI el cual está basado en criterios lingüísticos, ya que *hay un complemento de carácter identitario en alusión a la búsqueda de reconocimiento de la diversidad social* y los datos obtenidos en la ENSANUT 2012.

En el censo 2010 se registró el 6% con 6, 695, 228 de personas hablantes de lengua indígena de 5 años y más, de las cuales 3, 287, 839 eran hombres y 3, 407, 389 eran mujeres. Las principales lenguas que más se registraron fueron el náhuatl con 1, 544, 968, el maya con 786, 113, las lenguas mixtecas que incluyen mixteco, mixteco de costa, mixteco de la Mixteca Alta, mixteco de la Mixteca Baja, mixteco de la zona mazateca y mixteco de Puebla; tzeltal con 445, 856 y lenguas zapotecas que incluye zapoteco, zapoteco de Ixtlán, zapoteco del Istmo, zapoteco del rincón, zapoteco sureño y zapoteco vallista.

La ENSANUT 2012 para identificar esta característica de los entrevistados realiza la pregunta: si habla una lengua indígena y cuáles son las que habla. Los datos registraron un total de 6, 453, 358 de personas que representan un 5.9% de la población total a nivel nacional; y las principales lenguas que se hablan en el país son como primera opción: náhuatl (24%), tzotzil/tzeltal (14.2%), zapoteco (12.6%), maya (12.3%) y otro (13.2%); como segunda opción: chol (56.3%), mazahua (9.1%), tzotzil/tzeltal (8.1%) y totonaca (7.8%).

Del total de las personas que reportó hablar una lengua indígena con mayor porcentaje de 64.5% con 4, 161, 928 reportaron ser afiliados al Seguro Popular, (Ver tabla 1.6) esto nos dice que el seguro protege en su mayoría a la población de habla indígena, que generalmente se establecen en comunidades con las mismas características étnicas, sin embargo, esto no es determinante, ya que el ser hablante de una lengua autóctona no significa que pertenezca a la comunidad o pueblo indígena.

En segundo lugar y con un menor porcentaje con sólo el 10% de los que reportaron ser hablantes de una lengua indígena pertenecen a la seguridad social, esto incluye los beneficios de IMSS-Oportunidades.

Tabla 1.6. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según hablante indígena, 2012

TIPO DE AFILIACIÓN	HABLANTE INDÍGENA				Total
	Si		No		
Seguridad Social	644,445	10.0%	38,818,414	38.0%	39,462,859
Seguro Popular	4,161,928	64.5%	36,400,590	35.6%	40,562,518
Privado u otro	37,256	0.6%	1,149,251	1.1%	1,186,507
Ninguno	1,609,729	24.9%	25,795,596	25.2%	27,405,325
Total	6,453,358	100.0%	102,163,851	100.0%	108,617,209

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

De los hablantes de una lengua indígena todavía se ubica un porcentaje de 24.9% que aún permanecen sin ningún tipo de población, es decir que no tienen protección a la salud y se encuentran vulnerables.

Al analizar la composición de cada uno de los grupos de aseguramiento (Ver tabla 1.7) se denota que de todos aquéllos derechohabientes a la seguridad social sólo el 1.6% son hablantes indígenas, cifra muy por debajo de la nacional; del total de la población afiliada al Seguro Popular se registró un mayor porcentaje con 10.3% de ellos siendo hablantes indígenas, que incluso se encuentra por encima del porcentaje nacional. Esto corresponde a la protección de un sector importante de los que se encuentran en estas comunidades. Las principales lenguas que hablan los afiliados son: como primera opción son: náhuatl (26.3%), tzotzil/tzeltal (14.3%), zapoteco (12%), maya (11.9%), mixteco (6.1%) y otro (11.9%); como segunda opción: chol (56.4%), mazahua (9.5%) y otro (34.1%).⁸⁹

Tabla 1.7. Porcentaje y proporción de personas de habla indígena según tipo de afiliación, 2012

HABLANTE INDÍGENA	TIPO DE AFILIACIÓN									
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total	
Si	644,445	1.6%	4,161,928	10.3%	37,256	3.1%	1,609,729	5.9%	6,453,358	5.9%
No	38,818,414	98.4%	36,400,590	89.7%	1,149,251	96.9%	25,795,596	94.1%	102,163,851	94.1%
Total	39,462,859	100.0%	40,562,518	100.0%	1,186,507	100.0%	27,405,325	100.0%	108,617,209	100.0%

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

⁸⁹ Para ver con más detalle el registro de los hablantes de lengua indígena según el tipo de afiliación consultar Anexo C.

Es importante mencionar que al analizar a cada una de las lenguas hablantes, se encontraron tres lenguas, las cuales sus hablantes estaban protegidos casi en su totalidad por el Seguro Popular, el primer caso fue del total de aquéllos que reportaron la lengua mazahua como primera opción, el 75.8% de ellos respondió ser afiliado al Seguro Popular; el segundo caso fue de los hablantes de lengua otomí con un 72.5% de ellos al ser beneficiarios, y el tercer caso con 70.5% de hablantes de lengua náhuatl resultaron como afiliados, esto indica que más de la mitad de la población de estos grupos están protegidos por este tipo de aseguramiento. Sin embargo, la otra cara de la moneda muestra que de toda la población que no tiene una protección en salud, un 5.9% de ellos reportaron ser hablantes de lengua indígena, lo que demuestra que dentro de este sector todavía se encuentran personas sin protección a la salud y en riesgo.

3.2. Características sociales de los beneficiarios

En el apartado anterior ya se conoció quienes son los beneficiarios, cuántos son y sus características principales como el sexo, la edad, grupo étnico, sus hogares e integrantes, al igual que la jefatura de esos hogares, por lo que lo siguiente son la descripción de las características sociales como son nivel educativo, ocupación, fuentes de ingresos y beneficios de otros programas, estos se desarrollarán en este apartado.

Nivel educativo

La educación como derecho constitucional es considerada una obligación estatal y compromiso proporcionar educación preescolar, primaria, secundaria, que conforman la educación básica) y recientemente la educación media superior es considerada como obligatoria (reforma realizada en 2012).⁹⁰ Sin embargo, el acceso a la educación al igual que la salud ha sido de forma desigual y bajo ciertas condiciones, que se ha materializado en el bajo nivel educativo de los mexicanos.

De acuerdo con el censo de 2010 se contabilizó a la población de 15 años y más, con lo cual se obtuvo un total de 78, 423, 336 personas, donde el 7.2% no tenía escolaridad o con un grado de preescolar o kinder, el 12.6% con primaria incompleta (entre 1 y 5 grados cursados), 16% con primaria completa (con 6 grados cursados), 5.2% con secundaria incompleta (con 1 o 2 grados

⁹⁰ CPEUM Consultada en línea <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm> [22/05/2014]

cursados o equivalente), 22.3% con secundaria completa (con 3 grados cursados o equivalente), 19.3% con media superior (con 1 grado o equivalente) y 16.5% con superior (con 1 grado de licenciatura o equivalente, más uno o algún grado de posgrado). El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más, era de 8.6 grados equivalente a educación básica incompleta.

En la ENSANUT 2012 se le preguntó a la población el último año y grado aprobado, con esta información se construyó el nivel educativo de manera similar a la realizada por el censo, ya fuera de primaria completa o incompleta, secundaria o equivalente completa o incompleta (Media Básica), preparatoria, bachillerato o equivalente completa o incompleta (Media Superior) y estudios universitarios. Los resultados muestran cifras similares a las del censo, el 5.2% pertenece a la población sin instrucción, el 26.4% de la población se concentra con un nivel educativo de preescolar y primaria incompleta, el 14% con primaria completa, 7.0% con secundaria incompleta, 19 con secundaria completa 5.6% con media superior incompleta, 10.5% media superior completa y 12.4% con estudios universitarios (licenciatura y posgrado). En promedio son 7.59 los grados cursados por la población, lo que equivale a un nivel básico incompleto, una estructura poblacional similar al censo.

De acuerdo con el tipo de afiliación, en la seguridad social la composición del nivel escolar de esa población derechohabiente tiene un mayor porcentaje con educación preescolar y primaria incompleta con un 20.9%, esto se puede deberse a los hijos que se encuentran en edad escolar y que son dependientes económicos de los afiliados; seguido de un porcentaje de 20.7% con estudios universitarios que se encuentran en edad productiva y laboral. Esta población tiene en promedio 8.81 grados cursados, lo que equivale a un nivel básico incompleto, sin embargo, esta cifra se encuentra por encima de los afiliados al Seguro Popular e incluso la nacional. (Ver tabla 1.8)

En cuanto a la composición de los afiliados del Seguro Popular, ellos se concentran con un nivel educativo de preescolar y primaria incompleta con un 33.6%, es probable que esto se deba a la gran cantidad de niños y niñas afiliados con el SMNG; le sigue con 19% con secundaria completa, continuando con un 16.9% con nivel primaria completa. En promedio los afiliados tienen 6.2 grados cursados, cifra muy por debajo de la nacional, esto puede deberse principalmente a la

edad de los afiliados, los cuales se encuentran entre 0 y 14 años, un gran porcentaje que se encuentra en edad escolar.

TABLA 1.8. Proporción y porcentaje del nivel educativo según el tipo de afiliación, 2012.

NIVEL EDUCATIVO	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
Sin instrucción	1,183,747	3.1%	2,679,748	7.0%	33,814	2.9%	1,465,936	5.6%	5,363,245
Preescolar y Primaria Incompleta	7,974,015	20.9%	12,895,686	33.6%	216,526	18.8%	6,375,823	24.2%	27,462,050
Primaria Completa	4,361,800	11.4%	6,489,925	16.9%	104,455	9.1%	3,639,930	13.8%	14,596,110
Secundaria Incompleta	2,249,760	5.9%	3,135,314	8.2%	68,162	5.9%	1,800,526	6.8%	7,253,762
Secundaria Completa	6,926,494	18.2%	7,309,017	19.0%	161,498	14.1%	5,396,040	20.5%	19,793,049
Media Superior Incompleta	2,407,746	6.3%	1,824,871	4.8%	71,079	6.2%	1,573,551	6.0%	5,877,247
Media Superior Completa	5,145,925	13.5%	2,638,393	6.9%	126,113	11.0%	2,973,041	11.3%	10,883,472
Universitario	7,894,644	20.7%	1,433,861	3.7%	367,573	32.0%	3,159,559	12.0%	12,855,637
Total	38,144,131	100.0%	38,406,815	100.0%	1,149,220	100.0%	26,384,406	100.0%	104,084,572

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

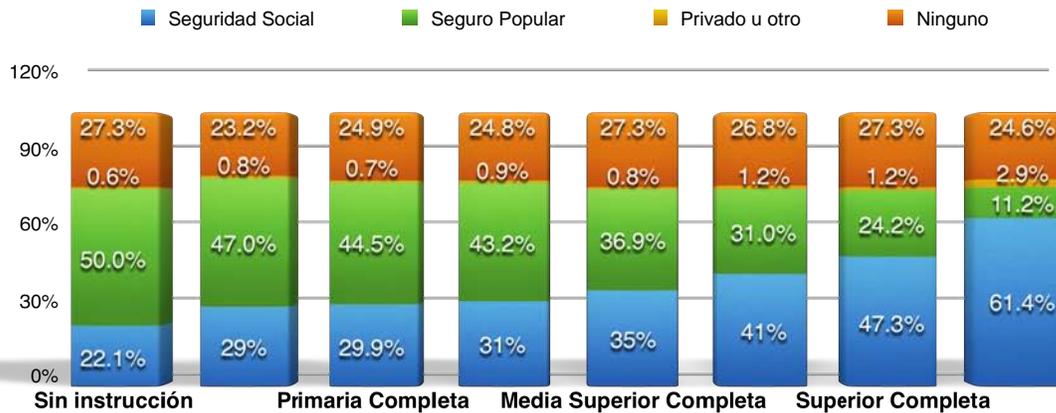
En cuanto a la población con un seguro privado u otro tiene un porcentaje elevado de 32% de ellos con estudios universitarios, seguido de un 18.8% con preescolar y primaria incompleta, esto indica que un seguro privado por lo general es contratado de manera individual o por una relación laboral que cubra este servicio y además protege tanto al titular como a sus dependientes económicos directos (padres e hijos).

La encuesta también muestra a la población sin ningún tipo de población que se concentra con un nivel educativo preescolar y primaria incompleta con 24.2%, seguido de una población con secundaria completa con 20.5%, esto también refleja que es una población vulnerable.

En el gráfico 1.5 se muestra el comportamiento del tipo de afiliación dentro cada nivel educativo, en color azul muestra los integrantes de la seguridad social y los porcentajes van en aumento desde el 22.1% para aquéllos sin instrucción y primaria incompleta (esto puede deberse a los menores dependientes económicos de los derechohabientes), hasta un 61.4% para los que tienen

un nivel educativo de educación superior completa, es probable que esto se deba a que se encuentran sujetos a un empleo formal con estos beneficios.

Gráfico 1.5 Tipo de afiliación según el nivel educativo de la población total, 2012



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

En contraste con el color verde se muestra a los afiliados al Seguro Popular donde se encuentra el mayor porcentaje de 50% de aquéllos que se encuentran sin instrucción educativa y primaria incompleta por los esfuerzos de diferentes programas por brindarles protección en salud, mientras que con un porcentaje menor (11.2%) se ubica a la población con un nivel de educación superior completa.

En cuanto a la comparación de modelos de protección, se asume que la seguridad social tiende a proteger a la población un mayor nivel educativo al básico (población con media superior y superior) debido a las relacionase laborales que éstos mantienen, en contraste con la población afiliada al Seguro Popular, ya que éste tiende a proteger a la población con un nivel educativo inferior al básico (preescolar, primaria y secundaria) debido a los intensos esfuerzos por afiliar a menores de edad después del 2006. En este sentido, se observa que a mayor nivel educativo disminuye el porcentaje de afiliación al Seguro Popular y se puede asumir que esa población se inserta a otro tipo de afiliación, probablemente por su condición de actividad.

Condición de Actividad

Ésta es una característica económica comúnmente utilizada en censos económicos y de población, con la finalidad de recabar información sobre la dinámica de la estructura económica y laboral del país. Los censos han recabado información de la población de 12 años y más, relacionada con la actividad económica, al igual que sus perfiles labores, el sector en el que se desempeñan, las horas trabajadas, ingreso percibido, prestaciones laborales y sociales, entre otras.

El censo 2010 pregunta sobre la condición de actividad por medio de la pregunta “trabajó por menos una hora en la semana de referencia” para obtener la información sobre la población ocupada, si bien el censo toma en cuenta otras preguntas para reafirmar la posición en el trabajo, como si éste es remunerado, temporal, jornalero, ayudante, entre otras clasificaciones. (INEGI, 2010)

INEGI reportó que para el finales de 2012 la población total de 14 años y más, era de 87, 551, 654 personas de los cuales aquéllos considerados como la población económicamente activa (PEA) eran un total de 51, 584, 355 personas que representan el 58.92% de la población (este porcentaje contempla a la población ocupada y desocupada); y la población no económicamente activa (PNEA) tenía un total de 35, 967, 299 personas que representan el 41.08% (contempla a la población disponible y no disponible).⁹¹

En la ENSANUT 2012 también se contempla la misma pregunta hacia los encuestados: “¿Trabajó por lo menos una hora en la semana pasada?”, por lo que para obtener información sobre la condición de actividad de la población se tomó como referencia esta pregunta. Los datos muestran que del total de la población que reportó haber trabajado por lo menos una hora fue de 44, 486, 275 de ocupados que representan el 45.7%, esto incluye a la población menor de 14 años que reportaron haber tenido una remuneración por algún tipo de empleo, esto se agrupó como los ocupados (PEA). En contraste, la población disponible (PNEA) fue de un total de 52, 805, 404 personas que reportaron ser jubilados, estudiantes, personas que se dedicaron a queha-

⁹¹ Esta información fue obtenida de la población de 14 años y más según condición de actividad y disponibilidad de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. INEGI, 2012.

ceres domésticos, aquéllos tienen alguna incapacidad, o los que tuvieron una distinta actividad, los cuales representan con un mayor porcentaje del 54.3%.

De acuerdo con la afiliación de los encuestados, la condición de actividad se reportó de la siguiente manera: mientras en los derechohabientes de la seguridad social, el 48.9% de ellos son ocupados y el 51.1% son disponibles, cifras muy similares, esto puede deberse a que ambos porcentajes contemplan a niños, niñas, estudiantes, jubilados y otros beneficiarios, los cuales posiblemente sean derechohabientes por alguna relación familiar directa y no por la condición laboral. A diferencia de la población afiliada al Seguro Popular, la cual reportó con un sólo 38.6% de ellos como ocupados, frente a un 61.4% como disponibles, un porcentaje alto sin ninguna relación laboral formal, sin embargo, protegidos por el sistema. (Ver tabla 1.9)

Tabla 1.9 Proporción y porcentaje de la condición de actividad según tipo de población, 2012

Condición de Actividad	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
Ocupados (PEA)*	17,593,739	48.9%	13,642,367	38.6%	535,232	49.3%	12,714,937	51.2%	44,486,275
Disponibles (PNEA)**	18,396,939	51.1%	21,722,690	61.4%	550,763	50.7%	12,135,012	48.8%	52,805,404
Total	35,990,678	100.0%	35,365,057	100.0%	1,085,995	100.0%	24,849,949	100.0%	97,291,679

* Los ocupados (Población Económicamente Activa) incluye a los que no trabajaron, pero sí tenían empleo, y a aquéllos que no tenían empleo pero buscaron. **Estos incluyen a aquéllos que respondieron que no trabajaron porque son jubilados, estudiantes, se dedicaron a quehaceres domésticos, tienen alguna incapacidad u otra distinta actividad.

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

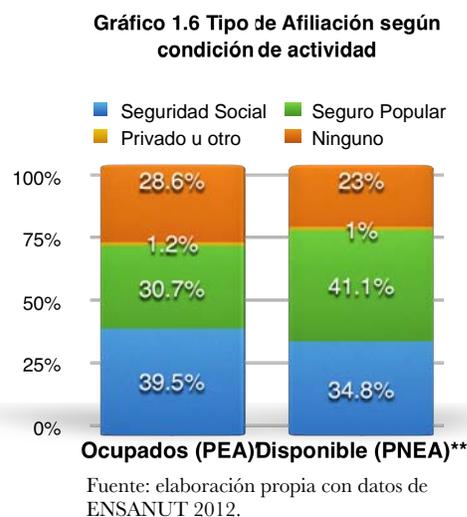
En la encuesta se reportaron casos ubicados en un grupo de edad de 8 a 14 años que mencionaron haber trabajado al menos una hora en la última semana, al igual de casos que no trabajaron la última pero si contaban con empleo, a pesar de ser menores de edad fueron tomados en cuenta en la ocupación para esta investigación, ya que trata de observar las condiciones de todos los afiliados al Seguro Popular.

De acuerdo con los otros tipos de afiliación, el comportamiento de la condición de actividad entre las personas con un seguro privado u otro es proporcional entre ellos, es decir, que mientras los ocupados tienen un 49.3%, los disponibles tienen un 50.7%, esto puede deberse a que la po-

blación titular de un seguro privado tiende a proteger a sus dependientes económicos, entre ellos padres, hijos o hijas, entre otros que no se encuentren activos laboralmente.

Es importante mencionar que de la población que no tiene ningún tipo de afiliación sólo el 51.2% de ellos reportó estar ocupado por lo menos la semana anterior al momento de la encuesta, sin embargo, todavía un 48.8% se encuentra disponible, entre ellos menores de edad, estudiantes o que se dedican a quehaceres domésticos, ésta es la población vulnerable que no tiene un empleo remunerado y sin protección a la salud, sector en el cual debe prestarse atención y es una vez más población objetivo del Seguro Popular.

Del total de la población ocupada en un mayor porcentaje reportó ser afiliada a la seguridad social con un 39.5%, seguido de los afiliados al Seguro Popular con 30.7% y todavía un sector sin afiliación con el 28.6%. (Ver gráfico 1.6) Esto indica que la población ocupada tiende a estar afiliada a la seguridad social, ya que responde a que la protección a la salud como una contraprestación laboral, de igual manera el empleador tiene como obligación bajo las condiciones de contratación afiliarse a sus trabajadores a la seguridad social; esto no toma en cuenta los otros esquemas de contratación laboral que no incluye la protección a la salud, riesgos de trabajo y jubilaciones.



En contraste con la población disponible que tiende a ser protegida por el Seguro Popular con mayor porcentaje con el 41.1%, esto indica que protege a una mayor población que incluye a niños y niñas, estudiantes ya sean menores de edad o no, aquéllos que se dedican a los quehaceres domésticos, y otros que presentan alguna discapacidad o realizan alguna otra actividad distinta.

De acuerdo con la encuesta, a nivel nacional la población ocupada trabaja en promedio 44.05 horas a la semana, lo que equivale a jornadas laborales entre un periodo de seis y ocho horas y un total de 2, 290.6 horas al año, cifra por encima del promedio de los países miembros de la

OCDE.⁹² La población derechohabiente trabaja en promedio 42.35 horas a la semana, la cual no sólo se encuentra por debajo de la cifra nacional, sino también inferior incluso a la cifra de la población afiliada al Seguro Popular, quienes laboran en promedio 44.77 horas a la semana. Esto significa amplia dedicación por parte de los afiliados, los cuales se asume que son trabajadores independientes, informales o que ocasionalmente tienen un empleo y dedican más tiempo a estas labores, que la población formal con seguridad social, los cuales tienen horarios reglamentados y más establecidos. Esta misma situación se muestra en la población sin afiliación, quienes laboran en promedio 44.94 horas a la semana, lo que equivale a 2, 336.88 horas al año, una cifra alta y por encima de la nacional, que generalmente no corresponde a los ingresos percibidos.

Fuentes de ingresos

Los ingresos de los afiliados varían al igual que en el resto de la población, la ENSANUT 2012 muestra diferentes tipos de ingreso, ya sea por un empleo remunerado, jubilación o pensión, ayuda de personas que viven en otro país (remesas), ayuda de personas que viven dentro del país, proveniente de algún programa de gobierno u otras fuentes.

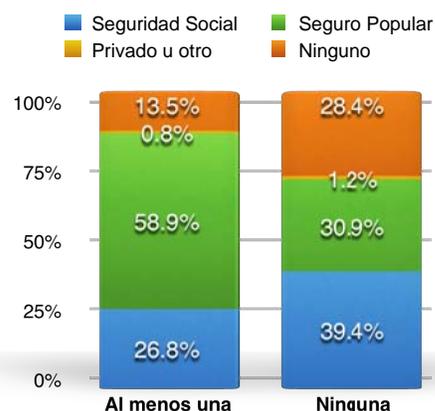
Esta encuesta arroja que a nivel nacional el ingreso promedio de una persona es de \$ 44.05 pesos por hora, una cantidad baja, y de acuerdo con la OECD, México se encuentra entre los países con más bajo porcentaje de sueldo mediano a jornada completa. (OECD, 2015) Al revisar el ingreso de acuerdo con el tipo de afiliación se observa que para la población derechohabiente a la seguridad social, el promedio es de \$ 42.35 pesos por hora, a diferencia de la población afiliada al Seguro Popular con un promedio de \$ 44.77 pesos por hora, significativamente superior a la nacional. Estos ingresos se asumen son percibidos como una remuneración por una relación laboral, sin embargo, la encuesta también contempla otro tipo de ingresos que no provienen de un empleo y se mencionan a continuación.

Otra fuente de ingreso que reciben los hogares mostradas por la ENSANUT 2012 son aquéllos provenientes de aportaciones familiares, algún programa social, transferencias monetarias provenientes del extranjero. De la población total se reportó un 19.4% de la población con al menos

⁹² De acuerdo con las cifras de la OCDE para 2014 la cifra promedio fue de 1, 770 horas trabajadas, y México se encuentra en el número uno dentro de los países miembros que más trabajan. Disponible en: <https://data.oecd.org/emp/hours-worked.htm#indicator-chart>

otra fuente de ingreso ya fuera por algún programa social, jubilación, remesa, remesa interna o alguna otra. De este total, con un mayor porcentaje del 58.9% reportó estar afiliado al Seguro Popular, frente a la población derechohabiente a la seguridad social con un 26.8%, (Ver gráfico 1.7) esto indica que a nivel de tipo de aseguramiento la población del Seguro Popular tiende a obtener otra fuente de ingreso a diferencia de los asegurados a la seguridad social. En contraste, los datos también arrojan que un 30.9% de los afiliados al Seguro Popular no recibe ninguna otra fuente de ingreso.

Gráfico 1.7 Tipo de afiliación según otra fuente de ingreso



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Dentro de la composición de los derechohabientes de la seguridad social del 14.1% recibe por lo menos otra fuente de ingreso, éste es un porcentaje inferior, a diferencia de la población afiliada al Seguro Popular donde el 31.4% de ellos lo perciben. (Ver tabla 1.10) Esto se debe principalmente a que el sector de la seguridad social obtiene una remuneración por el empleo o pensión, sumado de otras prestaciones laborales propias de este modelo como préstamos de vivienda, guarderías, vales de despensa, alimentos, ente otros que la población afiliada al Seguro Popular no tiene, por lo que éstos últimos tienen que nutrirse del beneficio de otros programas sociales, remesas, préstamos individuales o ayuda de otras personas.

TABLA 1.10 Proporción y porcentaje de población que recibe al menos otra fuente de ingreso según tipo de afiliación, 2012

OTRA FUENTE DE INGRESO	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
Al menos una	5,062,340	14.1%	11,117,397	31.4%	152,401	14.0%	2,555,214	10.3%	18,887,352
Ninguna	30,928,338	85.9%	24,247,659	68.6%	933,595	86.0%	22,294,735	89.7%	78,404,327
Total	35,990,678	100.0%	35,365,056	100.0%	1,085,996	100.0%	24,849,949	100.0%	97,291,679

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

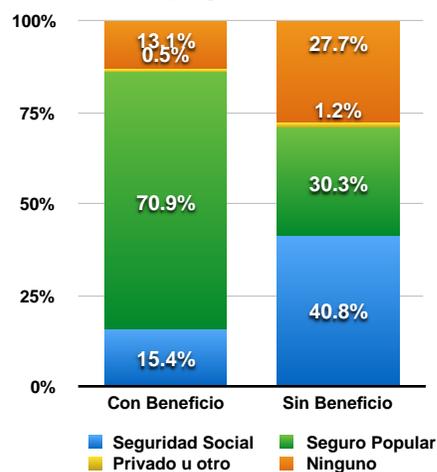
Entre la población que reportó tener otra fuente de ingresos se le preguntó si recibía dinero proveniente de algún programa social, gubernamental o beca, los resultados mostraron que el 14.9% a nivel nacional sí obtenía un beneficio de este tipo. De ese total, el 70.9% está afiliada al Seguro Popular (Ver gráfico 1.8), un porcentaje mayor e importante dado que esta población es

propensa a beneficiarse de programas gubernamentales orientado a mujeres y zonas rurales donde hay más población afiliada al seguro como se menciona más adelante. A diferencia de la población derechohabiente a la seguridad social, la cual sólo un 15.4% de ellos reciben un beneficio de otra fuente de ingreso, además de las prestaciones laborales que ya se mencionaron anteriormente.

La diversidad de los programas sociales ha provocado que la población se beneficie de muchos de ellos e incluso obtenga ingresos de múltiples programas, algunos de éstos como Oportunidades, Procampo, becas, ayudas a madres solteras o adultos mayores. La pregunta realizada por la ENSANUT 2012 tiene la finalidad de localizar a la población con beneficios sociales y decidió utilizarse en la investigación para describir las diferentes fuentes de ingresos que tiene los beneficiarios.

La composición de la población afiliada al Seguro Popular indica que el 29% de sus afiliados reciben un ingreso proveniente de un programa social de manera directa, un porcentaje mayor incluso a la nacional (Ver tabla 1.11) a diferencia de otros modelos de atención como los asegurados de la seguridad social que marcan un porcentaje menor con un 6.2% y la población con un seguro privado u otro con un 7.3% e incluso de la población sin afiliación con un 7.6%.

Gráfico 1.8 Tipo de afiliación según beneficio de otra fuente de ingreso proveniente de un programa social



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Tabla 1.11. Proporción y porcentaje de la población con otra fuente de ingreso proveniente de un programa social según el tipo de afiliación, 2012

OTRA FUENTE DE INGRESO DE PROGRAMA SOCIAL	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno	Total	
Con Beneficio	2,230,426	6.2%	10,267,060	29.0%	79,187	7.3%	1,898,278	7.6%	14,474,951
Sin Beneficio	33,760,252	93.8%	25,097,996	71.0%	1,006,809	92.7%	22,951,671	92.4%	82,816,728
Total	35,990,678	100.0%	35,365,056	100.0%	1,085,996	100.0%	24,849,949	100.0%	97,291,679

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Esta cifras son importantes ya que muestran que los afiliados al Seguro Popular tienden a buscar otros tipos de ingreso, ya sean de otros programas sociales, becas o ayudas gubernamentales (rea-

lizada por transferencia directa o en especie), debido a los escasos ingresos que éstos perciben, sumándose a la situación de riesgo y vulnerabilidad en la que se encuentran.

Beneficiarios de otros programas

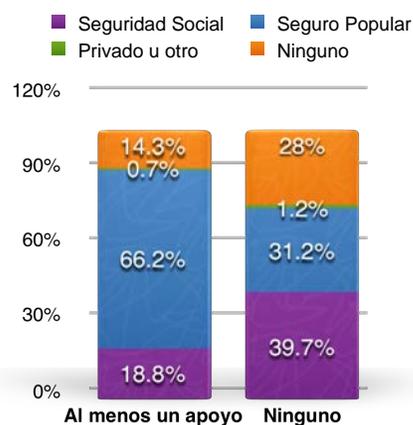
Como se mencionó anteriormente la diversidad de los programas sociales, ha llevado a la duplicación de beneficia, en la ENSANUT 2012 al preguntarle a la población si algún integrante recibe ayuda de algún programa social, ya fuera monetario, en especie o en servicio el 17.9% de las personas reportó tener al menos un apoyo, mientras el resto el 82.1% no recibe ningún tipo de apoyo.

Algunos de los programas sociales mencionados en la encuesta son: Apoyo monetario de Oportunidades, Becas escolares de oportunidades, Apoyo monetario de adultos mayores Oportunidades, Atención médica de oportunidades, Papilla de Oportunidades, Apoyos monetarios del Programa de Ayuda Alimentaria (PAL), Apoyo del Programa de 70 años y más, Pensión alimentaria para adultos mayores, Salud y nutrición para pueblos indígenas, Estancias infantiles, Leche Liconsa o Conasupo, Despensa del DIF, Despensas de otras organizaciones, Cocinas o comedores populares, Desayunos escolares, Suplementos de vitaminas y minerales, Becas educativas distintas a las de Oportunidades, Organización no gubernamental o civil, otros apoyos monetarios para adultos mayores.

Dentro de este grupo que respondió afirmativamente, un porcentaje alto con el 66.2% reportó ser afiliado al Seguro Popular, lo que demuestra que éste es un sector de la población, el cual tiende a obtener múltiples beneficios gubernamentales. (Ver gráfico 1.9) En contraste de ese grupo de beneficiados sólo el 18.8% pertenece a los asegurados de la seguridad social.

El comportamiento de los modelos de protección a la salud se muestra de la siguiente manera, mientras la seguridad social protege a las personas que tienen una relación laboral o pensión les brinda protección, prestaciones monetarios y en especie tanto para

Gráfico 1.9 Tipo de afiliación de la población según el apoyo de un programa social



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

ellos como titulares como para sus dependientes económicos, al igual que jubilados y pensionados, de todos ellos sólo el 9.4% reportó tener el beneficio de un programa social (Ver tabla 1.12) esto se debe a que esta población tiene otros beneficios propios de la relación laboral.

Tabla 1.12. Proporción y porcentaje de la población con apoyo de programa social según el tipo de afiliación,

APOYO DE PROGRAMA SOCIAL	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
Al menos un apoyo	3,834,501	9.4%	13,504,811	31.7%	133,994	11.0%	2,915,575	10.0%	20,388,881
Ningún apoyo	37,098,178	90.6%	29,162,622	68.3%	1,088,462	89.0%	26,174,289	90.0%	93,523,551
Total	40,932,679	100.0%	42,667,433	100.0%	1,222,456	100.0%	29,089,864	100.0%	113,912,432

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

El contraste se da con la población afiliada al Seguro Popular ya que un 31.7% de ellos recibe el beneficio de un programa social, ya que complementa sus ingresos con apoyo de otros programas como lo hace Oportunidades, programas alimentarios, despensas, becas, entre otros. Estos beneficios no sólo complementan los apoyos de los hogares, sino que de acuerdo con las características mencionadas anteriormente también protegen a personas ubicadas en sectores prioritarios que los hace acreedores de estos beneficios, como hogares extensos, con integrantes menores de 14 años en edad escolar y del sexo femenino.

3.3. Localización de beneficiarios

La descripción anterior sobre los beneficiarios brinda una idea clara de quiénes son y las complejidades de sus características socio-demográficas, por otra parte lo que influye en la salud de las personas es también las condiciones de residencia y en la ubicación en las que se encuentran regionalmente, tomando en cuenta la diversidad geográfica y multiculturalidad de México.

La afiliación al Seguro Popular se realizó en cada estado de acuerdo con los recursos proporcionados y el inicio de implementación en cada entidad, por lo que el avance de los afiliados fue de manera paulatina a lo largo de nueve años, es decir, durante el periodo de implementación de la política del 2002 como programa piloto hasta los últimos resultados obtenidos de los primeros meses del 2012 .

Mapa 1.1 Población afiliada al Seguro Popular según entidad federativa, 2012



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012 en Google Maps Engine. [Disponible en: <https://mapsengine.google.com/map/edit?mid=zALJmctYYBcU.knN8zdDCFO24>]

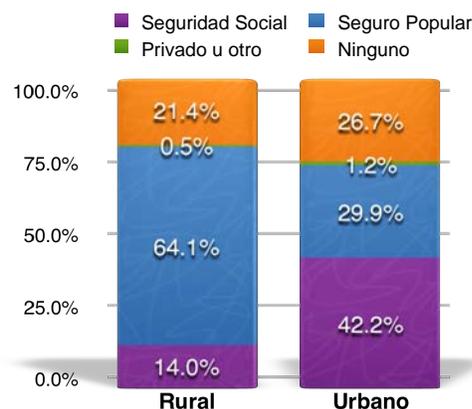
De igual manera, la localización de las entidades con presencia del seguro, se logró localizar a las entidades donde se presenta mayor número de afiliados con duplicación de servicios, es decir, que cuentan con una afiliación a la seguridad social y al Seguro Popular simultáneamente, entre ellas están el Estado de México con 14.7%, Distrito Federal con 9.5%, Jalisco con 7.7%, Veracruz con 6.1% y Nuevo León con 5.4%, coincide que en su mayoría representan zonas metropolitanas con gran concentración de servicios de salud. Los efectos e implicaciones de una duplicación de servicios se encuentra desde un punto de vista financiero, el gasto destinado al sector salud para la atención de la población es mayor, ya que las transferencias monetarias al seguro son realizadas con base en el número de afiliados por entidad, mientras que para la seguridad social

se realiza por sectores regionales. Por el otro lado la duplicación también refleja una fragmentación del sistema de salud, ya que se tiene la misma población que demanda servicios y diferentes puntos de acceso bajo la misma infraestructura y el mismo personal del salud en todo el territorio.

Como lo indica el censo gran parte de la población se concentra en zonas urbanas y metropolitanas debido a la concentración de servicios y otras oportunidades como mejores condiciones de empleo en estas zonas. En el último registro se obtuvo un porcentaje total de 76.85% de los habitantes en zonas urbanas. En cuanto a la ENSANUT 2012 también arroja resultados de la concentración de la población tanto en zonas rurales, urbanas y metropolitanas, los datos muestran que en zonas rurales se localiza el 22.6% de la población, en zonas urbanas con 19.0%, y en las zonas metropolitanas el mayor porcentaje con 58.9%, sin embargo, para fines de esta investigación se agruparon estas dos últimas para tener un sólo dos estratos de urbanidad: zonas rurales y urbanas.

De todas las personas que se localizan en zonas rurales se reportaron 16, 677, 497 afiliados al Seguro Popular, los cuales representan el 64.1% (Ver gráfico 1.11), en contraste al 14% de los asegurados a la seguridad social, esto se debe a que estas zonas están orientadas a condiciones de actividad relacionadas con el campo, no es de asombrarse que se encuentre población con carencias y en situación vulnerable, como se mencionó anteriormente se asume que abundan los hogares extensos y beneficiarios de programas sociales como IMSS - Oportunidades, por lo tanto, es donde se encuentra la mayoría de la población protegida por el seguro.

Gráfico 1.11 Tipo de afiliación según carácter rural o urbano de la localidad de residencia



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

En contrario a la situación de la población asentada en zonas urbanas donde el 42.2% pertenece a la seguridad social y el 29.9% pertenece al Seguro Popular, esto se debe al fenómeno de industrialización, mayores servicios, fuentes de empleo, mayores oportunidades en las zonas urbanas y metropolitanas donde pueden obtener protección social como derecho laboral y de manera

obligatoria. Por otro lado, es importante mencionar que la población que no tiene afiliación tiene una proporción similar con un 26.7% los que se encuentran en zonas urbanas y el 21.4% en zonas rurales.

La estructura de la población a nivel nacional refleja un asentamiento mayor en zonas urbanas y metropolitanas debido a la diversidad de oportunidades, acceso a los servicios, entre otras razones. Así, la población afiliada al seguro tiende a comportarse de manera similar que los otros tipos de aseguramiento donde en mayor porcentaje se acerca a las zonas urbanas, como se muestra en la tabla 1.13, donde los beneficiarios del seguro con 61.5% provienen de zonas urbanas y 38.5% de personas se localizan en zonas rurales.

TABLA 1.13. Proporción y porcentaje del carácter rural o urbano de la localidad de residencia según tipo de afiliación, 2012

ESTRATO DE URBANIDAD	TIPO DE AFILIACIÓN									
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total	
Rural	3,646,105	8.9%	16,677,497	38.5%	119,813	9.8%	5,570,110	19.0%	26,013,525	22.6%
Urbano	37,548,535	91.1%	26,590,417	61.5%	1,107,967	90.2%	23,724,620	81.0%	88,971,539	77.4%
Total	41,194,640	100.0%	43,267,914	100.0%	1,227,780	100.0%	29,294,730	100.0%	114,985,064	100.0%

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Sin embargo, los datos relevantes sobre la localización de los afiliados al Seguro Popular es zonas rurales y de acuerdo con la ENSANUT 2012, éstos se ubican en las entidades de Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Tabasco e Hidalgo, como se mencionó anteriormente son estados donde más de la mitad de su población se encuentra afiliada, denotando que estos estados también tienen un índice de marginación alto, con población vulnerable y carente de servicios, como se menciona a continuación.

Nivel de Marginación

El CONAPO al realizar el índice de marginación⁹⁵ contempló indicadores socioeconómicos para su medida, como son la educación, vivienda, distribución de población e ingresos moneta-

⁹⁵ La marginación es un fenómeno multidimensional y estructural originado, en última instancia, por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los beneficios del desarrollo (CONAPO, 2011).

rios.⁹⁶ De acuerdo con estos datos oficiales del año 2010, los estados con marginación absoluta más elevada son: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Hidalgo, Puebla, Tabasco y Michoacán y San Luis Potosí con más del 19% en cada estado.(CONAPO, 2013) No es coincidencia que también son las entidades donde más de la mitad de su población total están afiliados al Seguro Popular.

La ENSANUT 2012 utiliza un estrato de marginación donde considera aquéllas personas dentro de dos grupos distintos (ya sea con alta o baja marginación), se asume que se encuentran basados en los criterios de CONAPO. Los datos muestran que del total de la población el 77.7% se encuentra en zonas de baja marginalidad con un total de 89 ,376, 056 personas, en contraste con el 22.3% que se encuentra en zonas de alta marginalidad con un total de 25, 609, 009 personas (Ver tabla 1.14).

TABLA 1.14 Proporción y porcentaje del estrato de marginalidad según el tipo de afiliación, 2012

Estrato de Marginalidad	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
Baja Marginalidad	36,940,289	89.7%	28,238,672	65.3%	1,035,088	84.3%	23,162,007	79.1%	89,376,056
Alta Marginalidad	4,254,351	10.3%	15,029,242	34.7%	192,692	15.7%	6,132,724	20.9%	25,609,009
Total	41,194,640	100.0%	43,267,914	100.0%	1,227,780	100.0%	29,294,731	100.0%	114,985,065

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

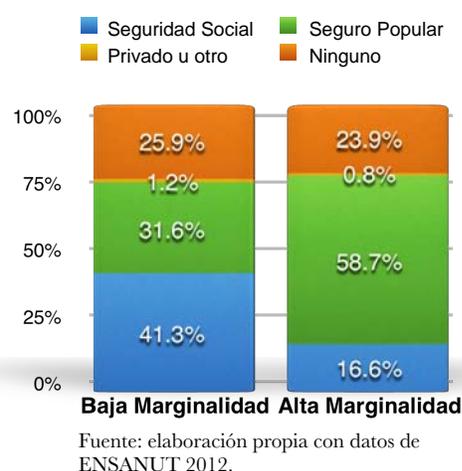
La proporción de la estructura nacional entre las zonas de baja marginalidad sobre las de alta marginalidad se da de manera similar entre los tipos de aseguramiento: de seguridad social, Seguro Popular, seguro privado u otro y también en la población sin ningún tipo de afiliación. Sin embargo, al comparar la ubicación de la población afiliada al Seguro Popular frente a las demás estructuras notamos que mientras el 34.7% se encuentran en zonas de alta marginalidad, en esta misma zona el porcentaje de los asegurados por la seguridad social es significativamente menor con el 10.3% de su población derechohabiente, de igual manera con un 15.7% de seguro priva-

⁹⁶ Los dimensiones contempladas en el índice de marginación son educación, vivienda, distribución de población e ingresos, estos a su vez contemplan los indicadores: porcentaje de población de 15 años o más analfabeta y porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin agua entubada, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin drenaje ni servicio sanitario, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas sin energía eléctrica, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas con piso de tierra, porcentaje de ocupantes en viviendas particulares habitadas con algún nivel de hacinamiento, porcentaje de población en localidades con menos de cinco mil habitantes, porcentaje de población ocupada con ingreso de hasta dos salarios mínimos. (CONAPO, 2013)

do y el 20.9% aquéllos que no tienen ningún tipo de afiliación. Esto indica que de acuerdo con la población que tiene algún tipo de afiliación y que se encuentra en zonas de alta marginalidad un porcentaje importante pertenece al Seguro Popular, lo cual confirma que el diseño del seguro se inclina a la población en zonas de alta marginalidad.

En el gráfico 1.12 se observa que en la composición de las zonas de baja marginalidad con un porcentaje más alto del 41.3% pertenece a los derechohabientes de la seguridad social, esto indica que las personas con el beneficio de protección social está estrechamente relacionada con un empleo, y puede estar asociada a las zonas urbanas donde se tiene un acceso más amplio a servicios. Con menor porcentaje de 31.6% pertenece a la población afiliada al Seguro Popular ubicadas en zonas de baja marginalidad, en contraste con el porcentaje que cubre en zonas de alta marginalidad que llega al 58.7% de la población en esas zonas, por lo que se infiere que mientras la seguridad social tiene una presencia importante en zonas de baja marginalidad, el Seguro Popular la tiene en zonas rurales, vulnerables, de alta marginalidad y carentes de servicios.

Gráfico 1.12 Tipo de Afiliación en cada estrato de marginalidad



Las condiciones precarias en las que viven las personas y contempladas en el *índice de marginalidad* elaborado por CONAPO, también se incluye dentro de la característica de *pobreza*⁹⁷, un concepto complejo con diferentes dimensiones, y que de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social en su artículo 36 considera los siguientes indicadores para su medición: ingreso corriente per cápita, rezago educativo promedio en el hogar, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a los servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación, grado de cohesión social; vivir en pobreza implica tener carencias en al menos uno de estos indicadores.

⁹⁷ De acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social y CONEVAL es definida cuando se da por lo menos una *carencia social* (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias. Definición de Pobreza. Disponible en : <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>

De acuerdo con INEGI en los datos emitidos como parte del censo⁹⁸ y éstos a su vez, basados en el estudio sobre la evolución de pobreza de CONEVAL, (el cual contempla las dimensiones del ingreso pobreza alimentaria, de capacidades y de patrimonio) indica para 2012, la medida nacional sobre pobreza alimentaria llegó a 23, 088, 910 personas, en pobreza de capacidades 32 , 881, 563 personas, y en pobreza de patrimonio 61, 350, 435 personas, entre ellas afiliados al Seguro Popular localizados en zonas de alta marginación.

En zonas urbanas se ubicaron en pobreza alimentaria a 9, 458, 956 personas, en pobreza de capacidades 15, 173, 697 personas, y en pobreza de patrimonio 33, 327, 167 personas; mientras en zonas rurales se ubicaron en pobreza alimentaria a 13, 629, 954 personas, en pobreza de capacidades 17, 707, 867 personas, y en pobreza de patrimonio 28, 023, 268 persona, en ambas zonas la cifra más alta es en el rubro de pobreza de patrimonio, superando las otras dimensiones, indicando que la carencia de una vivienda digna puede tener efectos directos sobre los otros tipos de pobreza. Al igual que los datos de marginalidad se observa que la población de un bajo nivel educativo, bajos ingresos y con carencia de acceso a los servicios, no sólo es vulnerable sino también llega a ser excluida de ciertos derechos como es el caso de la salud.⁹⁹

3.4. Utilización de los Servicios

Los apartados anteriores describieron las características de los afiliados al Seguro Popular y dónde se encuentran, comparando las características de los beneficiarios frente a las otras estructuras como los derechohabientes de la seguridad social y un seguro privado, e incluso de aquéllos que aún se encuentran sin protección alguna, sin embargo, la afiliación a un esquema de protección no implica una utilización de los servicios y mucho menos un acceso efectivo a éstos. En este sentido, el desarrollo de este apartado se enfoca en la población afiliada que utiliza los servicios de salud y las razones por las cuales los utiliza; se permite observar cual es el acceso efectivo a los beneficiarios al igual que el contraste con otros esquemas de aseguramiento.

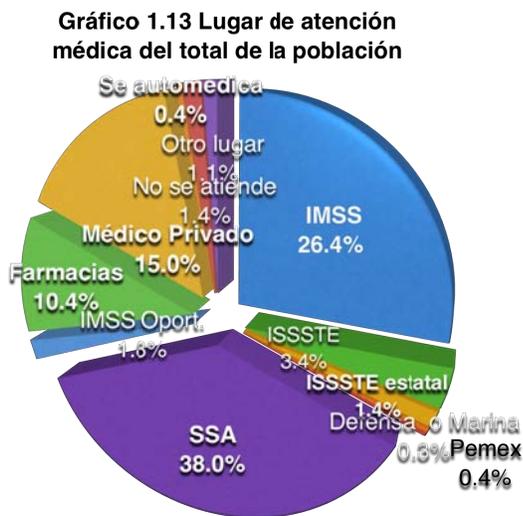
⁹⁸ INEGI, Consultado en línea <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484> [04/05/2014]

⁹⁹ CONEVAL. *Evolución de la pobreza por la dimensión de ingreso en México 1992-2014*. Consultado en línea. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/EDP/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-la-pobreza-1990-2014-.aspx>

En el cuestionario de integrantes de los hogares de la ENSANUT 2012 se le preguntó a la población sobre el lugar de atención que usualmente utiliza cuando presenta algún problema de salud, ésta pregunta identifica el lugar de atención usual en una situación de emergencia o una atención médica específica, ya que este dato nos habla de su acceso efectivo a los servicios. A nivel nacional, los porcentajes más elevados se obtuvo de la población que se atiende en Centros de Salud y Hospitales de la SSA con el 38%, seguido de la población que acude a las clínicas del IMSS y unidades médico familiares con el 26.4%, los cuales se asume son derechohabientes; un 15% con médicos privados y un 10.4% en consultorios dependientes de farmacias, una cifra importante, ya que implica un pago directo por los servicios; en menores porcentajes se encuentra la atención en el ISSSTE (también incluye el ISSSTE estatal), IMSS-Oportunidades, Pemex, Defensa y Marina (Ver gráfico 1.13); es relevante mencionar a un porcentaje del 1.4% que decide no atenderse, que si bien es menor, éste equivale a un total de 1, 555, 514 personas que no se atienden cuando presentan algún problema de salud.

Esta primera pregunta es de manera muy general, ya que sólo describe la primera opción médica de la población y la frecuencia con la que recurre a estas instancias, más adelante se describe otro tipo de atención médica específica o especializada, tanto en una situación ocurrida en las últimas dos semanas como en una hospitalización en el último de año.

De acuerdo con estos lugares de atención médica, del total de la población atendida en centros de salud y hospitales de la SSA, el 81% pertenece al Seguro Popular, esto supone que los afiliados acuden a la instancia del sector salud público que les corresponde debido a la cobertura del CAUSES; el 17.3% no tiene afiliación y el 1.4% son derechohabientes de la seguridad social, (Ver tabla 1.15) esto indica que dependiendo del tipo de afiliación acuden a la instancia que les corresponde, a excepción de la población sin protección alguna.



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Tabla 1.15 Tipo de afiliación según lugar de atención médica usual como primera opción, 2012

TIPO DE AFILIACIÓN	LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA USUAL												Total
	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	PEMEX	Defensa o Marina	SSA	IMSS Oportunidades	Consultorios de Farmacias	Médico Privado	Se autome dica	No se atiende	Otro lugar	
Seguridad Social	95.5%	97.8%	97.8%	98.3%	95.2%	1.4%	5.6%	12.0%	19.6%	19.1%	13.5%	9.8%	35.8%
Seguro Popular	3.3%	1.5%	1.6%	1.3%	4.0%	81.0%	62.7%	19.3%	15.0%	24.8%	17.8%	19.1%	37.6%
Privado u otro	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	2.3%	0.5%	3.1%	0.8%	0.9%	33.0%	1.1%
Ninguno	1.1%	0.7%	0.7%	0.4%	0.8%	17.3%	29.4%	68.2%	62.3%	55.2%	67.7%	38.1%	25.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

En cuando a la población que utiliza unidades médicas de la seguridad social, como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y Marina, es generalmente población derechohabiente ya que supera el 95% de los atendidos, sin embargo, también atiende a población del Seguro Popular, por un lado debido tanto a la duplicación de afiliación, como por el otro lado debido a la subrogación de servicios por parte del SPSS para la atención de beneficiarios, este porcentaje va del 1.5% hasta el 4% de la población atendida en esos lugares.

Un hallazgo importante es la atención médica proporcionada a beneficiarios y derechohabientes en lugares particulares y consultorios dependientes de farmacias (Ver tabla 1.16), de toda la población que se atiende con un médico privado el 62.3% no tiene ningún tipo de afiliación, un porcentaje elevado dado que esta atención se realiza por pago directo de servicios, seguido de la población que si tiene derecho a un aseguramiento, un 19.6% son derechohabientes de la seguridad social y un 15% pertenecientes al Seguro Popular, mostrando la recurrencia por el pago directo de los servicios de salud.

Otro hallazgo es sobre la población que se atiende en los consultorios dependientes de farmacias, donde con un porcentaje del 68.2% no tiene ningún tipo de afiliación, una cifra importante que continúa realizando pago directo por servicios de salud, mientras que el 19.3% pertenece al Seguro Popular y 12% de ellos son derechohabientes a la seguridad social, lo que indica que a pesar de tener una afiliación a los beneficios de un paquete de salud, esta población decide hacerlo como primera opción en estas instancias privadas, sin importar el costo que esto conlleva. Los

motivos por los cuales esta población decide atenderse en farmacias, son múltiples: desde una disminución en el tiempo de espera, una mejor calidad en la atención médica, una reducción tanto en la distancia de traslado como en el tiempo del mismo, entre otras que se describirán más adelante.

Consulta externa y medicina ambulatoria

La consulta externa y medicina ambulatoria abarca la atención médica general, especializada (ésta incluye cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y otras especialidades); urgencias y de odontología. En la ENSANUT 2012 se le preguntó a los integrantes del hogar si en las últimas dos semanas había tenido algún problema de salud por enfermedad o lesiones, de los cuales respondieron afirmativamente el 14.1% del total de la población con 16, 192, 143 personas, de éstas el 39.5% pertenece al Seguro Popular, el 37.2% son derechohabientes a la seguridad social, el 22.2% no tiene afiliación y el 1.1% a un seguro privado u otro. (Ver tabla 1.16)

TABLA 1.16. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según la población con algún problema de salud, 2012

TIPO DE AFILIACIÓN	Problema de salud en las últimas dos semanas				Total de afiliados
	Con problema de salud		Sin problema de salud		
Seguridad Social	6,017,476	37.2%	35,166,764	35.6%	41,184,240
Seguro Popular	6,396,599	39.5%	36,859,309	37.3%	43,255,908
Privado u otro	182,084	1.1%	1,045,696	1.1%	1,227,780
Ninguno	3,595,984	22.2%	25,691,407	26.0%	29,287,391
Total	16,192,143	100.0%	98,763,176	100.0%	114,955,319

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Los principales problemas de salud por los cuáles respondieron afirmativamente a ésta pregunta, en primer lugar con un 34.5% de ellos fueron por tos, catarro, dolor de garganta, de los cuales en un mayor porcentaje pertenecen al Seguro Popular con un 41.6%, frente a la seguridad social con un 34.3%; el segundo padecimiento más concurrente con el 14.6% fue por infecciones respiratorias, de los cuales el 36.8% son del Seguro Popular y el 36.6% de la seguridad social; el tercer padecimiento más presente fue por lesión física por accidente con el 4.3%, de los cuales con un mayor porcentaje pertenecen a derechohabientes de la seguridad social con un 44.2%; el cuarto

padecimiento es hipertensión arterial con un 3.4% de los cuales en su mayoría con un 42.6% pertenecían a la seguridad social frente al 40.8% del Seguro Popular; el quinto padecimiento es diabetes con un 2.7% de los cuales con un mayor porcentaje del 42.1% son del Seguro Popular, frente al 39.3% de la seguridad social. (Ver tabla 1.17)

Tabla 1.17. Proporción y porcentaje de los padecimientos en las dos últimas semanas

TIPO DE AFILIACIÓN	¿Podría decirme cuál fue el último problema de salud que tuvo (USTED/NOMBRE) en las últimas dos semanas?												
	Tos, catarro, dolor de garganta		Infecciones respiratorias		Lesión física por accidente		Hipertensión arterial		Diabetes		Otro problema		Total
Seguridad Social	1,911,132	34.3%	867,390	36.6%	310,662	44.2%	232,442	42.6%	173,292	39.3%	1,335,957	39.3%	6,010,621
Seguro Popular	2,317,749	41.6%	873,706	36.8%	227,215	32.3%	222,736	40.8%	185,474	42.1%	1,358,861	39.9%	6,388,068
Privado u otro	68,628	1.2%	31,093	1.3%	9,518	1.4%	7,823	1.4%	3,025	0.7%	34,207	1.0%	182,085
Ninguno	1,278,477	22.9%	600,808	25.3%	155,096	22.1%	82,620	15.1%	78,890	17.9%	674,185	19.8%	3,592,507
Total	5,575,986	100.0%	2,372,997	100.0%	702,491	100.0%	545,621	100.0%	440,681	100.0%	3,403,210	100.0%	16,173,281

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Estos padecimientos representan el principal problema de salud que presentaron los integrantes del hogar en las dos últimas semanas, los tres rubros (tos, catarro, dolor de garganta; infecciones respiratorias y lesiones físicas por accidente) se tratan de padecimientos de carácter ambulatorio y que no requieren ningún tipo de tratamiento a largo plazo; a diferencia de los dos últimos padecimientos más comunes (hipertensión arterial y diabetes, enfermedades crónicas propias de la población) que requieren una atención especializada, por un largo periodo de tiempo e incluso de por vida, ya que se trata de personas que se encuentran en la última etapa productiva o en etapa de retiro o jubilación. Esto también explica porqué la población perteneciente a la seguridad social presenta un mayor porcentaje en el problema de hipertensión arterial, dado que tiene un mayor porcentaje de adultos mayores en situación de jubilación y retiro.

De esa población que respondió afirmativamente sobre la presencia de un padecimiento o lesión en las últimas dos semanas, el 62% se encontraba recibiendo atención por este padecimiento hasta el momento de la encuesta, con un total de 10, 000, 766 personas (Ver

Gráfico 1.14 ¿Está recibiendo atención por este padecimiento? (Población Total)



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

gráfico 1.14), de los cuales el 37.4% pertenecen al Seguro Popular, es decir, que la respuesta del seguro para la atención oportuna de los beneficiarios no llega a la mitad de los que presentaron un padecimiento en las últimas dos semanas, ya que del total de ellos que no tuvo atención, el 43% está afiliados al seguro, sin tomar en cuenta las razones por las cuales no la estaba recibiendo. Como se observa en la tabla 1.8 la población que si recibe atención un porcentaje poco más alto con 41.8% pertenece a la seguridad social, ya que acude a la instancia que le corresponde, mientras que el 29.7% de la población que no fue atendida está afiliada a la seguridad social, superando la cifra afirmativa de atención, las razones por las cuales no se atendieron se describirán más adelante.

Tabla 1.18. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según la atención por padecimiento, 2012

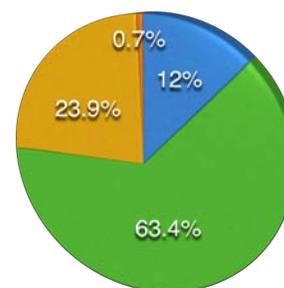
TIPO DE AFILIACIÓN	Atención por padecimiento				
	Con atención		Sin atención		Total
Seguridad Social	4,176,348	41.8%	1,818,963	29.7%	
Seguro Popular	3,742,063	37.4%	2,634,622	43.0%	6,376,685
Privado u otro	126,228	1.3%	53,777	0.9%	180,005
Ninguno	1,956,127	19.6%	1,624,902	26.5%	3,581,029
Total	10,000,766	100.0%	6,132,264	100.0%	16,133,030

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Algunas características de esa población que presentó un problema de salud y recibió atención, el 63.4% lo hizo mediante por un profesional de la salud en alguna instancia médica, ya fuera proveniente de la seguridad social o de la Secretaría de Salud, es decir, que ésta población accedió oportunamente a los servicios de salud que se encontraban a su alcance para recibir atención médica. (Ver gráfico 1.15)

Sin embargo, un 12% de ellos lo hizo por medio de un familiar, curandero, partera o medicina alternativa, lo que muestra una persistencia la atención realizada por medidas alternativas o tradicionales y que se encuentran

Gráfico 1.15 Personal que le brindó atención para el padecimiento sufrido en las dos últimas dos semanas (Población Total)



- Familiar, amigo, curandero, partera, medicina alt.
- Encargado de la comunidad/promotor, prof. de la salud
- Nadie
- Otro

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

fuera de los profesionales del sector salud. En un 23.9% respondió que no fue atendido por nadie, un porcentaje alto, y una de las principales razones fue por decisión propia.

Entre las razones por las cuales no fueron atendidos por un profesional de la salud se encuentran con un porcentaje alto, *no fue necesario* (53.2%), siendo el de mayor relevancia; *no tenía dinero*

(14.6%), el cual denota por consecuencia una carencia en el acceso efectivo a los servicios; entre otros motivos en menor porcentaje son: *no tuvo tiempo* (6.8%), *decidió no atenderse* (6.5%), *es caro* (1.9%), *está muy lejos* (0.9%) y otra razón (6.6%), (Ver gráfico 1.16) entre otras.

Gráfico 1.16 Razones negativas de atención por un profesional de la salud. (Población total)



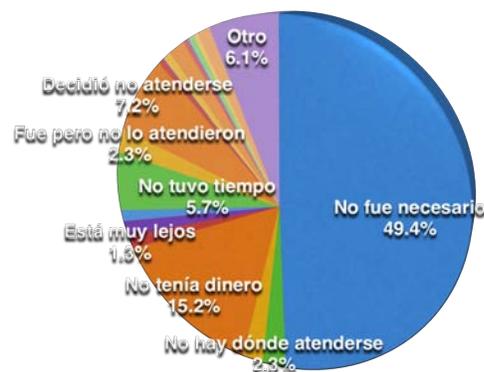
Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Para los derechohabientes de la seguridad social las principales razones por las cuales no se atendieron se encuentran: *no fue necesario* (61.9%) o *no tuvo tiempo* (10.5%), éstos motivos tienen un mayor porcentaje ya que puede suponerse que estas personas deben ausentarse en sus empleos para asistir a los

servicios de salud que les corresponde, lo que implica un tiempo de traslado, tiempo de espera alto y otros gastos relacionados con el acceso a los servicios y la atención.

Mientras para los afiliados al Seguro Popular las principales razones por las cuales no se atendieron por un profesional de la salud fueron porcentajes similares (*no fue necesario* con 49.3% y *no tuvo tiempo* con 5.7%), sin embargo, en este sector se vislumbraron otros motivos importantes (Ver gráfico 1.17) con un porcentaje menor como, *fue pero no lo atendieron* (2.3%), *no hay donde atenderse* (2.3%), *es caro* (2%), *no alcanzó ficha* (1.6%), *falta de confianza* (1.5%), *está muy lejos* (1.3%), *tiempo de espera alto* (1.2%) y *tratan mal* (1.1%), éstas opiniones denotan la baja calidad de los servicios y la falta de infraestructura, ya que la población afiliada prefiere no atenderse debido a las condiciones precarias de los servicios de salud y la falta de ingresos para cubrir gastos relacionados -como lo son el transporte, alimentación,

Gráfico 1.17 Razones negativas de atención por un profesional de la salud en los afiliados al Seguro Popular

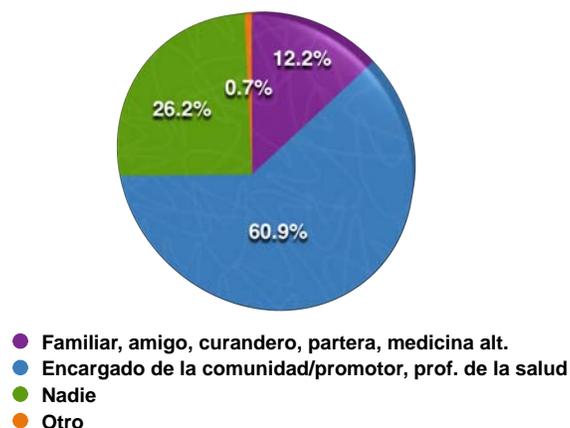


Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

entre otros-que implican un pago directo por estos. Esto también se traduce en un aumento en el gasto de bolsillo y una limitación más a los ya mencionados hacia el acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, del total de afiliados al Seguro Popular que presentaron un problema de salud y si recibió atención por el padecimiento, el 60.9% lo hizo mediante por un profesional de la salud en alguna instancia médica (Ver gráfico 1.18), lo que implica la utilización efectiva de los servicios para más de la población afiliada; mientras que un 12.2% lo hizo por medio de un familiar, curandero, partera o medicina alternativa, lo que muestra una vez más la presencia de otros mecanismos de atención alternativos o tradicionales que no están contemplados por el seguro. El resto de los afiliados con un 26.2% que no se atendió por nadie, por las razones antes mencionadas.

Gráfico 1.18 Lugar de atención recibida para el padecimiento sufrido en las dos últimas dos semanas los afiliados al Seguro Popular



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

De ésta población afiliada que sí logró recibir atención médica de algún tipo, con un total de 3,974,081, se atendieron en diferentes instancias de salud (Ver tabla 1.19), con una mayor preferencia por aquéllas pertenecientes a la Secretaría de Salud con un 56.7%, dado que son las instancias habilitadas para atender a población asegurada por la póliza del Seguro Popular. Sin embargo, también se muestra un porcentaje importante tanto a la atención en la medicina privada con un 18.9%, como a los consultorios dependientes de farmacias con un 15.7%, esto debido entre otras razones, al reciente aumento de este tipo de consultorios de bajo costo y cercanos al lugar de residencia de los beneficiarios, a los altos tiempos de espera en la unidades de atención, muy a pesar de la cobertura del paquete de servicios establecidos en el catálogo, así, los afiliados prefieren atenderse en otra instancia y recurrir al pago directo de los servicios.

En contraste con los derechohabientes de la seguridad social, éstos se atienden en su unidad médica correspondiente, con un 46.3% un alto porcentaje debido a la obligatoriedad de la atención en éstas instancias, mientras que con un 24.2% lo hace con un médico privado y el 11.3% en

consultorios dependientes de farmacias, esto se debe al deseo por reducir los tiempos de espera en las clínicas de atención y en la baja calidad de los servicios, muy a pesar de tener un amplio paquete de servicios en la seguridad social y que éstos gastos impliquen un pago directo por ellos.

Tabla 1.19. Proporción y porcentaje de población atendida en alguna institución de salud por algún problema de salud en las últimas dos semanas según tipo de afiliación, 2012

Institución de salud en la que se atendió	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
SEGURO SOCIAL (IMSS)	2,001,167	46.3%	98,602	2.5%	0	0.0%	27,738	1.4%	2,127,507
ISSSTE	336,541	7.8%	7,840	0.2%	0	0.0%	3,547	0.2%	347,928
ISSSTE ESTATAL	148,125	3.4%	6,407	0.2%	281	0.2%	572	0.0%	155,385
PEMEX	30,642	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	30,642
DEFENSA Ó MARINA	16,361	0.4%	1,746	0.0%	344	0.3%	0	0.0%	18,451
CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE LA SSA	133,342	3.1%	2,254,223	56.7%	9,956	7.7%	328,206	16.0%	2,725,727
IMSS OPORTUNIDADES	8,558	0.2%	97,875	2.5%	7,076	5.5%	23,737	1.2%	137,246
CONSULTORIOS DEPENDIENTES DE FARMACIAS	488,454	11.3%	624,953	15.7%	8,146	6.3%	611,472	29.8%	1,733,025
MÉDICO PRIVADO	1,044,101	24.2%	752,103	18.9%	70,263	54.6%	931,375	45.3%	2,797,842
NO SE ATIENDE	10,172	0.2%	19,217	0.5%	0	0.0%	18,524	0.9%	47,913
OTRO LUGAR	105,780	2.4%	111,115	2.8%	32,682	25.4%	105,990	5.2%	355,567
Total	4,323,243	100.0%	3,974,081	100.0%	128,748	100.0%	2,051,161	100.0%	10,477,233

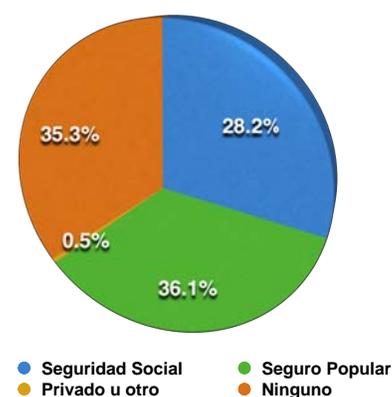
Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

El pago directo por los servicios de salud aún se muestran en un gran porcentaje en la población que no tiene ningún tipo de afiliación con un 45.3% atención privada y 29.8% en consultorios dependientes de farmacias, ya que no tienen ninguna otra manera de mitigar ésta situación. Esto muestra la permanencia del gasto de bolsillo sin lograr disminuirlo tanto en la población sin aseguramiento como en entre los afiliados del Seguro Popular. Estos porcentajes refuerzan las ideas de los estudios de King (et al., 2007 y 2009), Knox (2008) y Laurell (2013), sobre una reducción mínima en el gasto de bolsillo de los beneficiarios, la cual incluso puede no llegar a ser significativa; al igual de la inexistencia en evidencia sobre el mejoramiento de la salud de los afiliados. (Knox, 2008; Barofsky, 2011)

En términos del pago de directo de servicios, también es importante mencionar que este nuevo sector privado ha ido en aumento tras el vacío creado por el Seguro Popular al no brindar una protección universal a toda la población con acceso efectivo a los servicios, en especial los consultorios dependientes de farmacias, las cuales brindan asesorías médicas, servicios médicos ambulatorios y odontológicos a bajos costos.

En este sentido, la atención ambulatoria y consultas realizadas en farmacias ha sido un nuevo territorio en expansión para estos negocios debido a los vacíos y limitaciones del sector público de salud, entre las razones que se encuentra son *el tiempo de espera, distancia o lejanía de los servicios*, se trata de *un padecimiento considerado “no grave”*, entre otras, sin importar que es un pago directo de servicios. De acuerdo con la ENSANUT 2012, del total de la población atendida en consultorios dependientes de farmacias, (Ver gráfico 1.19) el 36.1% son afiliados al Seguro Popular, y el 28.2% a la seguridad social, cifras importantes para la población que si tiene una protección en salud y decide realizar un pago directo de servicios; a diferencia del 35.3% que se atiende en estos lugares debido a que no tiene ningún tipo de afiliación.

Gráfico 1.19 Población atendida en consultorios dependientes de farmacias por atención ambulatoria y consulta según el tipo de afiliación



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Esto muestra como la existencia de un aseguramiento tanto obligatorio (seguridad social) como voluntario (Seguro Popular) no garantiza la disminución del gasto de bolsillo de las personas, ya que este persiste a pesar de la protección por un paquete de servicios y padecimientos, se asume que esto se debe a las carencias y deficiencias de los servicios, los cuales han sido el área de oportunidad de éstas instancias privadas como los consultorios dependientes de farmacias.

Los resultados muestran que dentro de la utilización de los servicios ambulatorios y de consulta para la población de afiliados al Seguro Popular, sólo 3, 742, 063 reportaron haber tenido un padecimiento y estar recibiendo atención para éste en las ultimas dos semanas, es decir, que hasta el momento de la encuesta de los más de 43.2 millones de afiliados, sólo utilizaron los servicios

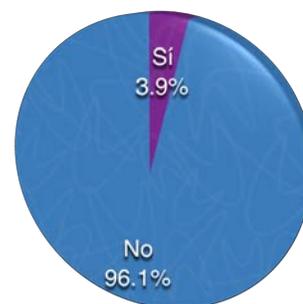
de salud menos del 10% de la población afiliada, por lo que claramente la afiliación y titularidad de una póliza no implica ni garantiza la utilización y acceso a los mismos.

Hospitalización

En términos de internamiento u hospitalización se requiere de medicina especializada de segundo o tercer nivel de atención, por lo que la utilización de los servicios no es de manera recurrente como lo es la medicina ambulatoria o de consulta general, en este sentido, la ENSANUT 2012 contempló al momento de aplicar los cuestionarios la temporalidad de algún acontecimiento de un año atrás o en el presente hasta la aplicación de la encuesta.

La utilización de los servicios de hospitalización se debe al tratamiento de los padecimientos en instancias especializadas y con servicios específicos que se concentran en centros hospitalarios regionales, que generalmente implican una estancia del paciente por un periodo de tiempo. En la encuesta se les preguntó si en el último año recibió este tipo de atención, donde el total de la población que respondió afirmativamente fueron 4, 425, 784 personas, lo que representa el 3.9% frente a un 96.1% que no utilizó este servicio. (Ver gráfico 1.20) De ese total más del 80% que respondió afirmativamente haber utilizado los servicios hospitalarios en el último año pertenece a algún tipo de aseguramiento público, mientras todavía se encontró un 12.7% que no tiene afiliación y la hospitalización se realizó por medio de un pago directo de servicios.

Gráfico 1.20 Total de la población que recibió hospitalización en el último año



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

De acuerdo con la afiliación de esta población que sí presentó internamiento, el mayor porcentaje pertenece a los derechohabientes de la seguridad social con un 44.6% de ellos (1, 974, 843 personas), los cuales fueron atendidos por las instituciones que forman parte de su paquete de beneficios hospitalarios. (Ver tabla 1.20) El segundo porcentaje importante que recibió internamiento fue de la población afiliada al Seguro Popular con un 41.4% (1, 833, 812 personas) de los cuales fueron atendidos principalmente en unidades médicas y hospitales de la Secretaría de Salud habilitados en el SPSS.

Tabla 1.20. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según recibió o no hospitalización en el último año, 2012

TIPO DE AFILIACIÓN	Recibió hospitalización en el último año				
	Sí		No		Total
Seguridad Social	1,974,843	44.6%	39,197,378	35.5%	41,172,221
Seguro Popular	1,833,812	41.4%	41,411,261	37.5%	43,245,073
Privado u otro	53,849	1.2%	1,172,082	1.1%	1,225,931
Ninguno	563,280	12.7%	28,712,620	26.0%	29,275,900
Total	4,425,784	100.0%	110,493,341	100.0%	114,919,125

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Los datos también muestran que de todas las personas internadas en el último año un 12.7% de ellos pertenecen a la población abierta, es decir, un total de 563, 280 personas que realizaron un pago directo por los servicios de hospitalización, y por lo tanto aumentó el gasto de bolsillo de esos hogares.

Los principales motivos de hospitalización reportados por lo encuestados fueron: por enfermedad (31.6%), cirugía (22.7%), parto (13.7%), cesárea (8.8%) y por lesiones físicas por accidente (8.1%); con menor porcentaje fueron aquellos ocasionados por problemas con el embarazo y puerperio (2.3%), examen o chequeo (0.7%), caídas (0.7%), y lesiones físicas por agresiones (0.7%). Estos siniestros son los manifestados por la población total en el último año.

En términos de afiliación como se muestra en la tabla 1.21, los derechohabientes a la seguridad social fueron internados por motivos de una enfermedad (34.3%), cirugía (26.7%) y lesiones físicas por agresiones (9.1%) comportándose de manera similar a las cifras nacionales; mientras que la población afiliada al Seguro Popular tiene porcentajes más diversos, los motivos que prevalecen entre ellos son: por enfermedad (29.8%) y cirugía (17.8%), lo cual puede deberse a los padecimientos cubiertos por el FPGC; parto (20%) y cesárea (10.9%), debido a la atención del gran número de mujeres en edad reproductiva afiliadas al Seguro Popular y aquellas beneficiarias de otros programas sociales como *Un Embarazo Saludable*.

Tabla 1.21. Proporción y porcentaje de los motivos de hospitalización según el tipo de afiliación, 2012

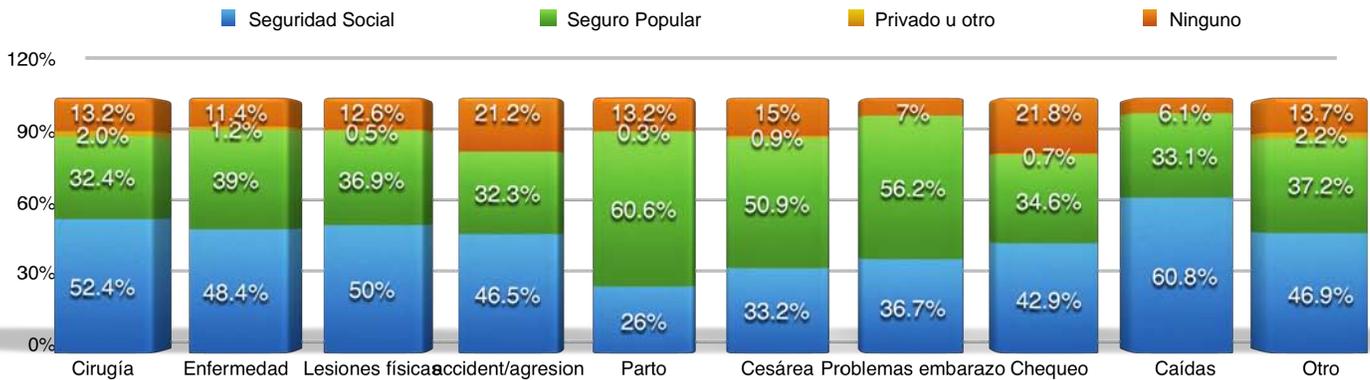
Motivo de Hospitalización	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
Cirugía	526,380	26.7%	325,485	17.8%	19,792	36.8%	132,146	23.5%	1,003,803
Enfermedad	676,465	34.3%	545,952	29.8%	16,714	31.0%	159,824	28.4%	1,398,955
Lesiones físicas por accidente	179,886	9.1%	132,478	7.2%	1,753	3.3%	45,349	8.1%	359,466
Lesiones físicas por agresiones	14,030	0.7%	9,726	0.5%	0	0.0%	6,400	1.1%	30,156
Parto	157,489	8.0%	367,139	20.0%	1,562	2.9%	80,132	14.2%	606,322
Cesárea	129,741	6.6%	198,966	10.9%	3,584	6.7%	58,608	10.4%	390,899
Problemas por el embarazo y puerperio	37,796	1.9%	57,880	3.2%	0	0.0%	7,235	1.3%	102,911
Examen / chequeo	13,469	0.7%	10,876	0.6%	228	0.4%	6,855	1.2%	31,428
Caídas	17,497	0.9%	9,525	0.5%	0	0.0%	1,744	0.3%	28,766
Otro	220,353	11.2%	175,170	9.6%	10,216	19.0%	64,528	11.5%	470,267
Total	1,973,106	100.0%	1,833,197	100.0%	53,849	100.0%	562,821	100.0%	4,422,973

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

De acuerdo con la tabla 1.21, no es coincidencia que la población que tiene un seguro privado sus motivos de hospitalización fueron por cirugía (36.8%) y enfermedad (31%), ya que el diseño de los seguros privados y sus pólizas responde a cubrir gastos médicos mayores, es decir, aquéllos siniestros que requieren una atención más especializada, más ingresos y que pueden involucrar un periodo de hospitalización. De igual manera, para la población sin ningún tipo de afiliación presentó altos porcentajes por motivos de enfermedad (28.4%) y cirugía (23.5%), parto (14.2%) y cesárea (10.4%).

Sin embargo, al momento de observar dentro de cada uno de los motivos de hospitalización el tipo de afiliación, la tendencia se muestra en el gráfico 1.21 donde la seguridad social tiende a hospitalizar a población por motivos de caídas (60.8%), cirugías (52.4%), lesiones físicas por accidentes (50%) y enfermedades (48.4%) ya que tienen un mayor porcentaje respecto al resto, y en contraste con los motivos reportados con la población afiliada al Seguro Popular donde se muestra un mayor porcentaje en la atención de partos (60.6%), problemas en el embarazo (56.2%) y cesáreas (50.9%), lo cual no es coincidencia dado que el número mayor de afiliadas son mujeres en edad reproductiva.

Gráfico 1.21. Motivos de hospitalización según el tipo de afiliación



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Por otro lado, el acceso a los servicios hospitalarios depende de las unidades disponibles en el sistema de salud ya sean provenientes de la seguridad social, de la Secretaría de Salud (nivel federal y estatal) o de la medicina privada. De acuerdo con la ENSANUT 2012, estos internamientos fueron realizados en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud con un mayor porcentaje del 37.7%, seguidos aquéllos del Instituto Mexicano del Seguro Social con el 35.2% teniendo una estancia promedio de 9.32 días de hospitalización. El alto porcentaje de la población que acude a estas instancias públicas cuando se trata de una intervención de alto costo, de especialización u hospitalaria puede deberse a que los afiliados (tanto de la seguridad social como del Seguro Popular) recurren al paquete de beneficios para evitar el pago directo o un mayor gasto de bolsillo por la atención de estos siniestros, a diferencia de la medicina ambulatoria.

La población afiliada a la seguridad social recurrió a los hospitales incorporados a ese sistema, es decir, a las unidades médicas que les corresponde de acuerdo con su paquete de beneficios; con un porcentaje alto de 66.7% de personas se atendieron en hospitales y clínicas del IMSS, donde se asume que fue por la población derechohabiente al IMSS, dado que tiene mayor número de afiliados, mientras que un porcentaje menor del 12.9% decidió hacerlo con un médico privado (Ver tabla 1.22).

Los resultados en la población afiliada al Seguro Popular muestran que en el último año toda hospitalización o internamiento lo realizaron en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud en un 75.3%, esto debido a que son hospitales habilitados para la atención del SPSS; los

internamientos tuvieron un promedio de 7.24 días, cifra menor a la nacional. Algunos de estos internamientos se trataron de intervenciones financiadas por el Seguro Popular por medio del FPGC y realizadas en hospitales y clínicas del IMSS, esta cifra llegó al porcentaje del 8.2% y aquéllos que se realizaron con médicos privados con un 11.2%.

Tabla 1.22. Proporción y porcentaje de instituciones de salud donde se realizó la hospitalización en el último año según el tipo de afiliación, 2012.

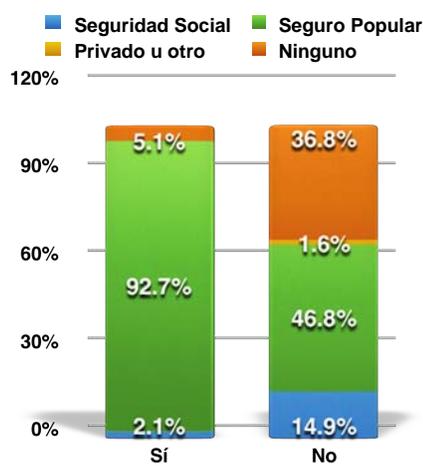
Institución de Salud	TIPO DE AFILIACIÓN								
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total
SEGURO SOCIAL (IMSS)	1,316,196	66.7%	149,261	8.2%	3,627	6.7%	84,095	15.0%	1,553,179
ISSSTE	179,562	9.1%	4,520	0.2%	0	0.0%	3,802	0.7%	187,884
ISSSTE ESTATAL	65,296	3.3%	3,834	0.2%	855	1.6%	5,800	1.0%	75,785
PEMEX	25,881	1.3%	2,154	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	28,035
DEFENSA O MARINA	16,396	0.8%	3,030	0.2%	0	0.0%	673	0.1%	20,099
CENTRO DE SALUD U HOSPITAL DE LA SSA	82,210	4.2%	1,377,348	75.3%	6,194	11.5%	200,348	35.8%	1,666,100
IMSS OPORTUNIDADES	3,482	0.2%	25,118	1.4%	664	1.2%	4,266	0.8%	33,530
CONSULTORIOS DEPENDIENTES DE FARMACIAS	915	0.0%	2,316	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	3,231
MÉDICO PRIVADO	255,480	12.9%	205,710	11.2%	25,633	47.6%	214,021	38.2%	700,844
OTRO LUGAR	28,559	1.4%	56,154	3.1%	16,876	31.3%	47,380	8.5%	148,969
Total	1,973,977	100.0%	1,829,445	100.0%	53,849	100.0%	560,385	100.0%	4,417,656

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

La tabla 1.22 también resalta la situación de la población sin afiliación, donde un 35.8% de ellos fueron hospitalizados en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud ya fuera realizado por medio de un pago directo de servicios o bajo algún esquema de gratuidad, sin embargo, con un porcentaje mayor del 38.2% lo realizó en la medicina privada.

Por otro lado, al preguntarle a los encuestados si estos servicios de hospitalización fueron financiados por el Seguro Popular, el 92.7% de los que respondieron afirmativamente fueron por supuesto afiliados al seguro, comprobando la protección financiera de los afiliados por medio del CAUSES y el FPGC; también un porcentaje menor del 2.1% afiliados a la seguridad social fueron financiados por el Seguro Popular, lo cual puede tratarse de personas que presentan duplicación de afiliación. De igual manera con un 5.1% de la población sin afiliación respondió afirma-

Gráfico 1.22 ¿Su atención financiada por el Seguro Popular según el tipo de afiliación



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

tivamente. (Ver gráfico 1.22) Esto demuestra positivamente la protección del seguro y los fondos activos del SPSS por medio de la póliza para la protección de las intervenciones hospitalarias de los afiliados al Seguro Popular e incluso a otros que no se han incorporado a éste.

En cuanto a la población que respondió de manera negativa ante el financiamiento de la intervención hospitalaria por el Seguro Popular, el porcentaje más alto fue de 46.8% de los afiliados al seguro, lo que se asume que los padecimientos no fueron contemplados en el CAUSES o del FPGC, y por lo tanto se realizó por un pago directo de servicios, lo

que muestra una protección limitada y el aumento en el gasto de bolsillo de los afiliados.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente sobre la atención ambulatoria y de consulta en los consultorios dependientes de farmacias, la ENSANUT 2012 también contempla la hospitalización en estos lugares¹⁰⁰, mientras la hospitalización requiere de otro tipo de insumos, como equipo médico especializado, más personal médico y regulación sanitaria específica, a diferencia de las consultas médicas y atención ambulatoria, por lo que no se presentaron numerosos casos. Los datos obtenidos muestran un 71.7% fueron afiliados al Seguro Popular y el 28.3% son derechohabientes de la seguridad social; (Ver gráfico 1.23) al cruzar la información con los motivos de internamiento reflejó que los casos presentados fueron realizados por cirugía, enfermedad y lesiones físicas por agresiones.

Gráfico 1.23 Hospitalización en consultorios dependientes de farmacias según el tipo de afiliación



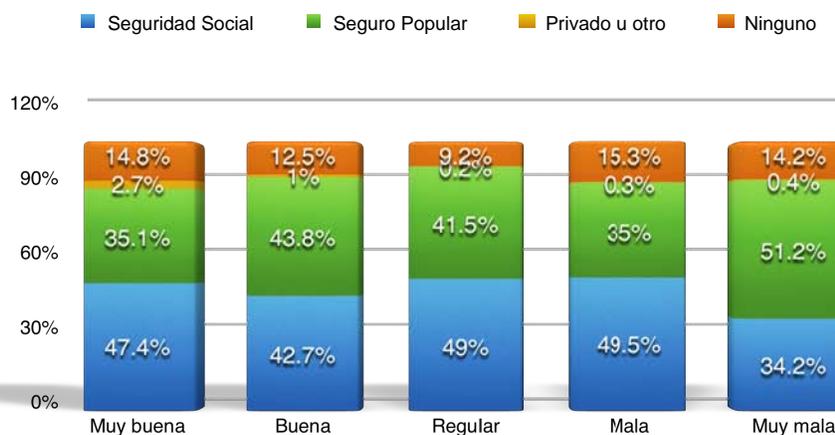
Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

¹⁰⁰ Los casos reportados en la ENSANUT 2012 sin ponderar son sólo seis, de los cuales cinco pertenecen al Seguro Popular, de esta manera el problema de la información se refleja en los resultados ponderados.

Percepción de los servicios

Las razones por las cuales la población se atiende usualmente en las instancias médicas donde se reportó en la encuesta que lo hicieron en el último año o en las últimas dos semanas, se relacionan con la percepción de los servicios médicos que utilizaron, en este sentido, la encuesta le preguntó a la población sobre una calificación de la atención recibida en una escala de: muy buena, buena, regular, mala o muy mala. Los resultados obtenidos en la población total mostraron una calificación entre buena y muy buena, sin embargo, en términos de afiliación los resultados se muestran de la siguiente manera: entre la población derechohabiente a la seguridad social tiende a calificar con un mayor porcentaje de 49.5% entre regular y mala atención; entre la población afiliada al Seguro Popular con un mayor porcentaje de 51.2% la calificó como muy mal; y la población sin ningún tipo de afiliación describió la atención recibida en un 14.8% como muy buena dado que gran parte lo hizo en la medicina privada. (Ver gráfico 1.24) Estos porcentajes muestran la percepción de la población sobre la calidad de los servicios, en especial atención en los afiliados al Seguro Popular, dado que gran parte de ellos fueron atendidos en hospitales de la SSA.

Gráfico 1.24 Tipo de afiliación según la calidad de atención recibida



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

3.5 Pago directo de los servicios de salud (Gasto de bolsillo)

El pago directo de servicios es una de las principales causas de empobrecimiento de las familias, ya que el gasto que realizan las personas al presentarse una emergencia médica o de salud excede la capacidad de pago del hogar. Los gastos médicos y aquéllos relacionados con la salud pueden llegar a sobrepasar los ingresos familiares por cubrir sus necesidades básicas, incluso ser catastróficos obligando a las personas a no atenderse o posponer su atención.

En la ENSANUT 2012, el gasto de bolsillo se nutre de varios servicios, además de presentarse una emergencia médica, como lo son: la consulta médica, pruebas de laboratorio, medicamentos, entre otros que están relacionados como el traslado hacia el lugar de atención, alimentación, hospedaje, etc.; se le preguntó a la población si había pagado por la atención que recibió, de los cuales el 38% de ellos contestó afirmativamente frente a una negación del 62%. De aquéllos que realizaron un pago por la atención médica, el mayor porcentaje lo tiene la población sin ningún tipo de afiliación (34.6%), ya que gran parte de la atención que recibe proviene del pago directo de servicios; el segundo porcentaje lo tiene la población de la seguridad social (33.8%) la cual respondió afirmativamente sobre un pago por la atención recibida; en tercer lugar lo tienen los afiliados al Seguro Popular (30.7%). (Ver tabla 1.23)

Tabla 1.23. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según la población que tuvo que pagar por la atención recibida, 2012

Tipo de afiliación	¿Le cobraron por la atención que recibió?				
	Sí		No		Total
Seguridad Social	1,193,103	33.8%	2,972,177	51.8%	4,165,280
Seguro Popular	1,082,610	30.7%	2,316,596	40.4%	3,399,206
Privado u otro	27,794	0.8%	66,469	1.2%	94,263
Ninguno	1,221,301	34.6%	383,955	6.7%	1,605,256
Total	3,524,808	100.0%	5,739,197	100.0%	9,264,005

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Esto muestra que a pesar de tener una protección en salud destinan un pago directo por los servicios en un porcentaje alto, tanto los derechohabientes de la seguridad social (68.3%), como por el Seguro Popular (63.6%), afectando a las familias directamente. Al igual que los estudios men-

cionados anteriormente, el gasto de bolsillo no disminuye en los afiliados al Seguro Popular, por lo que éste modelo no cumple con el objetivo de brindar protección financiera para todos los afiliados.

De igual manera, se le preguntó a la población sobre el monto que gastó por el pago de la atención médica, teniendo una cifra promedio a nivel nacional de \$ 216.24 pesos, al obtener los promedios de acuerdo con el tipo de afiliación, con la cifra más alta se encuentra la población con un seguro privado, la cual tiene el promedio que incluso supera la cifra nacional con \$ 371.69 pesos por atención recibida, esto se debe al pago directo, coaseguro o deducibles realizados a cambio de los servicios de salud que contempla la póliza de cada asegurado.

En cuanto a la población afiliada la seguridad social también superó el promedio nacional con una media de \$ 250.82 pesos, a diferencia de la población afiliada al Seguro Popular, la cual obtuvo la cifra más baja con \$172.70 pesos (Ver gráfico 1.25), sin embargo, esto indica que a pesar de ser una población con beneficios prepagados, ya sea por medio de un paquete de beneficios como en la seguridad social, o en una póliza como los afiliados al seguro, todavía éstos realizan gastos por atención médica general o ambulatoria; se puede incidir que éstos gastos se realizaron fuera del esquema de protección.

Gráfico 1.25 Promedio del monto (pesos) por la atención recibida según el tipo de afiliación



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

A diferencia de la población sin ningún tipo de afiliación, la cual en promedio gastó \$ 220.73 pesos, una cifra que supera la media nacional, a pesar, que la única opción de atención médica es la medicina privada por medio de pago directo de servicios.

Sin embargo, estos montos promedios no contemplan otro tipo de gastos que se encuentran relacionados con la salud, como se mencionó anteriormente, éstos pueden elevarse de tal manera que supera la capacidad de pago de las familias, como son el traslado, alimentación y hospedaje tanto del paciente como del acompañante(s).

En este sentido, se tienen otros datos de aquéllos gastos de los hogares, de acuerdo con los datos de la ENIGH 2012, los principales gastos que tiene la población son por alimentos, bebidas y tabaco con un total de \$ 8, 688 pesos, seguido de transporte y comunicaciones con \$ 4, 720 pesos, seguido de educación y esparcimiento con \$ 3, 529 pesos; sin embargo, el rubro de cuidados de la salud se destina \$ 636 pesos, una cifra menor en condiciones regulares, sin embargo, ésta cambia cuando se tiene una situación médica no contemplada o de emergencia.

En la ENSANUT 2012 también se le preguntó a la población sobre estos otros gastos relacionados con la salud; uno de los más elevados es el traslado hacia la atención médica, en promedio la población a nivel nacional gastó \$ 4, 131.05 pesos. Sin embargo, al observar estas cifras de acuerdo con el tipo de afiliación, en primer lugar, se encuentra la población que gastó más en ese traslado que fue la población con un seguro privado con un total de \$ 4, 903.43 pesos, ya que este grupo se encuentra sujeto a las disposiciones y requisitos de su póliza y las instancias de salud cubiertas por ésta (Ver gráfico 1.26). En segundo lugar, se encuentra la población afiliada al Seguro Popular, la cual en promedio gastó \$ 4, 499.81 pesos, una cifra elevada que supera incluso la nacional, esto puede deberse a la lejanía de las unidades habilitadas por el SPSS y carencia de infraestructura en servicios de salud por lo que los afiliados tienen que destinar recursos para el traslado hacia la atención médica; esto denota un acceso limitado a los servicios.

Gráfico 1.26 Promedio del cobro en pesos por el traslado a donde recibió atención según el tipo de afiliación



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

En tercer lugar, se encuentra la población abierta sin ningún tipo de afiliación con un promedio de \$ 4, 376.34 pesos, este sector puede considerarse el más afectado, ya que no sólo no tiene protección alguna, sino se le suman a sus gastos en atención médica, el traslado para llegar a éstos, llevándolos así a una condición de vulnerabilidad.

En cuarto lugar y con la cifra más baja está la población de la seguridad social con un promedio de \$ 3, 715.26 pesos, lo cual puede deberse a una red de cobertura e infraestructura más amplia que contempla instancias de salud regionales propias de este sistema.

A pesar que estas cifras son elevadas para el traslado hacia el acceso a los servicios de salud, más de la mitad (66%) reportó haber realizado este gasto, mientras que el resto (34%) no realizó ningún tipo de pago, es decir que una porción grande de la población suma al gasto de bolsillo por atención médica, el traslado para tener acceso a los servicios correspondientes con su póliza.

Por otro lado, el traslado de las personas hacia las instancias de salud representa un gasto monetario alto para lograr tener acceso, el cual está muy relacionado con el tiempo de traslado. En la ENSANUT 2012 se contempla éste rubro, el tiempo que le toma a las personas en llegar a los servicios, el cual puede variar entre 5 y 30 minutos. El promedio nacional es de 27.91 minutos para llegar al lugar de atención, (Ver tabla 1.24) mientras que para los derechohabientes de la seguridad social demoran cerca de 30.55 minutos, siendo el tiempo más alto e incluso superando la cifra nacional; en contraste, la población afiliada al Seguro Popular tiene un promedio menor con 26.80 minutos lo que demoran en llegar a los servicios. En cuanto a la población con seguro privado en promedio tuvo un tiempo de traslado de 23.67 minutos y la población sin afiliación tardó 22.92 minutos, ambas cifras por debajo de la media nacional.

Tabla 1.24. Promedio del tiempo de traslado a los servicios médicos (minutos)

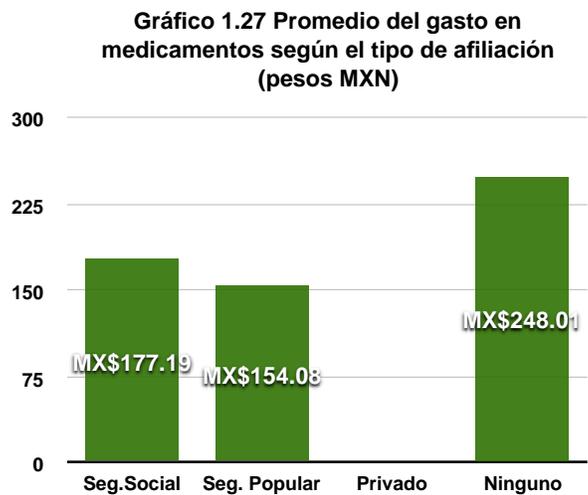
	Seguridad Social	Seguro Popular	Privado	Ninguno	Población Total
Promedio	30.55	26.8020	23.6765	22.9266	27.9111

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

A los gastos anteriormente mencionados se le suman otros relacionados con la salud, como los medicamentos utilizados para el tratamiento de algún padecimiento, que puede o no estar contemplado en las pólizas o beneficios de las personas. De acuerdo con los datos de la ENSANUT 2012, en promedio la población a nivel nacional gastó en medicamentos \$ 174.43 pesos, sin tomar en cuenta si su póliza o seguro los cubría. En la población tanto de la seguridad social como afiliada al Seguro Popular los medicamentos están contemplados en el paquete de beneficios, sin

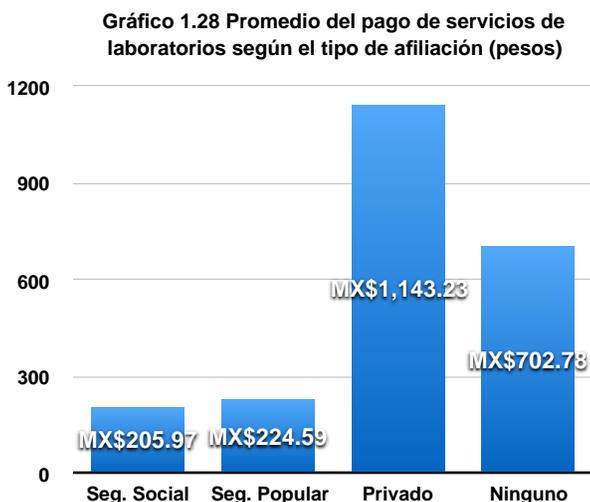
embargo, al momento de la atención no todos se encuentran disponibles, por lo que la población tuvo que realizar el pago directo por éstos para continuar el tratamiento de su padecimiento, sumándose al gasto de bolsillo de las familias.

Entre la población afiliada al Seguro Popular gastó en promedio \$ 154.08 pesos por medicamentos una cifra menor a la población derechohabiente de la seguridad social que gastó en promedio \$ 177.19 pesos. La cifra más alta fue la población sin ningún tipo de afiliación, los cuales gastaron en promedio \$ 248.01 pesos, ya que carecen de alternativas de protección . (Ver gráfico 1.27)



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Entre otros gastos relacionados con la salud se encuentran las pruebas de laboratorio utilizadas para el diagnóstico de algún padecimiento, los cuales al igual que los medicamentos pueden o no estar incluidos en los paquetes de beneficios tanto de la seguridad social, como de las pólizas del Seguro Popular o seguros privados. Los datos reportados de la ENSANUT 2012 muestran que la población total gastó un promedio de \$ 276.34 pesos, esta cifra es similar para la población con algún tipo de seguro público, tanto para los derechohabientes de la seguridad social que en promedio gastaron \$ 205.97 pesos y los afiliados al Seguro Popular que gastaron en promedio \$



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

224.59 pesos, ambas cifras pueden considerarse bajas, dado que éstos procedimientos se incluyen en los paquetes de beneficios y no necesitan ser realizados mediante un pago directo de manera externa. (Ver gráfico 1.28) Sin embargo, este dato no contempla si el monto pagado fueron servicios de laboratorios realizados por medio del pago directo debido al alto tiempo de espera en las áreas de diagnóstico de los hospitales habilitados o debido a un procedimiento excluido del seguro.

Las cifras encontradas por encima del promedio nacional son de la población con un seguro privado con un total de \$ 1, 143.23 pesos, esto debido a los términos y condiciones en las que se encuentran las pólizas, ya que pueden no incluir las pruebas y estudios necesarios para el diagnóstico; y la población sin afiliación mostró un promedio de \$ 702.78 pesos en el pago directo y de manera obligatoria por estos servicios, por lo que éste eleva el gasto de bolsillo por los servicios de salud en este grupo.

A los gastos por los servicios médicos, de laboratorio y medicamentos se le suman otros que generalmente no se tienen contemplados, la ENSANUT 2012 mostró que por lo menos un 5.8% de la población que reportó la atención tuvo que realizar otro tipo de gastos relacionados con un promedio de \$ 1, 146.35 pesos. De acuerdo con el tipo de afiliación, por lo menos un 5.5% de la población afiliada al Seguro Popular tuvo que realizar otros gastos relacionados con la atención médica de manera inmediata, en promedio gastó \$ 1, 353.34 pesos los servicios no contemplados en la póliza adquirida e incrementándose así el gasto de bolsillo de los afiliados. (Ver gráfico 1.29)

El monto de los afiliados al Seguro Popular es menor a la cifra de la población con un seguro privado, ésta siendo la cantidad más alta que incluso la nacional, en promedio ellos gastaron \$ 7, 164.55 pesos, una cifra elevada; esto se debe al tipo de aseguramiento restringido por un catálogo de enfermedades o póliza, lo cual implica otros gastos médicos no contemplados en el siniestro.

La situación de la población abierta es similar a los afiliados al Seguro Popular, ya que en promedio gastó \$ 1, 069.85 pesos en otros gastos médicos, y la cifra más baja fue para los derechohabientes de la seguridad social, quienes gastaron en promedio \$ 917.63 pesos, a pesar que para esta población todos los procedimientos e intervenciones están cubiertos en su paquete de beneficios.

Gráfico 1.29 Promedio de otros gastos médicos (pesos)

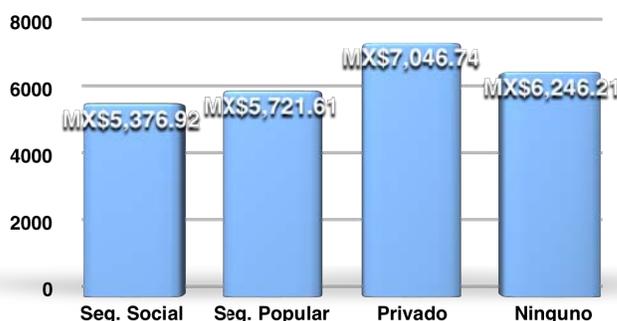


Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

De esta manera, se muestra como existen gastos relacionados con la salud no contemplados en las pólizas, y por el contrario aumentan el gasto de bolsillo de las familias, como lo son: la alimentación, el hospedaje, el traslado (tanto para los pacientes como para los acompañares o incluso integrantes de la familia), ciertos cuidados médicos, post-operatorios y acompañamiento; estos gastos a su vez se elevan si los servicios tienen lugar en otra entidad federativa.

En cuanto a los gastos en alimentación y hospedaje, el promedio nacional que tuvo un gasto por esta causa fue de \$ 5, 661.56 pesos, al observar a la población de acuerdo con su tipo de afiliación, en primer lugar se encuentran las personas con un seguro privado, quienes en promedio gastaron \$7,046.74 pesos, en segundo lugar se ubicó a la población abierta sin ningún tipo de afiliación con \$ 6,246.21 pesos, éstas son cifras elevadas que se le suman los gastos médicos. (Ver gráfico 1.30)

Gráfico 1.30 Promedio del gasto en comida y hospedaje (pesos)



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

En tercer lugar, se encuentra la población afiliada al Seguro Popular, la cual reportó una cifra menor con un promedio de \$ 5, 721.61 pesos destinados a estos rubros, esto representan cifras elevadas dado que es un sector de la población vulnerable y en situación de riesgo. En cuarto lugar están los derechohabientes de la seguridad social quienes en promedio gastaron \$ 5, 376.92 pesos.

Estas cifras son elevadas para rubros esenciales, en especial atención cuando la población tiene un acceso limitado a los servicios y es necesario trasladarse a otra entidad federativa, incluso los gastos aumentan en las familias cuando la hospitalización o los tratamientos médicos se prolongan por semanas o meses, lo que aumenta y afecta el gasto de bolsillo de rubros relacionados con la salud.

Todos estos gastos se suman a un total que la gente afiliada no tiene contemplado al momento de acudir a los servicios de salud y al comienzo del tratamiento de un padecimiento, esto representa muchas veces el empobrecimiento de las familias, tanto en el modelo de aseguramiento público,

como privado y sin duda también en la población sin protección social, ya que estos gastos no están cubiertos en el paquete de beneficios de ningún tipo. Al igual que lo demostrado en otras investigaciones como Knox (2008), Laurell (2013) y Barofsky (2011) no hay una reducción en el gasto de bolsillo de los beneficiarios del Seguro Popular, debido a un que es un sector de la población de bajos ingresos, con carencia de servicios y necesidades básicas, por lo que no pueden cubrir estos gastos, llevándolos a una situación de deuda y/o de pobreza.

3.6. Oferta médica frente a la utilización de los Servicios

El uso de los servicios de salud depende de la oferta de los servicios, de aquéllos que se encuentran disponibles para la población, con el personal disponible, desde médicos, enfermeras, auxiliares, personal administrativo, etc., al igual de los insumos propios de los servicios de salud.

En este sentido, de acuerdo con las cifras de INEGI (2011) y a su vez de la SSA, el personal médico disponible para ese mismo año se llegó a un total 202, 160 de personal distribuido en las diferentes estructuras que brindan servicios de salud. Por un lado, las entidades con mayor número de médicos, enfermeras y otros de este tipo, son las SSA estatales con un total de 81, 766 personas; seguido del IMSS que tuvo un total de 75, 025, esto sin tomar en cuenta al personal de IMSS-Oportunidades, el cual tiene un total de 6, 325 personas; el ISSSTE cuenta con 19, 736 personas adscritas; entre PEMEX, SEDENA y MARINA con 3, 613 de personal médico; y finalmente se contabiliza a otro tipo de personal médico localizado en la medicina privada con un total de 15, 695 personas, éstos forman parte del personal disponible del Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con la OECD, en 2013 México tenía un total de 2.2 médicos y 2.6 enfermeras por cada 1, 000 habitantes, una cifra considerablemente menor en comparación con países como Austria, que tenía 5 médicos por cada 1, 000 habitantes y Rusia con 4.9 médicos¹⁰¹, Suiza con 17.4 enfermeras, Noruega 16.7 enfermeras¹⁰², los cuales son los más altos entre los países miembros, la cifra en nuestro país se ha mantenido estática sin lograr un aumento en el personal profesional de la salud disponible.

¹⁰¹ Cifras obtenidas de: OECD (2015), Doctors(indicator).doi:10.1787/4355e1ec-en (Consultado el 07/10/15)

¹⁰² Cifras obtenidas de: OECD (2015), Nurses(indicator).doi:10.1787/283e64de-en (Consultado el 07/10/15)

De igual manera, para 2011 el personal médico que opera en instituciones públicas lo hace en un total de 22, 547 unidades médicas, las cuales están distribuidas entre las SSA estatales con 13, 895 unidades, seguido de IMSS-Oportunidades con 3, 834 centros, el IMSS con 1, 502 y el ISSSTE con 1, 155 instancias de salud, repartidas en todo el país. De acuerdo con el total de camas censables, México contaba con 1.6 por cada 1, 000 habitantes para 2013, mientras los países como Japón tenían un total de 13.3 camas, Korea 11 camas y Rusia 9.1 camas censables por cada 1, 000 habitantes, los cuales son los más altos entre los países miembros de la OECD.¹⁰³

De acuerdo con los datos de INEGI, en el censo se reportaron para el año 2011 un total de 9 médicos por unidad médica, donde se brindaron consultas externas, las cuales se realizaron en instituciones del Sistema Nacional de Salud ya fueran públicas o privadas, con un total de 316, 400, 410 consultas (incluye aquéllas no especificadas), de consulta general 217, 065, 306, de especializada (contempla cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y otras especialidades); de urgencias 30, 537, 254 y de odontología 17, 079, 926 consultas.¹⁰⁴

En este sentido, para las consultas proporcionadas se consideraron 252 días hábiles en 2011, donde se registraron por cada consultorio general 24.6 consultas, y por médico se registraron 6.9 consultas diarias; en cuando a intervenciones quirúrgicas, por quirófano calculadas sobre 365 días se registraron 2.7 intervenciones diarias, mientras que el porcentaje de ocupación hospitalaria calculada con días-paciente se obtuvo un 72.4% de ocupación.¹⁰⁵

De acuerdo estas cifras de INEGI, la población usuaria de los servicios de salud a la que se le brindó atención ambulatoria y hospitalaria fueron 54, 527, 077 hombres con un 97.2% usuarios y 57, 433, 062 fueron mujeres con un 98.1% usuarias, lo cuales formaban parte del IMSS, ISSSTE estatal, PEMEX, DEFENSA, MARINA, SSA, IMSS-Oportunidades, Privadas y otras, mostrando la utilización de los servicios médicos.

¹⁰³ OECD (2015), Hospital Beds(indicator).doi: 10.1787/0191328e-en (Consultado el 07/10/15)

¹⁰⁴ Información obtenida de INEGI de los registros administrativos de la SSA. Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. Volumen III, Núm. 23-31

¹⁰⁵ *Ibidem*

Por otra parte, de acuerdo con los datos del Informe de Resultados 2012 de la CNPSS se registraron hasta mediados del 2012, 40.2 millones de consultas sólo contempladas para la población afiliada al Seguro Popular y al SPSS, principalmente realizadas a personas de entre los 30 y 49 años y en su mayoría mujeres con el 68% de ellas.¹⁰⁶ Esto muestran cifras menores a las contempladas en los demás registros, sin embargo, hay que tomar en cuenta que el sector femenino de la población es al que está destinado el Seguro Popular. Si bien estas cifras son importantes para la atención de los afiliados, la oferta de las consultas no implica un acceso universal de servicios de manera efectiva, ya que las cifras que arrojan la ENSANUT 2012 sobre una utilización de servicios muestra que menos de un 10% de la población afiliada tuvo un acceso deficiente.

Los registros administrativos sobre la infraestructura disponible, así como el personal de salud (profesionales de la salud, directivo y administrativo) al igual que los servicios proporcionados muestran una deficiencia y escasa oferta de servicios de salud para la población total, y en especial para los beneficiarios del Seguro Popular. Si bien las unidades médicas pertenecientes a la SSA cuentan con el mayor personal disponible, la distribución de éstos en todo el territorio nacional es insuficiente para la posibilidad de atender a más de 43 millones de afiliados al seguro; esta situación lleva a las personas a incurrir al pago directo por servicios de salud privados y por consecuencia elevar el gasto de bolsillo.

Estas condiciones también se encuentran críticas en la seguridad social, ya de acuerdo con las cifras anteriores, ante la escasez de personal de salud y deficiente calidad de los servicios llevan al aumento en el tiempo de espera de los pacientes, y por lo tanto a la ineficiencia del sistema.

3.7 Inversión en salud y cifras más recientes

Los servicios de salud ofrecidos no serían posibles sin tomar en cuenta el gasto en salud del país, según la OCDE mientras en México para 2012 representó el 6.2% del PIB, en comparación con el resto de los países miembros de esta organización, éste se encuentra entre los más bajos e incluso por debajo del promedio, el cual es de 9.3%. (OECD, 2013)

¹⁰⁶ CNPSS, SSA. Informe de Resultados 2012.

En este sentido, este organismo explica que "como resultado de una gran expansión en la cobertura de salud para los pobres y los no asegurados que comenzó en el 2004, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México se ha incrementado en alrededor de 10 puntos porcentuales para situarse en 50% en el 2012. Sin embargo, esta tasa se mantiene como una de las más bajas entre los países de la OCDE (donde el promedio es del 72%, y alrededor de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes". (OCDE, 2014) Esto explica aún más que a pesar del gasto público en salud es acotado, por lo que el gasto de bolsillo sigue siendo parte fundamental y empobrecimiento de las familias.

Si bien se reconoce que después de una crisis económica mundial en 2008 y una fuerte caída en el gasto de los hogares en 2011, México logró tener un aumento significativo en el gasto en salud en 2012 (sector hospitalario), (OCDE, 2014) sin embargo, las condiciones del país durante el sexenio 2006 - 2012 de violencia interna y los esfuerzos por mantener una estabilidad interna fueron desatando cambios en las estrategias de desarrollo social, entre ellas las estrategias de salud. Mientras el Seguro Popular tuvo una continuidad en la implementación y se realizaron esfuerzos por aumentar la afiliación, el panorama de la inversión en el sector fue difícil, sin lograr un aumento significativo, demostrando un bajo impacto en el gasto de bolsillo como lo mostraron los estudios de King et al., 2009; Barros, 2008 ; Knox, 2008, anteriormente mencionados.

Para el gobierno de Enrique Peña Nieto en el periodo 2012 - 2018, se ha tomado en cuenta en el Plan Nacional de Desarrollo los factores económicos externos que afectan la economía del país y por consecuencia a las estructuras administrativas y políticas de desarrollo, llevando a establecer objetivos, estrategias y líneas de acción siguientes: *México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global* y por el otro con las estrategias transversales - *Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de género*. (PND, 2012)

En materia de salud se reconoce la evidente fragmentación del sistema y la "necesaria planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales", por lo que se esperan cambios y reformas estructurales en el sector.

Así es, como a pesar de los cambios demográficos y epidemiológicos presentes en el país, es primordial la integración del Sistema Nacional de Salud, ya que la creciente demanda de servicios tanto por grupos de edad específicos, como por ejemplo los adultos mayores, se relacionan con otras situaciones que atentan contra la salud como: la pobreza, los estilos de vida poco saludables, el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión. (PND, 2012)

El plan de acción para estas preocupaciones, es “fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran, reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles”, “cuidando una atención continua e integrada de los trabajadores sin importar su condición laboral”.

Mientras ese nuevo gobierno plantea acciones de cambio, las condiciones del sector se encuentran aún en espera de reformas importantes que permitan brindar un acceso universal efectivo en servicios de salud para toda la población, en igualdad de condiciones y sin requisitos excesivos, que ayuden no sólo a mejorar la salud de las personas, sino también la calidad de vida de los mexicanos.

Consideraciones Finales

A lo largo de este capítulo se describieron las características de los afiliados del Seguro Popular contrastándolas con la población en general, y con otros grupos de afiliados como aquéllos de la seguridad social, con un seguro privado y los que no cuentan con ningún tipo de afiliación (población abierta).

En el Informe de Resultados del Seguro Popular 2012 se muestra que uno de los objetivos del Sistema de Protección Social en Salud es *la cobertura universal por medio de la afiliación*, por lo que el establecimiento de una meta de 52, 630, 454 personas implicó esfuerzos por parte de la Federación y de cada una de las entidades federativas por cumplir y llegar a una cobertura universal (CNPSS, 2012). Es necesario mencionar que para la CNPSS, una meta de afiliación alcanzada significaba que llevaría a una cobertura universal, sin embargo, como fue demostrado por los da-

tos, la afiliación no implica un acceso efectivo de los servicios, ni mucho menos una cobertura universal; un carnet de beneficiario del seguro si bien es un avance importante sobre la titularidad del derecho a la salud y los beneficios, éste no implica el uso y acceso efectivo a los servicios de salud.

Los datos de la ENSANUT 2012 mostraron que los afiliados al Seguro Popular predominan entre las mujeres, pertenecientes a hogares extensos, generalmente de más de cinco integrantes y hablantes de una lengua indígena. Entre los beneficiarios tienen prioridad los menores de edad, aquéllos en edad escolar, debido a la expansión de programas como *Embarazo Saludable y Seguro Médico de una Nueva Generación* (ambos forman parte del Sistema de Protección Social en Salud) que implican la protección a mujeres embarazadas, en lactancia y recién nacidos, brindándoles atención médica y hospitalaria.

Entre las características sociales predominantes entre los afiliados se encuentran: hogares con jefatura femenina, residentes de zonas rurales y con alta marginalidad, esto implica que las zonas con bajos ingresos fueron las más apoyadas por integrarse al Seguro Popular e incorporar a más personas al padrón de beneficiarios, esto se reflejó en las zonas con mayor número de afiliados como Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Tabasco e Hidalgo.

De acuerdo con los datos, el perfil de los afiliados indica que son personas que se encuentran disponibles, es decir que no tienen un empleo y sus ingresos provienen del apoyo de al menos un programa social, de manera monetaria e incluso en especie; como el caso del *Programa Oportunidades* (ahora Prospera) el cual tiene como requisito la utilización de los servicios de salud al menos una vez al año por los integrantes de las familias beneficiadas.

Estas acciones llevaron tanto a los integrantes del Programa Oportunidades como a los afiliados del Seguro Popular a la utilización constante y permanente de los servicios de salud, sin embargo, esto no implicó un acceso efectivo, ya que como lo mostró la ENSANUT 2012, de los 43, 267, 914 personas afiliadas al seguro sólo se reportaron 3, 742, 063 personas que tuvieron un padecimiento y recibieron atención ambulatoria y 1, 833, 812 afiliados fueron hospitalizados en el último año. De éstos últimos más de un 80% fueron atendidos en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud, es decir, en infraestructura incorporada al SPSS. Sin embargo, aqué-

llos afiliados que reportaron algún padecimiento y no recibieron atención llegó a un porcentaje alto con un 43%, ya fuera porque no fue necesario, o por que no tenía ingresos suficientes para hacerlo. Esto muestra que los servicios de salud entre los afiliados son escasamente utilizados debido a numerosos factores sociales, geográficos y económicos.

Los padecimientos de los beneficiarios que son cubiertos por la póliza del Seguro Popular se rigen por lo aquéllos incluidos en el CAUSES y el FPGC, con un número específico de intervenciones y medicamentos, sin embargo, existen otro tipo de gastos médicos, medicamentos, pruebas de laboratorio no contemplados en el paquete de beneficios, al igual que otros gastos relacionados como son el traslado, alimentación, hospedaje entre otros, los cuales no forman parte de los servicios de salud y mucho menos en los beneficios de los asegurados. Éstos gastos pueden llegar a ser elevados conduciendo al empobrecimiento de las familias, así, una de las razones más importantes por las cuales la población decide no atenderse cuando se trata de un padecimiento considerado “no grave” es por los gastos relacionados con la salud.

Sin embargo, entre las razones por las cuales los afiliados se atienden en otro tipo establecimientos que ofrecen servicios de salud y no pertenecen al SPSS, como lo son los consultorios dependientes de farmacias, se encuentran: un tiempo de traslado prolongado, rapidez en la atención (menor tiempo de espera), cercanía con los establecimientos e incluso calidad en los servicios, a pesar que los servicios son de carácter ambulatorio y privado, por lo cual implica un pago directo e inmediato por la atención. En este sentido, la ENSANUT 2012 también mostró un porcentaje importante sobre los que se atienden en estos lugares, donde el 36.1% de ellos son afiliados al Seguro Popular, atendidos por sus padecimientos mediante el pago directo aumentando el gasto de bolsillo de los beneficiarios.

Este capítulo permitió describir y analizar a los beneficiarios del Seguro Popular, al igual que los servicios a los que son acreedores por medio de su póliza y un catálogo de padecimientos, vislumbrando a su vez las limitantes del seguro, sus carencias y las deficiencias del modelo, lo cual se aleja una vez más del carácter universal en los servicios de salud.

Conclusiones

Al comienzo de esta investigación se plantearon dos interrogantes, por un lado la primera, ¿hasta qué punto el Seguro Popular es una herramienta para alcanzar la universalidad en la provisión de servicios de salud?, por lo que se intentó responder mediante el enfoque de derechos y la perspectiva de protección de la salud en su carácter universal. Ello supone, entre otras cosas, que el derecho a la protección de la salud y a los servicios se han incorporado en las estrategias de los gobiernos en la mayoría de los países, como un derecho universal, al igual que la responsabilidad en la provisión de las condiciones mínimas de desarrollo de un país y la protección de sus ciudadanos.

El Seguro Popular no puede considerarse una herramienta para alcanzar la universalidad ya que corresponde a un modelo individual de aseguramiento con condiciones diferentes que el resto de la población. Como se explicó en el *capítulo uno*, es un modelo basado en un seguro como contrato que proporciona protección a la salud, al igual que lo hacen otros esquemas privados de protección individual basados en riesgos, como el seguro de desempleo, protección a inmuebles, prevención contra accidentes, catástrofes naturales, muerte, vejez, invalidez; sólo que bajo las condiciones de cualquier póliza. Esta herramienta se convierte en una medida de prevención como un asunto individual regidos por pólizas restringidas de padecimientos, a diferencia de la seguridad social, la cual protege de manera integral con un conjunto de seguros y protecciones tanto para el trabajador como sus dependientes económicos de manera amplia ligada al empleo y sobre todo a la protección a la productividad de un sector.

La provisión de servicios de salud en el contexto mexicano es realizado por diferentes puntos de acceso, ya sea la seguridad social, privados o entes públicos estatales, bajo diferentes condiciones y requisitos, por lo que la calidad y eficiencia de estos dependen de numerosos factores, como el personal, la infraestructura recursos materiales, entre otros, propias de cada sistema de protección. Esto implica que la provisión de los servicios será de manera distinta para cada ciudadano dependiendo de las condiciones de su póliza o de su protección, por lo que llegar a la universalidad no se cumple, ya que ésta implica un enfoque derechos iguales para todos si ningún tipo de diferencia o condición.

Como se explica en el *capítulo dos*, la creación del Seguro Popular tuvo como objetivo la protección de la población abierta sin protección a la seguridad social con un modelo de protección financiera, de manera tripartita y fondo mancomunados, incluidos aquellos gastos catastróficos que vulneraban a las familias, para insertarse en el Sistema Nacional de Salud con diferentes proveedores de servicios y condiciones. Sin embargo, de acuerdo con los hallazgos de la ENSANUT 2012 los beneficiarios llegan a 43, 267, 914 personas, teniendo aun a 29, 294, 730 personas sin protección, lo que no muestra un cumplimiento en su objetivo.

La inserción de un modelo diferente con condiciones de operación, acceso a los servicios de salud y paquetes de salud distintos a un sistema de seguridad social no sólo no integra al mismo, si no lo fragmenta aun más, dejando una población abierta vulnerable como lo muestran los datos.

La tendencia por la creación de reformas estructurales para el desarrollo de los países alcanzaron al sector salud sobre todo en la reducción del gasto y focalizar acciones que permitieran elevar el crecimiento económico, muchas de estas estrategias fueron orientadas a la inversión y la competencia en los servicios; estas reformas fueron sugeridas y llevadas a cabo por organismos internacionales, tal fue el caso del Banco Mundial, con una clara tendencia mercantilista.

Las consecuencias de estas estrategias evidenciaron la inequidad en los servicios, exclusión de sectores vulnerables, asentando situaciones de marginación, pobreza y desigualdad entre la población, a pesar de los esfuerzos focalizados y el énfasis en la cobertura universal que implicaba un esfuerzo común hacia el acceso universal de la población a los servicios de salud, en especial atención a estos grupos vulnerables.

Como se mencionó en el *capítulo dos* la creación del Seguro Popular y las reformas a la seguridad social en los años noventa respondieron a los cambios en el sistema de los servicios de salud existentes en el Estado mexicano producto de las reformas estructurales implementadas por medio del Consenso de Washington (1989), las cuales contemplaron desde el *ajuste de las economías por medio de la estabilidad, apertura comercial, liberalización de mercados, atracción de inversiones, reducción del sector público, expansión de los sectores privados, y políticas destinadas a la reducción de la pobreza*. (Martínez Franzoni, 2007: 4) Así la proliferación de los programas focalizados y de transferencias a sectores vulnerables, llevaron a la preocupación individual y no colectiva por la cuestión social, entre ellas la salud.

La universalidad implica un derecho para todos son condición alguna, obedeciendo de igual manera a las tendencias internacionales hacia la cobertura universal, que significa *acceder a la misma oferta de servicios (de buena calidad), en función de sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y que todo el mundo está capacitado para hacerlo.*(OMS, 2010) Sin embargo, estas nuevas tendencias estarían ajustadas al contexto de cada país, financiamiento y las necesidades de cada sociedad, por lo que las concentraciones de población sin acceso a los servicios, con alta marginación y pobreza como México representaron un reto para el Seguro Popular.

En este sentido y con respuesta a la primera interrogante de investigación la creación del Seguro Popular obedece a una política focalizada para la población abierta que no tiene beneficios de seguridad social, la cual ya sufre de muchas otras carencias como son el rezago y la marginación. Las condiciones para integrarse en este sistema es la ciudadanía, la residencia en el territorio mexicano y no contar con beneficios de seguridad social, lo que implica para el enfoque de derechos una titularidad de la póliza y por lo tanto de su derecho a la salud, sin tomar en cuenta el principio universal ya que goza de cobertura distinta (por el CAUSES) y acceso limitado a las unidades habilitadas para este seguro.

Si bien la titularidad de los derechos puede ser el primer paso para la universalidad de derechos, el avance a un acceso efectivo a los servicios de salud requiere de esfuerzos y estrategias orientadas a los diferentes determinantes sociales de la salud, como son la alimentación viene da, empleo, entre otros, lo cual también implica disponibilidad y cobertura de los mismos. Como bien se planteaba en los numerosos informes de la OMS (y con el enfoque de derechos) es disposición de los gobiernos crear las condiciones económicas, políticas y sociales para un acceso universal de los servicios que permitieran elevar la calidad de vida de la población.

El planteamiento de la segunda pregunta de investigación ¿Bajo que condiciones se da la cobertura y el acceso para llegar a la universalidad de los servicios de salud en el Seguro Popular?, permitió visualizar los datos proporcionados por los registros administrativos y datos de la ENSANUT 2012 que permitieron demostrar las condiciones de los servicios de salud de los beneficiarios del Seguro Popular y frente a las demás estructuras del Sistema Nacional de Salud.

Los hallazgos de la investigación muestran las limitantes de la cobertura de la póliza de los beneficiarios al Seguro Popular, con un total de 284 padecimientos cubiertos, esto implica condiciones y limitaciones para los servicios disponibles, ya que deja fuera a un sector de la población con padecimientos que tiene que ser cubiertos por medio del pago directo por los servicios.

Como lo muestran las cifras en *capítulo tres* la población afiliada aún gasta en promedio \$172.70 pesos mexicanos por servicios de atención médica, como lo mostraron los estudios de King (et al., 2009), Barofsky (2011), Knox (2008), Barros (2008) el gasto de bolsillo de los afiliados ha tenido una reducción mínima de éste, sin embargo, para los gastos relacionados con la salud éstos no ha disminuido como lo muestran las cifras del traslado hacia la atención médica con un promedio de \$4, 499.81 pesos, comida \$5, 721.61, medicamentos \$154.08 pesos, servicios de laboratorio \$224.59 y otros por \$1, 353.34 pesos; estos gastos sumados representan un pago directo que afectan a las familias muy a pesar de la protección del Seguro Popular.

El pago directo por los servicios y aquéllos que están relacionados con la salud, sumados a las condiciones de marginación y pobreza empeoran el contexto de acción del Seguro Popular, es por ello la falta de protección financiera muestra a este modelo de protección individual distinto a la seguridad social.

Knaul (et al., 2012: 1260) al hablar de la cobertura universal lo planteaba bajo tres características esenciales: 1) *la protección contra los riesgos de salud a través de vigilancia prevención y actividades reguladas*, la cual resultó con la estructura del seguro y el organismo de este sistema con la CNPSS, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud;

2) *la protección de pacientes mediante la atención de la salud con calidad*, la cual ha sido brindada por medio de una póliza limitada, por medio de la atención en unidades habilitadas para el seguro, bajo el contexto de falta de personal, medicamentos, escasa infraestructura y baja calidad de los servicios una situación que persiste de manera generalizada en los servicios públicos de salud;

3) *y la protección financiera contra las consecuencias de enfermedad o lesión*, el cual fue resultado por medio de un esquema tripartito y fono dos mancomunados, como se explicó en el *capítulo dos*, sin embargo, las condiciones de protección de la póliza los lleva a realizar un pago directo por los servicios, au-

mentando el gasto de bolsillo por la atención médica y para los relacionados con éstos, como se mencionó anteriormente.

Entre otros hallazgos de la investigación se encuentran que en la población beneficiada por el Seguro Popular predominan las mujeres por lo regular en hogares extensos, de más de cinco hijos que se encuentran en edad escolar, esto puede relacionarse con la implementación en 2006 del programa *Embarazo Saludable y Seguro Médico para una Nueva Generación*, los cuales buscaban proteger al sector femenino y la niñez sin protección alguna desencadenando un aumento de la población afiliada.

Los datos indican, también, que las acciones y esfuerzos de afiliación no garantizan el acceso a los servicios, cuando éstos se requieren en contextos de gran marginación y niveles de pobreza. Ello se evidencia en el caso de entidades como Oaxaca, Chiapas o Guerrero, que resultaron tener un mayor número de población beneficiada por el Seguro Popular (y también por otros programas sociales como Oportunidades y hoy Prospera).

De igual manera, la utilización de los servicios es mínima con sólo de 5.5 millones de beneficiarios en comparación con el número total de ellos. Los datos de la encuesta reflejaron que cuando se trata de padecimientos atendidos en una consulta médica o medicina ambulatoria, los beneficiarios prefieren no tratarse o hacerlo en una instancia que incluye medicamentos mediante un pago directo de servicios (como los servicios de farmacias), aunque esto implique un gasto importante en el bolsillo de las familias. Tal es el caso del porcentaje de 15.7% del total de afiliados que se atienden en los consultorios dependientes de farmacias.

Los padecimientos crónicos como hipertensión, diabetes, cirugía (principalmente partos o cesáreas) o medicina especializada o requerimientos de hospitalización tienen más atención por los afiliados, a diferencia de aquéllos atendidos en consulta externa o ambulatoria, por lo que en estos casos los beneficiarios acuden mucho más a las unidades habilitadas por el Seguro Popular y en hospitales de la Secretaría de Salud con un 75.3% del total de beneficiarios; esto presenta, además un comportamiento similar con la población derechohabiente a la seguridad social.

En general, la descripción y el análisis del presente trabajo permitieron responder —al menos, parcialmente— a la pregunta de investigación, planteando que el Seguro Popular, lejos de ser una herramienta para llegar a la universalidad en la provisión de los servicios de salud, ha fragmentado aún más y de manera notoria al sector y por lo tanto a la población mexicana, dejando a más de una cuarta parte de la población sin protección alguna y sin acceso a los servicios. Esta situación se suma a las condiciones económicas, políticas y sociales que ha sufrido el país en los últimos sexenios, tomando en cuenta que el gasto en el sector se ha mantenido muy por debajo del promedio de los países miembros de la OCDE, como se menciona en el *capítulo tres*.

A modo de síntesis, entonces, se pueden indicar las siguientes conclusiones de la investigación:

- * El Seguro Popular es una política focalizada orientada a un sector de la población, en su mayoría a mujeres y niños(as), de hogares extensos, y localizados en zonas de alta marginación, rurales, y de habla indígena.
- * Lejos de convertirse en una herramienta de universalidad, el Seguro Popular fragmenta más el sistema de salud mexicano ya que segrega a la población no beneficiada y a los afiliados que, a su vez, no cuentan con los mismos beneficios de los otros esquemas de protección.
- * La utilización de los servicios entre los afiliados es mínima debido a la falta de infraestructura, a la lejanía de los servicios, a la falta de personal y recursos materiales, que conlleva a los afiliados a tener otros gastos relacionados con la salud.
- * La utilización del Seguro Popular se reduce a la protección de gastos médicos mayores con el de FPGC por padecimientos graves y con un impacto menor en el gasto de bolsillo de las familias. Esto también se debe a uno de los hallazgos encontrados en el aumento de la atención médica en los consultorios dependientes de farmacias (ahora llamadas asesorías médicas) lo que denota el aumento del gasto de bolsillo de las familias. Entre las razones por las cua-

les la población recurre al pago directo de estos servicios se encuentran las deficiencias operativas, financieras y materiales del Seguro Popular que se traducen en la falta de protección de los beneficiarios.

- * El modelo de protección social en salud del Seguro Popular cumple con las condiciones generales de ser un modelo de aseguramiento privado individual y orientado a riesgos, que contribuye a la inequidad en salud y, por lo tanto, se aleja de la universalidad y los principios universales que rigen a los derechos humanos.

Los retos a los que se enfrenta el Seguro Popular -y el nuevo gobierno- no es sólo a una reestructura del sistema de salud mexicano sino también a resolver la inequidad sanitaria que, a su vez, forma parte de la profunda desigualdad social existente en el país. En esos términos, la resolución efectiva al problema del acceso efectivo a la salud implica crear condiciones financieras, operativas, institucionales, de alta calidad en los servicios, y de manera obligatoria para todos los mexicanos, sin condición alguna.

Al igual que en el caso de otras políticas orientadas a lo social, es necesario mejorar las condiciones de vida de la población mexicana, incidiendo de manera directa en los determinantes sociales de la salud con la finalidad de reducir la persistencia de sectores en situación de pobreza y sin acceso a servicios, entre ellos los educativos, de alimentación, vivienda y de salud.

El Seguro Popular se convirtió en una posibilidad real de mitigar la protección y la incertidumbre sobre algún daño o padecimiento que afecte a las familias mexicanas, de la misma manera que lo hace un privado. Sin embargo, este mecanismo fue trasladado sin más al ámbito público donde las consecuencias y los efectos de no brindar un acceso efectivo a los servicios de salud van más allá de una pérdida económica para en el sector, sino que también implican una pérdida en el tejido social y un impacto negativo en el desarrollo del país.

Bibliografía

- Álvarez Amezcua, J., Bustamante. (1960) *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Tomo I y II. México, D.F.
- Aristoteles. (1973) *Obras*. (Metafísica), [traducción, estudio preliminar, preámbulo y notas de Francisco de P. Samaranch], Editorial Aguilar, Madrid, España.
- Ashton, Helen Louise. (2012) *Does Mexico's Seguro Popular afford equal healthcare Access to indigenous peoples?* Thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of Arts and Sciences of Georgetown University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Public Policy in Public Policy. Washington, DC.
- Banco Mundial. (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud*, Oxford University Press, Washington, D.C. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/31/000333037_20100831011011/Rendered/PDF/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf [Consultado: 19/02/2014]
- Barofsky, Jeremy. (2011) *Estimating the impact of health insurance in developing nations: Evidence from Mexico's Seguro Popular*. Harvard University Disponible en : <http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1126414.files/Barofsky%207%20%20Estimating%20impact%20of%20health%20insurance%20in%20Mexico%209-27-2011.pdf> [Consultado: 28/04/2014]
- Barros, Rodrigo. (2008) *Wealthier but not much healthier. Effects of a health insurance program for the poor in Mexico*. Stanford University. Disponible en: https://siepr.stanford.edu/?q=system/files/shared/documents/jm-P_RBarros.pdf [Consultado: 28/04/2014]
- Blanco-Mancilla Georgina. (2011) *Implementation of Health Policies in Mexico City: What factors contribute to more effective service delivery?* Thesis submitted to the Department of Social Policy of the London School of Economics for the degree of Doctor of Philosophy, London.
- Bosch, Mariano; Cobacho, Belén M. Carmen Pagés. (2012) *Taking stock of nine years of implementation of Seguro popular in Mexico: Lessons for developing countries*. Inter-American Development Bank.
- Brachet-Márquez, Viviane. (2010) *Seguridad Social y desigualdad, 1910-2010* en “Desigualdad social” Fernando Cortés y Orlandina de Oliveira, Colegio de México, México, D.F.
- Castel, Roberto. (2004) *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?* Ediciones Manantial. Buenos Aires.
- Cogco, Rodríguez Vargas, Pérez Cruz. (2010) *Un análisis de la política social en México a través de los programas implementados por la Secretaría de Desarrollo Social y su relación con la descentralización de funciones: una mirada desde lo local* en Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana. Año V, No. 9. Enero-Junio de 2010. Disponible en: www.uia/iberoforum [Consultado: 06/03/2014]
- CONAPO. (2011), *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*, Colección: Índices Sociodemográficos, Consejo Nacional de Población, México D.F.
- _____. (2013) *Índice absoluto de marginación 2000-2010*, Consejo Nacional de Población, México D.F.

-
- CONEVAL. (2014) CONEVAL. *Evolución de la pobreza por la dimensión de ingreso en México 1992-2014*. Consultado en línea. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/EDP/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-la-pobreza-1990-2014-.aspx>
- Costas, Douzinas. (2006) *El fin(al) de los derechos humanos*, Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época, Vol. 7. T. 1.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (vigente) Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm> [Consultado: 22/05/2014]
- Esping-Andersen, Gosta. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton University Press. Great Britain. Disponible en: <http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1134169.files/Readings%20on%20Social%20Democracy/Esping%20Anderson%20-%20The%20Three%20Worlds%20of%20Welfare%20Capitalism.pdf> [Consultado: 04/02/2013]
- Fineberg, Harvey V. (2006) *Health reform in Mexico: a work in progress*. The Lancet. Vol. 368 Noviembre 18,2006 Disponible en: www.thelancet.com [Consultado: 14/03/2014]
- Foucault, Michel. (1989) *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Trad. Francisca Perujo. Editorial Siglo XXI. 3ª ed. México.
- Frenk, Julio. (2003) *La Salud de la Población. Hacia una nueva salud pública*. México, FCE, SEP, CONACYT.
- _____.(2006), *Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico*. The Lancet. Vol 368 Septiembre 9. Disponible en: www.thelancet.com [Consultado: 13/03/2014]
- Frenk, et al. (2006) *Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico*. The Lancet. Vol 368 Octubre 28,2006 Disponible en: www.thelancet.com [Consultado: 12/03/2014]
- _____.(2009), *Reinventing primary health care: the need for systems integration*. The Lancet. Vol 374 Julio 11,2009 Disponible en: www.thelancet.com [Consultado: 06/03/2014]
- Frenk, J. y Gómez-Dantés O. (2009) *Ideas and ideals: ethical basis of health reform in Mexico*. The Lancet. Vol 373 Abril 25,2009 Disponible en: www.thelancet.com [Consultado: 05/03/2014]
- Frenk, J., Gómez-Dantés, Knaul, F. M. (2009) *The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage*. Bull World Health Organ 87:542-548. [Consultado: 28/07/2014]
- Frenk, J. y de Ferranti, D. (2012) *Universal health coverage: good health, good economics*. The Lancet. Vol 380 Septiembre 8, 2012 Disponible en: www.thelancet.com [Consultado: 14/03/2014]
- Fuentes, Mario Luis. (2000) *La Asistencia social en México*. Editorial Paideia, México.
- Gakiduo, E.; Lozano R., González-Pier, E. et al. (2007) *Evaluación del impacto de la reforma mexicana e salud 2001-2006: un informe inicial*. Salud Pública de México vol. 49 Supl. 1
- Gálarraga, O. et al. (2010) *Health Insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico*. The European Journal of Health Economics Octubre 11(5):437:447

-
- González Block, M. A. y Scott, J. (2010) *Equidad y Salud. Retos, Avances y perspectivas*. en “Desigualdad social” Fernando Cortés y Orlandina de Oliveira, Colegio de México, México, D.F.
- González Pier, et al. (2006) *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, México, Coedición del Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Gutiérrez, J. P. Hernández-Ávila, M. (2013) *Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012*. Salud Publica de Mexico 55 supl 2:S83-S90.
- Infante, A., De la Mata I.; López-Acuña D. (2000) *Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias*. Revista Panam Salud Pública. Pan Am J Public Health 8
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1940) *Memorias Instituto Mexicano del Seguro Social*, México.
- INALI. *Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: Variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geostatísticas* realizado por el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas en Diario Oficial de la Federación. Disponible en: http://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN_completo.pdf [Consultado: 22/04/2014]
- INEGI.(2000) *Censo de Población y Vivienda 2000*. Consulta interactiva de datos en línea. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484> [Consultado: 22/04/14]
- _____.(2010) *Censo de Población y Vivienda 2010*. Consulta interactiva de datos en línea. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484> [Consultado: 23/04/14]
- _____.(2010) *Síntesis metodológica y conceptual del Censo de Población y Vivienda*. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm_cpv2010.pdf [22/05/2014]
- _____.(2012) *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. Consulta interactiva de datos en línea. http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=encue&c=4 [Consultado: 23/04/14]
- _____.(2011) Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. Volumen III, Num. 23-31.
- Kieny, Marie-Paule (2014) *Del copago a la equidad*. Financiación. El país. España. Disponible en: http://www.elpais.com/elpais/2014/12/12/planeta_futuro/1418388196_738766.html [Consultado: 13/12/2014]
- King, Gary et al. (2009) *Public Policy for the Poor? a Randomised Assessment of the Mexican Universal Health Insurance Programme*. The Lancet 373: 1447-1454 Disponible en: <http://gking.harvard.edu/files/gking/files/pubpolforpoor.pdf>
- Knaul, F. M., González-Pier, E. et al. (2012) *The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico*, The Lancet, Vol 380 Disponible en: www.thelancet.com [Consultado: 15/03/2014]

-
- Knox, Ann Melissa. (2008) *Essays in the Economics of Health and Education*. Dissertation submitted for the degrees of Doctor of Philosophy in Economics in the Graduate Division of the University of California, Berkeley.
- Kumate, Jesús. (1994) *III. Salud. Balance sectorial de salud: cinco años de gobierno* en Warman, Arturo “La política social en México 1989-1994. Una visión de la Modernización de México”. Fondo de Cultura Económica. México.
- Latko, B.; Gomes Temporão, J., Frenk J. (2011) *The growing movement for universal health coverage*. The Lancet, Vol 377 Junio 25, 2011 Disponible en: www.thelancet.com [Consultado: 12/03/2014]
- Laurell, Asa Cristina. (2009) *Proyectos políticos y opciones de salud en la América Latina* (ideología, discurso y realidades) En Francisco Rojas Ochoa y Miguel Márquez. *Alames en la Memoria*. Editorial Caminos. Cuba.
- _____.(2011) *Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta* Ciencia & Saúde Coletiva, 16 (6): 2795-2806
- _____.(2013) *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Leal, Gustavo. (2014) *Salud: el mito de la universalidad*. La jornada. Política. Disponible en: www.jornada.unam.mx/2014/04/26/politica/015a1pol [Consultado: 27/07/2014]
- Levy, Santiago. (2010) *Buenas intenciones, malos resultados. Política Social, informalidad y crecimiento económico en México*. Editorial Océano. México.
- _____.(2006) *Pobreza y transición democrática en México*. Brookings Institution Press, Washington, E.U.A. Disponible en: <http://www.brookings.edu/research/books/2006/progressagainstpoverty>
- Ley General de Desarrollo Social (vigente) Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/Normatividad/LeyGeneral.aspx> [Consultado: 23/11/2013]
- Ley General de Salud. (2004) Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> [Consultado: 23/10/2013]
- Luhmann, Niklas. (2006) *La sociología del riesgo*, Universidad Iberoamericana. 3er edición Mexico.
- Mariñez Navarro, Freddy. (2002) *La política social en la transición mexicana* Disponible en: http://www.mty.itesm.mx/egap/centros/caep/imagenes/REDIP/POLITICA_SOCIAL_MEXICO.doc. [Consultado: 12/03/2014]
- Martínez Franzoni, Juliana. (2007) *Regímenes de bienestar en América Latina*. Fundación Carolina, Madrid España
- Martínez, Gabriel y Aguilera, Nelly. (2012) *Seguro de Salud en México, Sigüientes Pasos*, Documento de trabajo de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).
- Miranda, Alfonso. (2012) (coord.) *Evaluación costo-efectividad del programa U005 Seguro Popular*. Centro de Investigaciones y Docencia Económicas. (CIDE)

-
- Moreno Salazar, Pedro H. (2014) *La política de seguridad social en México*. Universidad Autónoma Metropolitana y Plaza y Valdés Editores. México.
- OCDE. (2013) *Health at a Glance 2013: OECD indicators*, OECD Publishing. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- _____. (2014) *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación*. Consultado en línea. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
- _____. (2015) *OECD Employment Outlook 2015*, OECD Publishing Press, Ginebra. Disponible en: <http://www.oecd.org/fr/mexique/Employment-Outlook-Mexico-ES.pdf>
- _____. (2015) *Doctors* (indicator).doi:10.1787/4355e1ec-en Disponible en: <http://www.oecd.org/>
- _____. (2015) *Nurses* (indicator).doi:10.1787/283e64de-en Disponible en: <http://www.oecd.org/>
- _____. (2015) *Hospital Beds* (indicator).doi:10.1787/0191328e-en Disponible en: <http://www.oecd.org/>
- ONU. (1789) *Declaración de los Derechos del hombre y del Ciudadano* Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/22/pr/pr19.pdf> [Consultado: 03/06/2013]
- _____.(1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos* Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=spn> [Consultado: 03/06/2013]
- _____.(1966) *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales* Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ceschr.htm> [Consultado: 03/06/2013]
- OMS. (1978) Informe de la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud ALMA-ATA*, Ginebra, Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [Consultado: 03/06/2014]
- _____.(2000) *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza.
- _____.(2005) *Resolución de la OMS 58.33 Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad* Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/23111/1/WHA58_33-sp.pdf [Consultado: 19/02/2014]
- _____.(2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/>. [Consulta: 03/06/2013]

-
- _____.(2009) *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuado sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ediciones Journal. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf [Consultado: 04/11/2013]
- _____.(2010) *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html> [Consultado: 03/06/2013]
- _____.(2013) *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf?ua=1 [Consultado: 19/02/2014]
- _____.(2013) *Resolución de la OMS CD52.R11 Informe sobre los determinantes sociales de la salud, en 2013*. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23257&Itemid=270&lang=es. [Consultado: 19/02/2014]
- Oppenheimer, Joshua S. (2011) *A mexican model for insuring the poor? Assessing Seguro Popular's first decade*. Senior thesis presented to the Faculty of the Woodrow Wilson School of Public and International Affairs in partial fulfillment of the requirements for the degree of Bachelor of Arts.
- Ordorica, Manuel. (2010) *Las proyecciones de la población hasta la mitad del siglo XXI* en García, Brígida y Ordorica, Manuel (coord.) (2010) "Los grandes problemas de México", Vol. 1 Población, México.
- Ortíz, Mauricio. (2006) *El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana*, coedición del Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Rojas, Carlos (1994) *VII. Solidaridad* en Warman, Arturo "La política social en México 1989-1994. Una visión de la Modernización de México". Fondo de Cultura Económica. México.
- Rolando Cordera, Ciro Murayama. (2012) *Los determinantes sociales de la salud en México*, FCE, UNAM. México.
- Rosanvallon, Pierre.(1995) *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*.Ediciones Manantial, Argentina.
- Salazar Ugarte, Pedro. (2012) *Derechos fundamentales, derechos sociales, ciudadanía y salud* en Rolando Cordera, Ciro Murayama. "Los determinantes sociales de la salud en México" FCE, UNAM. México.
- Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2012) *Informe de resultados Enero-Junio 2012*, México.
- Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2011) *Informe de resultados 2011*, México.
- Szasz, Ivonne y Lerner, Susana. (2010) *Salud reproductiva y desigualdades en la población* en García, Brígida y Ordorica, Manuel (coord.) (2010) "Los grandes problemas de México", Vol. 1 Población, México.

-
- Tamez González Silvia y Catalina Eibenschutz. (2008) *El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud*, *Revista de Salud Pública*, diciembre 2008, vol. 10, supl. 1, Bogotá. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42217847012.pdf> [Consultado: 26/04/2014]
- Tello Macías, Carlos. (2010) *Sobre la Desigualdad en México*. Facultad de Economía. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Tetreault, Darcy Victor. (2012) *La política social y los programas para combatir la pobreza en México ¿Oportunidades para quiénes?* en *Estudios Críticos del Desarrollo*, vol. II, no. 2, primer semestre de 2012. Disponible en: <http://estudiosdeldesarrollo.net/critical/rev2/2.pdf> [Consultado: 12/03/2014]
- Urbaneja, María. (2009) *Políticas Públicas para la conquista de la salud como derecho, realidades, retos y desafíos*. En Francisco Rojas Ochoa y Miguel Márquez. *Alames en la Memoria*. Editorial Caminos. Cuba.
- Warman, Arturo. (2003) *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Winslow, C. E. A. (1920) *The Untilled Fields of Public Health*, *Science*, N.S., Vol. 51, p. 23-33 Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/1645011> [Consultado: 03/06/2013]
- WHO. (2001) *Comission on Macroeconomics and Health*. Disponible en: <http://www.who.int/macrohealth/en/CMH-overview.Summary.pdf?ua=1> [Consultado: 19/02/2014]
- World Bank. (1974) Informe No. 554. *Documento sobre política en Materia de Salud*. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Asociación Internacional de Fomento. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/02/08/000334955_20100208025313/Rendered/PDF/5540SR00SPANIS101Official0Use0Only1.pdf [Consultado: 19/02/2014]

ANEXO A - Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES (VIGENTE)

Índice de Intervenciones por Conglomerado

Salud Pública - Vacunación para menores de 14 años (incluye edades de 0 a 14 años)

	Intervención
1	VACUNA BCG
2	VACUNA ANTIHEPATITIS B
3	VACUNA PENTAVALENTE CON COMPONENTE PERTUSSIS ACELULAR (DPAT +VIP+HIB)
4	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS
5	VACUNA CONJUGADA CONTRA NEUMOCOCO
6	VACUNA ANTI-INFLUENZA
7	VACUNA TRIPLE VIRAL SRP
8	VACUNA DPT
9	VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL TRIVALENTE TIPO SABIN
10	VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Vacunación adicional para adolescentes (mayores de 14 años) adultos y adultos mayores

	Intervención
11	VACUNA ANTIHEPATITIS B
12	VACUNA DOBLE VIRAL (SR)
13	TOXOIDES TETÁNICO Y DIFTÉRICO (TD)
14	VACUNA ANTINEUMOCÓCCICA PARA EL ADULTO MAYOR
15	VACUNA ANTI INFLUENZA PARA EL ADULTO MAYOR

Acciones Preventivas

	Intervención
16	ACCIONES PREVENTIVAS PARA RECIÉN NACIDO
17	ACCIONES PREVENTIVAS PARA MENORES DE 5 AÑOS
18	ACCIONES PREVENTIVAS PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS
19	DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
20	ACCIONES PREVENTIVAS PARA ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS
21	ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA MUJER 20 A 59 AÑOS
22	ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL HOMBRE DE 20 A 59 AÑOS
23	EXAMEN MÉDICO COMPLETO PARA MUJERES DE 40 A 59 AÑOS
24	EXAMEN MÉDICO COMPLETO PARA HOMBRES DE 40 A 59 AÑOS
25	PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO
26	ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS EN ADELANTE
27	OTRAS ACCIONES DE PROMOCIÓN A LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

Atención ambulatoria - Consulta de Medicina General/Familiar

	Intervención
28	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPRIVA Y POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12
29	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEFICIENCIA DE VITAMINA A
30	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCARLATINA
31	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS
32	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VARICELA
33	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
34	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TOS FERINA
35	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA
36	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)
37	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CONJUNTIVITIS
38	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINITIS ALÉRGICA
39	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE CLÁSICO

	Intervención
40	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DIARREA AGUDA
41	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS
42	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE TIFOIDEA
43	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HERPES ZOSTER
44	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS ORAL
45	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GONORREA
46	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INFECCIONES POR CLAMIDIA (INCLUYE TRACOMA)
47	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR TRICHOMONA
48	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍFILIS
49	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CISTITIS
50	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS AGUDA
51	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VULVITIS AGUDA
52	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CHANCRO BLANDO
53	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN POR HERPES GENITAL
54	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE AMEBIASIS INTESTINAL
55	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS
56	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ASCARIASIS
57	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ENTEROBIASIS
58	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE EQUINOCOCOSIS
59	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESQUISTOSOMIASIS (BILHARZIASIS)
60	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESTRONGILOIDIASIS
61	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE FILARIASIS
62	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE GIARDIASIS
63	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TENIASIS
64	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRICURIASIS
65	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRIQUINOSIS
66	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE BRUCELOSIS
67	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCABIOSIS
68	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS Y PHTIRIASIS
69	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MICOSIS SUPERFICIALES

	Intervención
70	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ONICOMICOSIS
71	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CELULITIS INFECCIOSA
72	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTROS PADECIMIENTOS INFECCIOSOS DE REZAGO (PALUDISMO, RICKETTSIOSIS, LEPRO, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LEISHMANIOSIS, ONCOCERCOSIS)
73	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO
74	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ATÓPICA
75	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES
76	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DEL PAÑAL
77	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS EXFOLIATIVA
78	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS SEBORREICA
79	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERRUGAS VULGARES
80	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ACNÉ
81	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEPATITIS A Y B
82	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GASTRITIS AGUDA
83	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE
84	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
85	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
86	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE OSTEOARTRITIS
87	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LUMBALGIA
88	OTRAS ATENCIONES DE MEDICINA GENERAL
89	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (AH)
90	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PRESERVATIVOS
91	MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)
92	ATENCIÓN PRENATAL EN EMBARAZO
93	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
94	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (AUTISMO)
95	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA PRIMARIA
96	ATENCIÓN DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
97	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA MAMA

	Intervención
98	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL
99	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS SUBAGUDA Y CRÓNICA
100	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS
101	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URETRITIS Y SÍNDROME URETRAL
102	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO
103	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO
104	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN LEVE, MODERADA Y SEVERA
105	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE KWASHIORKOR
106	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MARASMO NUTRICIONAL
107	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SECUELAS DE DESNUTRICIÓN
108	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
109	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA
110	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA SUPURATIVA
111	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SINUSITIS AGUDA
112	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN ADULTOS
113	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN NIÑOS
114	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS (TAES)
115	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE
116	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PSORIASIS
117	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESOFAGITIS POR REFLUJO
118	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ÚLCERA PÉPTICA NO PERFORADA
119	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISLIPIDEMIA
120	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO
121	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TORMENTA TIROIDEA
122	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO Y EN ADULTOS
123	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

	Intervención
124	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA
125	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS
126	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GOTA
127	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE
128	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS AFECTIVOS (DISTIMIA, CICLOTIMIA, ESTADO HIPOMANIACO, DEPRESIÓN Y TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR)
129	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD (ANSIEDAD GENERALIZADA, CRISIS DE ANGUSTIA Y PÁNICO Y REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN [TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO ADAPTATIVO])
130	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS (ESQUIZOFRENIA, IDEAS DELIRANTES, PSICÓTICOS Y ESQUIZOTÍPICO)
131	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE EPILEPSIA
132	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON
133	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA
134	REHABILITACIÓN DE FRACTURAS
135	REHABILITACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL
136	PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA DE ADICCIONES (CONSEJERÍA)
137	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES

Odontología

	Intervención
138	PREVENCIÓN DE CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL (PROFILAXIS, ODONTOXESIS Y APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR)
139	SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS DENTALES
140	ELIMINACIÓN DE CARIES Y RESTAURACIÓN DE PIEZAS DENTALES CON AMALGAMA, RESINA O IONÓMERO DE VIDRIO
141	ELIMINACIÓN DE FOCOS DE INFECCIÓN Y ABSCESOS (INCLUYE DRENAJE Y FARMACOTERAPIA)
142	EXTRACCIÓN DE DIENTES ERUPCIONADOS Y RESTOS RADICULARES

	Intervención
143	TERÁPIA PULPAR
144	EXTRACCIÓN DE TERCER MOLAR

Atención en Urgencias

	Intervención
145	ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA
146	ESTABILIZACIÓN DE URGENCIA DEL PACIENTE DIABÉTICO
147	MANEJO DE URGENCIA DEL SÍNDROME HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO
148	ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR ANGINA DE PECHO
149	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA, ACCIDENTAL, POR FENOTIAZINAS
150	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ÁLCALIS
151	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR SALICILATOS
152	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL METÍLICO
153	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS
154	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR MONÓXIDO DE CARBONO
155	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MORDEDURA DE SERPIENTE
156	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ALACRANISMO
157	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PICADURAS DE ABEJA, ARAÑA Y OTROS ARTRÓPODOS
158	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA ALIMENTARIA
159	MANEJO DE MORDEDURA Y PREVENCIÓN DE RABIA EN HUMANOS
160	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS

	Intervención
161	MANEJO DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE TEJIDOS BLANDOS (CURACIÓN Y SUTURAS)
162	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 14-15)
163	MANEJO EN URGENCIAS DE QUEMADURAS DE PRIMER GRADO

	Intervención
164	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE CERVICAL
165	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE HOMBRO
166	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE CODO
167	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE MUÑECA Y MANO
168	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE LA RODILLA
169	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE TOBILLO Y PIE

Atención en Hospitalización

	Intervención
170	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS
171	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS
172	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUITIS AGUDA
173	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS AGUDAS
174	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MASTOIDITIS
175	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS
176	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN NIÑOS
177	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN EL ADULTO Y ADULTO MAYOR
178	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO
179	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

	Intervención
180	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE ABORTO
181	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO
182	ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO FISIOLÓGICO
183	PELVIPERITONITIS
184	ENDOMETRITIS PUERPERAL
185	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CHOQUE SÉPTICO PUERPERAL
186	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

	Intervención
187	ICTERICIA NEONATAL
188	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PREMATURO SIN COMPLICACIONES
189	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PREMATURO CON HIPOTERMIA
190	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER
191	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA
192	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA SEVERA
193	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA
194	HEMORRAGIA OBSTÉTRICA PUERPERAL
195	HEMORRAGIA POR PLACENTA PREVIA O DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA
196	INFECCIÓN DE EPISIORRAFIA O HERIDA QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA
197	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL Y URETERAL
198	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS DE VÍAS URINARIAS INFERIORES
199	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME ESCROTAL AGUDO (TORSIÓN TESTICULAR, TORSIÓN DE APÉNDICES TESTICULARES, ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS)
200	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA
201	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROSTATITIS AGUDA
202	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE HEMORRÁGICO
203	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO (GLASGOW 9-13)
204	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE PANCREATITIS AGUDA
205	MANEJO HOSPITALARIO DE CRISIS CONVULSIVAS
206	MANEJO HOSPITALARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
207	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (EDEMA AGUDO PULMONAR)

	Intervención
208	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
209	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA SECUNDARIA A DIABETES
210	MANEJO HOSPITALARIO DE ÚLCERA Y PIE DIABÉTICO INFECTADOS
211	MANEJO HOSPITALARIO DE QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO
212	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
213	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE HELLP
214	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CORIOAMNIOÍTIS
215	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EMBOLIAS OBSTÉTRICAS
216	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL
217	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARDIOPATÍA FUNCIONAL EN LA MUJER EMBARAZADA
218	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LA MUJER EMBARAZADA Y PUÉRPERA

Acciones de Cirugía General

	Intervención
219	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA
220	APENDICECTOMÍA
221	ESPLENECTOMÍA
222	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR
223	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ISQUEMIA E INFARTO INTESTINAL
224	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINA
225	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA E INTESTINAL
226	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VÓLVULO COLÓNICO
227	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABSCESO PERIRECTAL
228	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA Y FISURA ANAL
229	HEMORROIDECTOMÍA
230	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA HIATAL
231	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERTROFIA CONGÉNITA DE PÍLORO
232	HERNIOPLASTÍA CRURAL
233	HERNIOPLASTÍA INGUINAL
234	HERNIOPLASTÍA UMBILICAL
235	HERNIOPLASTÍA VENTRAL
236	COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA

	Intervención
237	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CONDILOMAS
238	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUISTES DE OVARIO
239	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TORSIÓN DE ANEXOS
240	SALPINGOCLASIA (MÉTODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)
241	ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA
242	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO
243	LEGRADO UTERINO TERAPÉUTICO POR ABORTO INCOMPLETO

	Intervención
244	ATENCIÓN DE CESÁREA Y PUERPERIO QUIRÚRGICO
245	REPARACIÓN UTERINA
246	ABLACIÓN ENDOMETRIAL
247	LAPAROSCOPIA POR ENDOMETRIOSIS
248	MIOMECTOMÍA
249	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL (ELECTIVA O URGENCIA)
250	COLPOPERINEOPLASTÍA
251	VASECTOMÍA (MÉTODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)
252	CIRCUNCISIÓN
253	ORQUIDOPEXIA
254	PROSTATECTOMÍA ABIERTA Y TRANSURETRAL
255	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN CANCEROSA DE PIEL (NO INCLUYE MELANOMA)
256	EXTIRPACIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TEJIDOS BLANDOS
257	AMIGDALECTOMÍA CON O SIN ADENOIDECTOMÍA
258	ESCISIÓN DE PAPILOMA FARÍNGEO JUVENIL
259	REPARACIÓN DE LABIO HENDIDO Y PALATOPLASTÍA
260	CIRUGÍA DE ACORTAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO
261	CIRUGÍA DE ALARGAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO
262	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GLAUCOMA
263	ESCISIÓN DE PTERIGIÓN
264	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIDROCEFALIA
265	COLOCACIÓN Y RETIRO DE DIVERSOS CATÉTERES
266	DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO
267	TORACOTOMÍA, PLEUROTOMÍA Y DRENAJE DE TÓRAX
268	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA

Intervención

269	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PIE EQUINO EN NIÑOS
270	SAFENECTOMÍA
271	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA POR LUXACIONES
272	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA
273	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE HÚMERO (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS O FIJACIÓN EXTERNA)
274	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON FIJACIÓN EXTERNA)
275	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE MANO
276	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CADERA (INCLUYE HEMIPRÓTESIS CON ACETÁBULO)
277	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURAS DE FÉMUR (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON FIJACIÓN EXTERNA)
278	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON O SIN FIJACIÓN EXTERNA)
279	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TOBILLO Y PIE (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS)
280	ARTROPLASTÍA DE RODILLA (INCLUYE CIRUGÍA ARTROSCÓPICA)
281	ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA (INCLUYE PRÓTESIS)
282	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR SECUNDARIA A PIE DIABÉTICO
283	TRATAMIENTO DE QUISTE SINOVIAL
284	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS (CONSERVADOR Y DEFINITIVO)

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

	Grupo	Subgrupo	Subdiagnóstico
1	CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	RECIÉN NACIDO	Prematurez
2			Insuficiencia respiratoria
3			Sepsis bacteriana del recién nacido
4	TRASTORNOS PEDIÁTRICOS: QUIÚRGICOS, CONGENITOS Y ADQUIRIDOS	CARDIOVASCULARES	Malformaciones congénitas cardíacas
5		APARATO DIGESTIVO	Atresia de esófago
6			Onfalocele
7			Gastroquisis
8			Atresia / Estenosis duodenal
9			Atresia intestinal
10			Atresia anal
11		RIÑÓN	Hipoplasia / Displasia renal
12		URÉTER	Uréter retrocavo
13			Meatos ectópicos
14			Estenosis ureteral
15	Ureterocele		
16	TRASTORNOS PEDIÁTRICOS: QUIÚRGICOS, CONGENITOS Y ADQUIRIDOS	VEJIGA	Extrofia vesical
17		URETRA Y PENE	Hipospadias / Epispadias
18			Estenosis uretral
19			Estenosis del meato uretral
20	COLUMNA VERTEBRAL	Espina bífida	
21	MENORES DE 10 AÑOS	ENFERMEDADES LISOSOMALES	Enfermedad de Fabry / Enfermedad de Gaucher
			Mucopolisacaridosis tipo I
			Mucopolisacaridosis tipo II
			Mucopolisacaridosis tipo VI
			Deficiencia hereditaria del Factor VIII

22	MENORES DE 10 AÑOS	HEMOFILIA	Deficiencia hereditaria del Factor IX	
			Enfermedad de Von Willebrand	
23	CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	Astrocitoma	
24			Meduloblastoma	
25			Neuroblastoma	
26			Ependimoma	
27			Otros*	
28		TUMORES RENALES	Tumor de Wilms	
29			Otros*	
30		LEUCEMIAS	Leucemia Linfoblástica Aguda	
31			Leucemia Mieloblástica Aguda	
32			Leucemias Crónicas	
33			Síndromes Preleucémicos	
34		TUMORES HEPÁTICOS	Hepatoblastoma	
35			Hepatocarcinoma	
36		TUMORES ÓSEOS	Osteosarcoma	
37			Sarcoma de Ewing	
38		LINFOMAS	Linfoma no Hodgkin	
39		LINFOMAS	Enfermedad o Linfoma de Hodgkin	
40		TUMORES DEL OJO	Retinoblastoma	
41		CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	SARCOMAS	Sarcoma de Partes Blandas
42			TUMORES GERMINALES	Gonadales
43	Extragonadales			
44	CARCINOMAS		Diversos*	
45	HISTIOCITOSIS		Histiocitosis maligna	
46	CÁNCER CÉRVICO - UTERINO	Tumor maligno del cuello del útero		
		Carcinoma in situ del cuello del útero		
47	CÁNCER EN MAYORES DE 18 AÑOS	CÁNCER DE MAMA	Tumor Maligno de Mama	
48		CÁNCER TESTICULAR	Seminoma / No Seminoma	
49		LINFOMA NO HODGKIN	Folicular / Difuso	
50		TUMOR MALIGNO DE PRÓSTATA		

51	TRATAMIENTO MÉDICO	TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE VIH/SIDA	
52	MENORES DE 60 AÑOS	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	Menores de 60 años
53	TODAS LAS EDADES	TRASPLANTES	Trasplante de córnea
54			Trasplante de Médula Ósea en menores de 18 años
55			Trasplante de Médula Ósea en mayores de 18 años
56		CATARATAS	Catarata en adultos
57			Catarata congénita

ANEXO B - Apéndice Metodológico

En este apartado se describen los criterios metodológicos que se tomaron en cuenta no sólo para la formulación del proyecto de investigación, sino también para el procesamiento de los datos. En el primer apartado se describen la formulación de la pregunta de investigación, la principal hipótesis de trabajo y la operacionalización de los conceptos, al igual que las herramientas metodológicas utilizadas.

En el segundo apartado se mencionan los componentes de otras fuentes de información, como los registros administrativos de la CNPSS y la Encuesta Nacional de Salud 2012 para el análisis de los datos oficiales, de la información obtenida de la encuesta y los cuestionarios utilizados por el Instituto Nacional de Salud Pública.

En el tercer apartado se describe el tratamiento de las bases de datos y las herramientas estadísticas utilizadas para el análisis de los datos y la interpretación de los mismos.

Operacionalización de conceptos

Bajo el esquema analítico de la propuesta de investigación, la (posibilidad de) universalidad de los servicios de salud operaría como variables dependiente del acceso y cobertura de los servicios de salud, que a su vez, dependen de factores organizacionales y administrativos, de factores económicos y financieros, al igual que de características socio demográficas de la población.

En un primer punto de análisis se planteó la pregunta de investigación ¿si el Seguro Popular es una herramienta más para alcanzar la universalidad en la provisión de los servicios de salud?, por lo que el desglose de conceptos y definición de los mismos se realizó de la siguiente manera:

La relación de conceptos se fundamenta en la *universalidad de los servicios de salud* entendida como “el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables” (OMS,1978:68), desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional como variables explicativas; ésta se consideró una variable dependiente del acceso y cobertura de los servicios y éstos a su vez se explican por las condiciones económicas, sociales y contextuales de cada país.



depende del *acceso y cobertura* de los servicios

- factores organizacionales y administrativos (infraestructura, recursos humanos, materiales en el campo de la salud, entre otros)
- económico- financiera (modelo financiero específico)
- socio demográficos (tipo de población y localización)

Como se muestra en el diagrama anterior, la universalidad de los servicios se adecua a los modelos de bienestar de cada país y su esquema económico - financiero al igual que su contexto social y político, en este sentido, el modelo del Seguro Popular se enfrenta a una estructura organizacional y administrativa específica, con la coexistencia de organizaciones de seguridad social permanentes con modelos financieros y administrativos distintos.

En el primer capítulo se describieron los conceptos teóricos que llevan a los diferentes modelos de aseguramiento, cubriendo la idea de protección, riesgo de enfermedad y enfoque de derechos entorno a la universalidad de los servicios como derecho humano e influencia de esas teorías, con la finalidad de mantener el sustento teórico sobre el suministro de los servicios de salud y sus variables explicativas.

En el segundo capítulo se describió la situación contextual e histórica por la cual se dio al origen de los modelos de seguridad social en México y por lo tanto lo que llevó a la creación de un nuevo tipo de aseguramiento individual. Esto explica al tipo de modelo al que el Seguro Popular responde, al igual que la descripción del funcionamiento del seguro, y su impacto a lo largo de nueve años de implementación, llevaron a explicar la situación actual del SPSS y sus factores explicativos.

En un segundo nivel de análisis se planteó la pregunta ¿Bajo qué condiciones se da la cobertura y el acceso para llegar a la universalidad de los servicios de salud en el Seguro Popular?, por lo que para responder los factores explicativos del acceso y la cobertura en los servicios de salud para la población afiliada al Seguro Popular se realizó un ejercicio de preguntas de la siguiente manera:

1) ¿Quiénes son los afiliados?, respondida por el número total, requisitos para la afiliación, sus características socio demográficas, sexo, grupo de edad, nivel educativo, ocupación, jefatura e integrantes del hogar, ingresos y beneficios de otros programas sociales; 2) ¿Dónde están localizados y la distribución de ellos en territorio nacional?; 3) ¿Quiénes usan los servicios de salud?, describiendo la utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios, al igual que los padecimientos más comunes por los que fueron atendidos; 4) ¿Cuánto gastaron en los servicios? cantidades aportadas a los tratamientos no cubiertos por el seguro y otros gastos relacionados con la salud, esto asociado con el incremento en el gasto de bolsillo de las familias afiliadas. Con los datos obtenidos de la encuesta y los registros administrativos se obtuvieron los datos necesarios para describir las características de las condiciones en las que recibían los servicios los beneficiarios, esto permitió visualizar los perfiles de los afiliados al Seguro Popular.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012¹⁰⁷

De acuerdo con el informe de esta encuesta su objetivo “es cuantificar la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes y examinar la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición de la población, incluida la cobertura y calidad de los servicios de salud y la cobertura específica de los programas prioritarios de prevención en salud en el ámbito nacional, por entidades federativas, por zonas urbanas y rurales y por estratos socioeconómicos”.

La información obtenida de esta encuesta se formó a partir de 50, 528 hogares donde se aplicaron 96, 031 cuestionarios individuales en los diferentes grupos de edad, y 14, 104 cuestionarios de utilizadores de servicios de salud. Esta es una encuesta probabilística con un intervalo de confianza del 95%, el tamaño de la muestra contempla 1, 440 viviendas seleccionadas por entidad “para replicar la distribución por condición de urbanidad [se tomó] una sobremuestra de 28 viviendas seleccionadas del estrato con mayor rezago social”, esto de acuerdo con lo establecido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

Las unidades de análisis de esta encuesta son el hogar y los utilizadores de servicios, el primero entendido como “el conjunto de personas relacionadas por algún parentesco o no que habitual-

¹⁰⁷ www.ensanut.insp.mx

mente duermen en una vivienda bajo el mismo techo, beneficiándose de un ingreso común aportado por uno o más de los miembros del hogar” y los utilizadores de servicios de salud entendidos como “las personas del hogar que buscaron o recibieron atención ambulatoria dentro de las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista por enfermedad, lesión, accidente, rehabilitación, servicio dental, programa de control de diabetes o hipertensión arterial”.

Los datos fueron recopilados de los cuestionarios del hogar, integrantes del hogar y utilizadores de servicios de salud que se realizaron tanto para los niños, adolescentes y adultos, éstos fueron concentrados en tres bases de datos: la primera referente a las características del hogar; la segunda con cada una de las características de los integrantes y la última con la información sobre los utilizadores de los servicios de salud. Para la presente investigación se utilizó la primera y segunda base de datos con 194, 923 casos válidos para contestar las dos primeras interrogantes y realizar los perfiles de los afiliados al seguro, la tercera base sobre los utilizadores consta de ocho apartados que se dividen entre el acceso a los servicios, los prestadores de servicios, demanda satisfecha, percepciones y satisfacción por los mismos, la cual se utilizó para contestar las siguientes dos interrogantes sobre el uso de los servicios de salud y el gasto de bolsillo, de manera adicional se obtuvo cierta información sobre la percepción de los mismos lo que vislumbra la calidad percibida de éstos.

Si bien el reporte de la encuesta menciona que “la recolección de datos de la ENSANUT 2012 ocurrió entre octubre de 2011 y mayo de 2012, por lo que el informe tiene un desfase respecto de la información actualizada del padrón de afiliados a los servicios de salud”¹⁰⁸, esto aclara los desfases en las cifras obtenidas por el presente trabajo y los registros administrativos de la CN-PSS y otros estudios realizados en el tema, a pesar de las similitudes en las cifras.

El procesamiento de los datos

El procesamiento de los datos se realizó mediante la utilización del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) donde el análisis comienza con la utilización de la base de *integrantes del hogar*, obteniendo las características socio demográficas de los afiliados y por separado la base sobre *utilizadores de servicios de salud*, ya que sólo respondieron los integrantes que

¹⁰⁸ Datos obtenidos del Informe de Resultados ENSANUT 2012. <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

habían recibido alguna atención médica, la justificación por la cual estas dos bases se trabajaron de manera separada fuera para evitar la pérdida de casos.

De acuerdo con el objetivo de la presente investigación, orientado al acceso de los servicios de salud del Seguro Popular, se crearon algunas variables que fueron utilizadas a manera de filtro de los afiliados a este sistema de protección social. Estas primeras variables fueron utilizadas a manera de filtros para realizar la descripción estadística de la población afiliada al Seguro Popular. El ponderado que se utilizó en el análisis final de la investigación es el ponderador final (PON-DEF) ya que tiene una representación nacional total a partir de la muestra.

Ejemplo: variable (TIPO_AFL)

Proporción y porcentaje de población por tipo de afiliación, 2012

Tipo de Afiliación	Total de Población	% de población según tipo de afiliación
Seguridad Social (AFL_SEG_SOC)	41,194,640	35.8
Seguro Popular (AFIL_SP)	43,267,914	37.6
Privado u otro (SEG_PRIV)	1,227,780	25.5
Ninguno (NINGUNA)	29,294,730	1.1
Total	114,985,064	100.0

Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT 2012.

Con las variables antes mencionadas se identificaron los afiliados a cada esquema de salud, al igual que la población sin ningún tipo de protección, con la finalidad de describir las características de la población afiliada al Seguro Popular y los pertenecientes al sistema y responder a la primera interrogante sobre cuántos son los afiliados y quiénes son.

La primera variable utilizada fue *sexo* lo que permitió identificar el número total de mujeres y hombres de acuerdo con el tipo de afiliación, para analizar la distribución del sexo entre todos los esquemas de aseguramiento en el sistema. Después se identificó *la edad de la población*, por lo

que se crearon grupos de edad para facilitar el análisis, los grupos etarios que se tomaron en cuenta fueron similares a aquéllos establecidos por INEGI, de 0 a 14 años para identificar a la niñez, el siguiente grupo de 15 a 29 años con la finalidad de identificar a los jóvenes, el siguiente grupo de 30 a 59 años con la finalidad de ubicar a la población adulta y en edad productiva y los adultos mayores de 60 años y más en otro grupo.

Una vez identificados los grupos de edad de cada uno de los beneficiarios y los restantes de otro tipo de aseguramiento, también se quiso describir la composición de los hogares de los afiliados, por lo que se construyó la variable *integrantes del hogar* para agrupar a cada uno de los miembros en hogares unipersonales, de 2 a 4 integrantes, de 5 a 7, y de 8 y más, esto con la finalidad de observar el tamaño de los hogares, al igual que el promedio del número de miembros. En este sentido, también se construyó una variable que identificara *la jefatura en el hogar* separando aquéllos por hombres y por mujeres, lo que permitió ubicar la tendencia de acuerdo con el tipo de afiliación.

Por otro lado, continuando con las características de los afiliados, se identificó una pregunta de la encuesta como hablante de lengua indígena, por lo que se construyó la variable *grupo étnico*, aunque se hace la aclaración que el ser hablante de una lengua nativa no implica la pertenencia o adscripción a un grupo étnico específico, sin embargo, para fines de ésta investigación se tomó en cuenta la pregunta para la construcción de la variable que ayudó a describir las diferentes lenguas entre los afiliados.

Entre las características sociales de los beneficiarios, también se describió el *nivel educativo* entre los afiliados construida a partir de la variable *años de escolaridad* agrupándose en los niveles: sin instrucción, preescolar y primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, media superior incompleta, media superior completa, universitario.

Continuando con la descripción de los beneficiarios, *la condición de actividad* fue la variable que se tomó de la encuesta que permitió localizar quiénes estaban ocupados y aquéllos que pertenecen a la población no económicamente activa, por medio de la pregunta si había trabajado la semana anterior por lo menos una hora, se construyó la variable agrupando en *ocupados*, los que respondieron afirmativamente, los que respondieron negativamente pero si cuentan con un empleo

y aquéllos que se encuentran buscando trabajo; y en *disponibles* lo que respondieron ser jubilados, estudiantes, que se dedican a los quehaceres domésticos, que tienen alguna incapacidad u otra actividad.

Debido a que la población recibe diversos tipos de ingresos, entre ellos los percibidos por algún empleo, se indicaron las cantidades promedio de éstos para cada uno de los sectores de aseguramiento, al igual que los afiliados al seguro; por otro lado también se tomó en cuenta la pregunta sobre *otra fuente de ingreso* proveniente de un programa social y debido a la gran variedad de programas sociales se tomó también la variable de *al menos un apoyo social* para describir los ingresos de los beneficiarios y otros beneficios orientados a sectores vulnerables.

Definidas las características sociales de los afiliados al seguro, se siguió a la otra interrogantes ¿Dónde se encuentran?, por lo que se utilizaron las variables de *tipo de afiliación* cruzada con *entidad federativa*, con la finalidad de describir la ubicación de más beneficiarios del seguro frente a la población total de cada región y también la composición de los asegurados como un conjunto.

De igual manera, se utilizó la variable *estrato de urbanidad*, la cual se encontraba agrupada en rural, urbana y metropolitana, para fines de esta investigación, se reagruparon en dos: rural y urbana para ubicar a los beneficiarios. En este sentido también fue utilizada otra variable incluida en la encuesta como *estrato de marginalidad*, con la finalidad de localizar la distribución de la población con alta y baja marginación.

Pasando a la tercera interrogante ¿quiénes utilizan los servicios de salud?, se contempló una pregunta general como panorama sobre la primera opción de atención médica usual para la población beneficiaria, para así continuar en un primer momento en dos apartados: en *consulta externa y medicina ambulatoria* que contempla un padecimiento en las dos últimas semanas, donde se tomaron en cuenta fueron: si presentó un problema de salud en las últimas dos semanas, de los cuales respondieron si estaban recibiendo tratamiento médico, el personal que le brindó atención, razones negativas por las que no se atendió, y el lugar de atención de ese padecimiento entre ellas la institución de salud; por otro lado el seguro apartado referido a la *atención hospitalaria* que abarca hasta un siniestro en el último año, tomándose en cuenta si recibió hospitalización, motivos de internamiento (padecimientos recientes), institución de salud dónde se brindó el ser-

vicio y como pregunta adicional si este siniestro fue financiado por el Seguro Popular. Estas variables sirvieron para describir la utilización de los servicios y las instancias de salud que los ofrecen.

También se incluyeron otra pregunta sobre la *percepción de los servicios* con la finalidad de describir la calidad de éstos para los afiliados al seguro tanto de los diferentes tipos de aseguramiento como del seguro.

En cuanto a la siguiente interrogante sobre cuánto gastó en la atención recibida, se incluyó con el objetivo de describir el gasto de bolsillo por pago directo de servicios de salud, tanto por la atención recibida, entre otros como el gasto de traslado, medicamentos, servicios de laboratorio, otros gastos médicos, comida y hospedaje, que se encuentran relacionados con la salud.

Finalmente, mediante los registros administrativos de la CNPSS se describió la oferta médica como personal de salud y administrativo cubriendo así, las dimensiones del análisis sobre la cobertura y acceso a los servicios de salud, por un lado el total de factores organizacionales y administrativos (infraestructura, recursos humanos y materiales en el campo de la salud), el económico- financiero (que responde al tipo de modelo financiero del seguro) y las características socio-demográficas de los beneficiarios.

Anexo C - Tablas complementarias

Proporción de la población afiliada en cada año durante el periodo 2000-2012.

¿En qué fecha se afilió al Seguro Popular?		Porcentaje
2000	124,884	0.3%
2001	91,569	0.2%
2002	169,921	0.4%
2003	232,904	0.5%
2004	437,430	1.0%
2005	1,049,137	2.4%
2006	1,473,505	3.4%
2007	2,282,669	5.3%
2008	4,079,233	9.4%
2009	6,490,797	15%
2010	10,832,744	25%
2011	11,445,090	26.5%
2012	473,039	1.1%
NS/NR	4,084,992	9.4%
Total	43,267,914	100%

Proporción y porcentaje de hablantes de lengua indígena (1ª opción) según el tipo de afiliación, 2012

LENGUA INDÍGENA. la opción	TIPO DE AFILIACIÓN									
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total	
Náhuatl	141,284	22.1%	1,092,315	26.3%	10,692	28.7%	304,826	19.1%	1,549,117	24.1%
Maya	183,272	28.6%	494,817	11.9%	1,640	4.4%	111,699	7.0%	791,428	12.3%
Zapoteco	91,313	14.3%	500,903	12.0%	2,986	8.0%	217,081	13.6%	812,283	12.6%
Mixteco	30,557	4.8%	254,423	6.1%	0	0.0%	96,729	6.0%	381,709	5.9%
Tzotzil/ tzeltal	21,281	3.3%	595,471	14.3%	508	1.4%	301,226	18.8%	918,486	14.3%
Otomí	13,423	2.1%	129,918	3.1%	1,875	5.0%	33,720	2.1%	178,936	2.8%
Totonaca	19,177	3.0%	41,664	1.0%	0	0.0%	11,394	0.7%	72,235	1.1%
Mazateco	24,222	3.8%	212,879	5.1%	1,959	5.3%	94,243	5.9%	333,303	5.2%
Chol	6,312	1.0%	98,046	2.4%	2,430	6.5%	70,553	4.4%	177,341	2.8%
Huasteco	10,705	1.7%	101,737	2.4%	0	0.0%	42,099	2.6%	154,541	2.4%
Chinanteco	5,720	0.9%	6,999	0.2%	0	0.0%	5,474	0.3%	18,193	0.3%
Mazahua	11,332	1.8%	118,907	2.9%	1,261	3.4%	25,321	1.6%	156,821	2.4%
Mixe	7,375	1.2%	17,417	0.4%	2,658	7.1%	11,885	0.7%	39,335	0.6%
Otro	73,815	11.5%	492,967	11.9%	11,247	30.2%	273,277	17.1%	851,306	13.2%
Total	639,788	100.0%	4,158,463	100.0%	37,256	100.0%	1,599,527	100.0%	6,435,034	100.0%

Proporción y porcentaje de la población en cada entidad federativa según el tipo de afiliación, 2012

Entidad Federativa	TIPO DE AFILIACIÓN									
	Seguridad Social		Seguro Popular		Privado u otro		Ninguno		Total	
Aguascalientes	597,914	1.5%	413,922	1.0%	3,554	0.3%	199,851	0.7%	1,215,241	1.1%
Baja California	1,502,188	3.6%	891,250	2.1%	39,643	3.2%	771,011	2.6%	3,204,092	2.8%
Baja California Sur	343,010	0.8%	171,584	0.4%	2,945	0.2%	130,827	0.4%	648,366	0.6%
Campeche	294,759	0.7%	401,026	0.9%	3,141	0.3%	144,485	0.5%	843,411	0.7%
Coahuila de Z.	1,712,725	4.2%	397,560	0.9%	50,575	4.1%	656,228	2.2%	2,817,088	2.4%
Colima	282,118	0.7%	269,167	0.6%	4,464	0.4%	108,632	0.4%	664,381	0.6%
Chiapas	710,272	1.7%	2,835,918	6.6%	15,489	1.3%	1,349,743	4.6%	4,911,422	4.3%
Chihuahua	1,607,004	3.9%	940,278	2.2%	123,712	10.1%	818,204	2.8%	3,489,198	3.0%
Distrito Federal	4,063,511	9.9%	2,201,279	5.1%	211,813	17.3%	2,536,079	8.7%	9,012,682	7.8%
Durango	664,209	1.6%	600,664	1.4%	5,626	0.5%	400,941	1.4%	1,671,440	1.5%
Guanajuato	1,672,629	4.1%	2,759,734	6.4%	18,284	1.5%	1,178,842	4.0%	5,629,489	4.9%
Guerrero	648,254	1.6%	1,839,999	4.3%	9,915	0.8%	978,334	3.3%	3,476,502	3.0%
Hidalgo	726,246	1.8%	1,412,445	3.3%	12,026	1.0%	579,826	2.0%	2,730,543	2.4%
Jalisco	3,300,697	8.0%	2,009,280	4.6%	50,397	4.1%	2,149,792	7.3%	7,510,166	6.5%
México	5,524,967	13.4%	4,989,039	11.5%	217,413	17.7%	4,809,998	16.4%	15,541,417	13.5%
Michoacán de O	1,137,515	2.8%	1,910,418	4.4%	27,298	2.2%	1,378,341	4.7%	4,453,572	3.9%
Morelos	572,404	1.4%	749,627	1.7%	10,274	0.8%	486,497	1.7%	1,818,802	1.6%
Nayarit	395,629	1.0%	489,312	1.1%	6,483	0.5%	216,563	0.7%	1,107,987	1.0%
Nuevo León	2,759,850	6.7%	924,277	2.1%	92,484	7.5%	983,193	3.4%	4,759,804	4.1%
Oaxaca	594,980	1.4%	2,372,277	5.5%	3,885	0.3%	931,025	3.2%	3,902,167	3.4%
Puebla	1,435,835	3.5%	2,690,282	6.2%	52,428	4.3%	1,739,765	5.9%	5,918,310	5.1%
Querétaro	793,549	1.9%	716,181	1.7%	13,897	1.1%	351,011	1.2%	1,874,638	1.6%
Quintana Roo	545,486	1.3%	441,500	1.0%	16,671	1.4%	354,242	1.2%	1,357,899	1.2%
San Luis Potosí	824,913	2.0%	1,336,608	3.1%	21,767	1.8%	470,486	1.6%	2,653,774	2.3%
Sinaloa	1,442,637	3.5%	805,657	1.9%	25,004	2.0%	562,474	1.9%	2,835,772	2.5%
Sonora	1,381,329	3.4%	705,981	1.6%	43,382	3.5%	583,946	2.0%	2,714,638	2.4%
Tabasco	559,545	1.4%	1,187,426	2.7%	46,040	3.7%	501,966	1.7%	2,294,977	2.0%
Tamaulipas	1,326,200	3.2%	1,252,516	2.9%	41,853	3.4%	723,371	2.5%	3,343,940	2.9%
Tlaxcala	271,434	0.7%	591,919	1.4%	11,931	1.0%	323,593	1.1%	1,198,877	1.0%
Veracruz de Ignacio de la L.	2,199,301	5.3%	3,428,610	7.9%	34,718	2.8%	2,185,329	7.5%	7,847,958	6.8%
Yucatán	826,681	2.0%	813,562	1.9%	6,002	0.5%	360,078	1.2%	2,006,323	1.7%
Zacatecas	476,850	1.2%	718,615	1.7%	4,666	0.4%	330,057	1.1%	1,530,188	1.3%
Total	41,194,641	100.0%	43,267,913	100.0%	1,227,780	100.0%	29,294,730	100.0%	114,985,06	100.0%

Porcentaje de la población según el tipo de afiliación dentro de cada Entidad Federativa, 2012 - Parte A

TIPO DE AFILIACIÓN	ENTIDADES FEDERATIVAS (A - Mi)															
	Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur	Campeche	Coahuila de Z.	Colima	Chiapas	Chihuahua	Distrito Federal	Durango	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	México	Michoacán de O.
Seguridad Social	49.2%	46.9%	52.9%	34.9%	60.8%	42.5%	14.5%	46.1%	45.1%	39.7%	29.7%	18.6%	26.6%	43.9%	35.5%	25.5%
Seguro Popular	34.1%	27.8%	26.5%	47.5%	14.1%	40.5%	57.7%	26.9%	24.4%	35.9%	49.0%	52.9%	51.7%	26.8%	32.1%	42.9%
Privado u otro	0.3%	1.2%	0.5%	0.4%	1.8%	0.7%	0.3%	3.5%	2.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.7%	1.4%	0.6%
Ninguno	16.4%	24.1%	20.2%	17.1%	23.3%	16.4%	27.5%	23.4%	28.1%	24.0%	20.9%	28.1%	21.2%	28.6%	30.9%	30.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Porcentaje de la población según el tipo de afiliación dentro de cada Entidad Federativa, 2012 - Parte B

TIPO DE AFILIACIÓN	ENTIDADES FEDERATIVAS (Mo - Z)																Total
	Morelos	Nayarit	Nuevo León	Oaxaca	Puebla	Querétaro	Quintana Roo	San Luis Potosí	Sinaloa	Sonora	Tabasco	Tamaulipas	Tlaxcala	Veracruz de Ignacio de la L.	Yucatán	Zacatecas	
Seguridad Social	31.5%	35.7%	58.0%	15.2%	24.3%	42.3%	40.2%	31.1%	50.9%	50.9%	24.4%	39.7%	22.6%	28.0%	41.2%	31.2%	35.8%
Seguro Popular	41.2%	44.2%	19.4%	60.8%	45.5%	38.2%	32.5%	50.4%	28.4%	26.0%	51.7%	37.5%	49.4%	43.7%	40.5%	47.0%	37.6%
Privado u otro	0.6%	0.6%	1.9%	0.1%	0.9%	0.7%	1.2%	0.8%	0.9%	1.6%	2.0%	1.3%	1.0%	0.4%	0.3%	0.3%	1.1%
Ninguno	26.7%	19.5%	20.7%	23.9%	29.4%	18.7%	26.1%	17.7%	19.8%	21.5%	21.9%	21.6%	27.0%	27.8%	17.9%	21.6%	25.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Lista de Cuadros, Tablas y Gráficos

Cuadro 1.1. Modelo financiero y operativo del SPSS	64
Cuadro 1.2. Cuotas Familiares según decil de ingreso vigentes en 2012 (cifras en pesos)	79
Cuadro 1.3. Número de intervenciones cubiertas en el Seguro Popular 2002-2012	80
<hr/>	
Tabla 1.1 Proporción y porcentaje de población por tipo de afiliación, 2012.	82
Tabla 1.2. Proporción y porcentaje de hombres y mujeres según tipo de afiliación, 2012	85
Tabla 1.3. Proporción y porcentaje de grupo de edad según tipo de afiliación, 2012	87
Tabla 1.4. Proporción y porcentaje de integrantes de los hogares según el tipo de afiliación, 2012	89
Tabla 1.5. Proporción y porcentaje de Jefatura en el hogar según tipo de afiliación, 2012	91
Tabla 1.6. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según hablante indígena, 2012	94
Tabla 1.7. Porcentaje y proporción de personas de habla indígena según tipo de afiliación, 2012	94
Tabla 1.8. Proporción y porcentaje del nivel educativo según el tipo de afiliación, 2012.	97
Tabla 1.9. Proporción y porcentaje de la condición de actividad según tipo de población, 2012	100
Tabla 1.10. Proporción y porcentaje de población que recibe al menos otra fuente de ingreso según tipo de afiliación, 2012	103
Tabla 1.11. Proporción y porcentaje de la población con otra fuente de ingreso proveniente de un programa social según el tipo de afiliación, 2012	104
Tabla 1.12. Proporción y porcentaje de la población con apoyo de programa social según el tipo de afiliación, 2012	106
Tabla 1.13. Proporción y porcentaje del carácter rural o urbano de la localidad de residencia según tipo de afiliación, 2012	110
Tabla 1.14. Proporción y porcentaje del estrato de marginalidad según el tipo de afiliación, 2012	111
Tabla 1.15. Tipo de afiliación según lugar de atención médica usual como primera opción, 2012	115
Tabla 1.16. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según la población con algún problema de salud, 2012	116
Tabla 1.17. Proporción y porcentaje de los padecimientos en las dos últimas semanas	117
Tabla 1.18. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según la atención por padecimiento, 2012	118

Tabla 1.20 Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según recibió o no hospitalización en el último, 2012	124
Tabla 1.21 Proporción y porcentaje de los motivos de hospitalización según el tipo de afiliación, 2012	125
Tabla 1.22. Proporción y porcentaje de instituciones de salud donde se realizó la hospitalización en el último año según el tipo de afiliación, 2012.	127
Tabla 1.23. Proporción y porcentaje del tipo de afiliación según la población que tu pagó por la atención recibida, 2012	130
Tabla 1.24. Promedio del tiempo de traslado a los servicios médicos (minutos)	133
<hr/>	
Mapa 1.1 Porcentaje de población afiliada al Seguro Popular según entidad federativa, 2012	108
<hr/>	
Gráfico 1.1. Tipo de Afiliación, 2012	83
Gráfico 1.2. Distribución porcentual del tipo de afiliación según grupo de edad	87
Gráfico 1.3 Tipo de afiliación según el número de integrantes en los hogares	90
Gráfico 1.4 Tipo de afiliación según la jefatura en el hogar	92
Gráfico 1.5 Tipo de afiliación según el nivel educativo de la población total, 2012	98
Gráfico 1.6 Tipo de Afiliación según condición de actividad	101
Gráfico 1.7 Tipo de afiliación según otra fuente de ingreso	103
Gráfico 1.8 Tipo de afiliación según beneficio de otra fuente de ingreso proveniente de un programa social	104
Gráfico 1.9 Tipo de afiliación de la población según el apoyo de un programa social	105
Gráfico 1.10 Porcentaje de la distribución de la población afiliada al Seguro Popular en el territorio nacional	107
Gráfico 1.11 Tipo de afiliación según carácter rural o urbano de la localidad de residencia	109
Gráfico 1.12 Tipo de Afiliación en cada estrato de marginalidad	112
Gráfico 1.13 Total del lugar de atención de la población	114
Gráfico 1.14 ¿Está recibiendo atención por este padecimiento?	117
Gráfico 1.15 Personal que le brindó atención para el padecimiento sufrido en las dos últimas dos semanas	118
Gráfico 1.16 Razones negativas de atención por un profesional de la salud.	119
Gráfico 1.17 Razones negativas de atención por un profesional de la salud en los afiliados al Seguro Popular	119
Gráfico 1.18 Lugar de atención recibida para el padecimiento sufrido en las dos últimas dos semanas los afiliados al Seguro Popular	120

Gráfico 1.19 Población atendida en consultorios dependientes de farmacias por atención ambulatorio y consulta según el tipo de afiliación	122
Gráfico 1.20 Total de la población que recibió hospitalización en el último año	123
Gráfico 1.21 Motivos de hospitalización según el tipo de afiliación	126
Gráfico 1.22 ¿Su atención financiada por el Seguro Popular? según el tipo de afiliación	128
Gráfico 1.23 Hospitalización en consultorios dependientes de farmacias según el tipo de afiliación	128
Gráfico 1.24 Tipo de afiliación según la calidad de atención recibida	129
Gráfico 1.25 Promedio del monto (pesos) por la atención recibida según el tipo de afiliación	131
Gráfico 1.26 Promedio del cobro en pesos por el traslado a donde recibió atención según el tipo de afiliación	132
Gráfico 1.27 Promedio del gasto en medicamentos según el tipo de afiliación (pesos MXN)	134
Gráfico 1.28 Promedio del pago de servicios de laboratorios según el tipo de afiliación (pesos)	134
Gráfico 1.29 Promedio de otros gastos médicos (pesos)	135
Gráfico 1.30 Promedio del gasto en comida y hospedaje (pesos)	136