Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano	Titulo
Laurell, Asa Cristina - Autor/a;	Autor(es)
En: . ( ). :	En:
Buenos Aires	Lugar
CLACSO	Editorial/Editor
2013	Fecha
Colección CLACSO-CROP	Colección
Historia; Sociedad; Cultura; Cristianismo; Pobreza; Salud; Memoria; Teología; Iglesia; México;	Temas
Libro	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf"	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
http://biblioteca.clacso.edu.ar

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.edu.ar

CLACSO
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences

IMPACTO DEL SEGURO POPULAR EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Asa Cristina Laurell

COLECCIÓN CLACSO-CROP

CLACSO

IMPACTO DEL SEGURO POPULAR EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Laurell , Asa Cristina
Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. -
1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO, 2013.
E-Book.

ISBN 978-987-1891-70-2

1. Salud. 2. México. I. Título
CDD 613

Otros descriptores asignados por la Biblioteca virtual de CLACSO:
Cristianismo / Cultura / Sociedad / Historia / Pobreza / Memoria /
Teología / Iglesia / América Latina / Caribe

La Colección CLACSO-CROP tiene como objetivo principal difundir investigaciones originales y de alta calidad sobre la temática de la pobreza. La colección incluye los resultados de las actividades que se realizan en el marco del Programa CLACSO-CROP de Estudios sobre Pobreza en América Latina y el Caribe (becas, seminarios internacionales y otros proyectos especiales), así como investigaciones relacionadas con esta problemática que realizan miembros de la red CLACSO-CROP y que son aprobadas por evaluaciones académicas externas.

CLACSO

Secretario Ejecutivo
Pablo Gentili

Directora Académica
Fernanda Saforcada

Comité Directivo [Miembros Titulares]

Gerardo Caetano
UDELAR, Uruguay

Jose Carlos Rodríguez
CDE, Paraguay

Dalila Andrade
FaE/UFMG, Brasil

Leticia Salomón
DICU/UNAH, Honduras

Eduardo Toche Medrano
DESCO, Perú

Juan Ponce
FLACSO, Ecuador

Suzy Castor Pierre-Charles
CRESFED, Haití

Lucio Oliver
CEL/FCPyS y PPEL/UNAM, México

CROP

Director Científico
Alberto D. Cimadamore

Comité Científico

Thomas Pogge
Chair of CROP Scientific Committee
Leitner Professor / Philosophy and International Affairs
Yale University, USA

Julio Boltvinik
Professor / Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, México

Atilio Boron
Professor / Programa Latinoamericano de Educación a Distancia en Ciencias Sociales (PLED), Argentina

Jean Comaroff
Professor / Department of Anthropology, University of Chicago, USA

Bob Deacon
Professor / Department of Sociological Studies
University of Sheffield, UK

Shahida El Baz
Dr. / The National Center for Social and Criminological Research (NCSCR), Egypt

Sara Hossain
Lawyer / Supreme Court, Bangladesh

Asunción Lera St. Clair
Professor / Department of Sociology, University of Bergen, Norway

Karen O'brien
Professor / Department of Sociology and Human Geography, University of Oslo, Norway

Adebayo Olukoshi
Director / United Nations African Institute for Economic Development and Planning (IDEP), Senegal

Isabel Ortiz
Associate Director / UNICEF

Shahra Razavi
Research Co-ordinator / United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)

CLACSO
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168
C1101AAX, Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel. [54 11] 4304 9145 - Fax [54 11] 4305 0875
<www.clacso.org>
<clacsoinst@clacso.edu.ar>

CROP
Comparative Research Programme on Poverty

P.O. Box 7800
N-5020 Bergen, Noruega
Tel. 47 5558 9744
<www.crop.org>
<crop@uib.no>

Colección CLACSO-CROP

IMPACTO DEL SEGURO POPULAR EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Asa Cristina Laurell

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Editor Responsable Pablo Gentili, Secretario Ejecutivo de CLACSO

Directora Académica Fernanda Saforcada

Colección CLACSO-CROP

Directores de la colección Emir Sader, Director de Relaciones Internacionales de CLACSO y Alberto D. Cimadamore, Director de CROP
Coordinadores de la Colección Carolina Mera, Coordinadora del Área de Relaciones Internacionales de CLACSO y Hans Egil Offerdal, Coordinador del Programa América Latina y Caribe de CROP
Asistentes Dolores Acuña (CLACSO) y Santiago Kosiner (CROP)

Área de Producción Editorial y Contenidos Web de CLACSO
Coordinador Editorial Lucas Sablich
Coordinador de Arte Marcelo Giardino

Arte de tapa Ignacio Solveyra

Producción Fluxus estudio

CLACSO
Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Estados Unidos 1168 | C1101AAX Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel. [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | <clacso@clacso.edu.ar> | <www.clacso.org>

Primera edición en español
Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud mexicano (Buenos Aires: CLACSO, agosto de 2013)

ISBN 978-987-1891-70-2
© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723

Patrocinado por la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo Norad

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

Este libro está disponible en texto completo en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<www.biblioteca.clacso.edu.ar>

Los contenidos de este libro han sido evaluados por dos especialistas externos a la institución en un proceso de revisión por pares.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento al Dr. Eduardo Zepeda por su invaluable ayuda en el procesamiento de los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares. Asimismo, agradezco al Lic. Joel Herrera con quien he seguido y discutido la política de salud durante los últimos cinco años.

ÍNDICE

I. Introducción 13

II. Estado del conocimiento 17

II. 1 Determinantes sociales de la salud y pobreza 17

II. 2 Las reformas sociales del Estado 20

II. 3 Las reformas de salud hegemónicas 24

II. 4 La conformación del sistema de salud en México y sus reformas 32

III. Marco conceptual y metodológico-técnico 45

III.1 Definición de conceptos y términos 45

III. 2. Fuentes de información y procesamiento de datos 50

IV. Resultados y análisis de datos 51

IV.1 Análisis de la ENIGH y datos de la Comisión de Protección Social en Salud 51

IV.2 Cobertura y acceso a los servicios de salud del SNPSS 70

IV.3 Financiamiento de los servicios del Sistema de Protección Social en Salud 83

IV. 4. La pugna distributiva entre el SPSS y los institutos de seguro social laboral 104
IV. 5. La nueva dinámica del sistema público de salud 111

V. Conclusiones y recomendaciones 121

Bibliografía 133
Documentos oficiales 140

Acrónimos, siglas y abreviaturas 143

ANEXO I. Anexo Metodológico 145
I. Fuentes cuantitativas 145
II. Fuentes documentales no cuantitativas. 148

Anexo II. Catálogo Universal de Servicios de Salud 2010**. Causes** 151
I. Salud pública 151
II. Consulta de medicina general/familiar y de especialidad 152
III. Odontología 155
IV. Urgencias 155
V. Hospitalización 156
VI. Cirugía 157

Intervenciones del seguro médico para una nueva generación 161

I

INTRODUCCIÓN

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN de la salud es un derecho constitucional en la mayoría de los países de América Latina incluyendo a México. Esto refleja la idea de que es éticamente inaceptable que quien se enferme no pueda atenderse por falta de recursos y pueda morir o quedar discapacitado. Es el reconocimiento de que todo ser humano tiene el mismo valor. Sin embargo, este derecho normativo frecuentemente no se realiza debido a: la extensión de la pobreza; la segmentación y fragmentación de los sistemas nacionales de salud; la falta y desigual distribución de los recursos financieros, físicos y humanos en el sistema de salud; así como el recorte del gasto social, la depresión salarial y el crecimiento del empleo precario a raíz de los ajustes estructurales; entre otros factores.

La primera reforma de salud, diseñada por el Banco Mundial en 1993, se aparta de esta idea ya que tiene una orientación mercantilizadora de la atención médica combinada con un Paquete de Servicios Esenciales para los pobres financiado con recursos fiscales (Laurell y López, 1996). Esta reforma generó una creciente desprotección en salud con un aumento en el gasto de bolsillo[1] y un extenso

1 El gasto de bolsillo de salud es la erogación en hospitalización, procedimientos ambulatorios y medicamentos.

descontento social. Estos problemas llevaron a los organismos supranacionales a plantear una segunda reforma de salud que propone el "aseguramiento universal" como la política que lograría equidad en el acceso a los servicios y la protección de las familias contra un gasto catastrófico de salud[2].

Esta política se ha ensayado en Chile y en Colombia bajo la forma de un seguro obligatorio de salud como mecanismo de financiamiento de la compra venta de los servicios de salud prestados por múltiples proveedores, públicos y privados. En ambos casos el seguro se financia con contribuciones de los asegurados y con recursos fiscales para amparar las familias pobres. La cobertura médica es diferenciada para los distintos esquemas de financiamiento y requiere de copagos al usar los servicios y en los medicamentos.

En cambio, México mantiene un sistema segmentado y fragmentado en el cual el seguro social laboral es obligatorio y público mientras que el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), mejor conocido como el Seguro Popular (SP), es voluntario y solo la población sin seguro social laboral es susceptible a ser afiliada. El SP se financia con contribuciones fiscales de los gobiernos federal y estatales y una prima de los afiliados de los deciles V a X. El SP ofrece un paquete de servicios –el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)– muy inferior a los seguros médicos de los institutos de seguro social laboral, y solo incluye un reducido número de enfermedades de alto costo.

Existe el compromiso del gobierno federal de lograr la cobertura "universal en salud" en 2011 o 2012, aunque inicialmente se sostuviera que se lograría en 2010. La alta prioridad política del SP se expresa en un ritmo acelerado de afiliación pero no se han ampliado simultáneamente los recursos físicos y humanos necesarios para proporcionar los servicios supuestamente amparados.

Hay un aumento sustancial en el presupuesto dedicado al SP pero existen dos interrogantes importantes en el rubro presupuestal. Por un lado, es cuestionable que los nuevos recursos sean suficientes para solventar el costo del CAUSES y existen indicios de un subejercicio sistemático. Por otro lado, el incremento presupuestal del SP no se acompaña de un aumento igual en el gasto público total de salud lo que sugiere una redistribución de recursos entre éste y los institutos de seguro social.

---

2 Se consideran un gasto de bolsillo "catastrófico" cuando supera el 40% de la capacidad de pago del hogar, definida como el ingreso total del hogar menos el nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia (Perticara, 2008). Debe señalarse que este monto es ínfimo o nulo para los más pobres.

Inicialmente la afiliación al SP se legisló como un derecho de todo mexicano (Ley General de Salud, 2004; Artículo 71 bis 1) sin seguro social laboral, independientemente de su condición económica. Sin embargo, a partir de 2007 su concepción es más ambigua y se presenta frecuentemente como una política de combate a la pobreza o focalizada en la población vulnerable.

Las preguntas específicas que se esclarecen en esta investigación son:

1. ¿Es posible lograr la afiliación universal de la población sin seguro social al SP dado su carácter voluntario?
2. ¿Cuáles son las características socioeconómicas de las familias afiliadas?
3. ¿Garantiza la afiliación al SP el acceso a los servicios de salud requeridos en vista de las restricciones de la cobertura médica de éste?
4. ¿Reduce la afiliación al SP el gasto de bolsillo e impide el empobrecimiento de las familias por el gasto catastrófico de salud?
5. ¿Es el monto *per cápita* del SP suficiente para costear los servicios del CAUSES?
6. ¿Cuál ha sido el incremento real del presupuesto público total en salud desde la instrumentación del SP y cómo se distribuye entre las instituciones públicas de salud?

Los resultados de esta investigación contribuyen a un conocimiento más preciso sobre el Sistema Nacional de Protección Social en Salud mexicano que puede permitir articular el trabajo académico con los procesos de discusión y toma de decisiones sobre la política de salud.

En el texto se hace inicialmente una exposición del estado del conocimiento que está dividido en dos incisos. El primero aborda los temas de la relación pobreza-salud (II.1) y las experiencias latinoamericanas del "aseguramiento universal". El segundo (II.2) está dedicado al caso mexicano, que abarca las características del sistema de salud y el proceso de reforma por el cual ha transitado desde 1995.

La segunda parte expone los conceptos medulares de la investigación y una descripción del marco metodológico-técnico utilizado en la investigación empírica que se amplía en el Anexo Metodológico (ANEXO I).

La tercera parte presenta los resultados de la investigación. En particular, se analizan los datos procesados de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) y se comparan con los

datos oficiales presentados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (IV.1). Asimismo se analizan la cobertura y acceso a los servicios de salud del SNPSS (IV.2) y su financiamiento (IV.3). Para tener una visión de conjunto del sistema de salud se analiza posteriormente la pugna distributiva entre el SNPSS y los institutos de seguro social (IV. 4), particularmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y la nueva dinámica del sistema público de salud (IV.5).

Los resultados de este análisis permiten responder las preguntas de la investigación y verificar las hipótesis planteadas. Proporciona, además, elementos para juzgar la conveniencia o no de utilizar el Seguro Popular como un modelo a seguir en otros países de América Latina en vista de las limitaciones encontradas en su instrumentación.

II

ESTADO DEL CONOCIMIENTO

EN ESTE APARTADO SE INCLUYEN DOS TEMÁTICAS. Se hace primero una revisión general de la literatura sobre los determinantes sociales, pobreza y salud así como de las reformas sociales del Estado en cuyo marco se inscriben las dos reformas de salud. Se hace un énfasis en la segunda reforma que es el "aseguramiento universal en salud". Posteriormente se analiza la conformación del sistema de salud mexicano y las reformas que se han instrumentado, resaltando la etapa correspondiente a la introducción del SNPSS y su brazo operativo el Seguro Popular.

II. 1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y POBREZA

Durante las últimas décadas el discurso dominante sobre salud ha transitado de la concepción de esta como un derecho social y humano a otra que pone en el centro la equidad en salud. Esto se traduce en un enfoque centrado en la salud en su relación con la pobreza en dos vertientes: la pobreza como determinante del exceso de morbimortalidad y la pobreza como una causa del empobrecimiento.

Desde finales del siglo XIX se ha demostrado que hay una relación directa entre las condiciones de vida y trabajo y la enfermedad y la muerte (Rosen, 1972). Existe un gran volumen de estudios que muestran esta relación tanto en los países periféricos como en los cen-

trales. En América Latina la llamada epidemiología crítica empezó a trabajar esta temática en los años setenta del siglo pasado con una nueva conceptualización –la determinación social del proceso salud-enfermedad– y con estudios empíricos (cfr. Breilh, 1979; Laurell, 1989; Breilh, Franco, Laurell y Nunes, 1991).

Sin embargo no es hasta que las políticas neoliberales empiezan a imponerse en los países centrales, con la destrucción del empleo formal, la depresión del salario y la introducción de las reformas mercantilizadoras en los sistemas de salud, que comienza a haber un interés extenso en esta problemática en los países centrales (cfr. Navarro, 2002; Krieger, 2011). En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) integra la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de alto nivel en 2005. Dicha comisión trabajó durante tres años e hizo un amplísimo informe con la ayuda de trece redes de conocimiento integrados por expertos, países asociados y una red de organizaciones civiles (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

El informe de la Comisión es una revisión exhaustiva del conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud ya que se analizaron, extensamente, la literatura académica, experiencias de gobierno y estudios de casos exitosos o fallidos. Empieza su resumen diciendo:

> La justicia social es cuestión de vida y muerte […] Las desigualdades evitables de salud surgen a causa de las circunstancias en las cuales la gente crece, vive, trabaja, envejece y del sistema construido para enfrentar la enfermedad. Las condiciones en las cuales la gente vive y muere están, a su vez, creadas por las fuerzas políticas, sociales y económicas.

Al final el informe hace tres recomendaciones generales que son: "mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos y; medir y conocer mejor las inequidades sanitarias".

La Comisión demuestra en su informe que la desigualdad se da entre los países pero en todos los países los problemas de salud tienden a converger con un peso creciente de las enfermedades no transmisibles que representaban el 63% de las defunciones mundiales en 2008 (WHO, 2011). También encuentra que las desigualdades en salud se dan dentro de los países. Así no hay solo una diferencia entre los países más pobres y los más ricos, sino que se trata de una gradiente social basada en las condiciones socioeconómicas y en las características de los sistemas de salud. Constata que:

> [...] el acceso a los servicios de salud, a la escuela y a la educación; las condiciones de trabajo y de recreación; la situación de la vivienda, las comunidades o ciudades determinan las posibilidades de tener una vida de florecimiento humano. [...] La distribución desigual de las situaciones que perjudican a la salud no es en ningún sentido un fenómeno "natural". Es el resultado de una combinación "tóxica" de políticas y programas sociales malos, arreglos económicos injustos y prácticas políticas malas.

En esta línea de pensamiento es importante mencionar el análisis las investigaciones de Wilkinson y Pickett que sugieren que a mayor desigualdad en la distribución de la riqueza en un país los problemas de salud típicos de los pobres incrementan (Wilkinson y Pickett, 2010). Significativamente, los países desarrollados analizados en estas investigaciones se agrupan en tres grandes bloques que corresponden aproximadamente, a tres distintos tipos de Estados de bienestar que se distinguen por el grado de desmercantilización-mercantilización y por la cobertura y calidad de los beneficios y servicios sociales públicos (Esping-Andersen, 1990).

Estos planteamientos contrastan con la "sabiduría convencional" dominante que solo se centra en la relación entre pobreza y salud dejando a un lado las determinantes socioeconómicas y políticas de la salud. En general la literatura de "combate a la pobreza" versa sobre las enfermedades de la pobreza, entendidas como las nutricionales y contagiosas, y el empobrecimiento causado por la enfermedad.

Una expresión nítida de este pensamiento de la nueva economía de la salud positivista, basada en "métricas" sofisticadas, es el documento producido por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS (Comission on Macroeconomics and Health, 2001). Significativamente, este solo se ocupa de los países pobres y de los pobres en los países de desarrollo medio, grupo al cual pertenece la mayoría de los países latinoamericanos. Su argumento básico es que invertir en salud tiene un rendimiento alto para el desarrollo y para las familias pobres.

Expone de esta manera, respetando los planteamientos de la economía neoclásica, las vías a través de las cuales se puede mejorar la situación económica de los países y de las familias con mediciones que demostrarían, por una parte, que los países pierden mucho dinero por la mala salud o la muerte prematura de sus habitantes. Por la otra, deduce que las familias pueden caer en la pobreza por la enfermedad de alguno de sus miembros debido al gasto que implica su endeudamiento y/o la venta de sus activos; situación que incluso puede tener un impacto intergeneracional (Comission on Macroeconomics and Health, 2001: 30-40).

El informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud ha guiado la actuación de la Nueva Filantropía, por ejemplo la Fundación Bill y Melinda Gates, que se concentra en acciones verticales de combate al VIH/SIDA, TB, Malaria y a la mortalidad infantil y materna. Durante los últimos años este planteamiento ha sido muy criticado por sus efectos negativos sobre los sistemas nacionales de salud y, recientemente, se ha logrado que una parte de estos fondos se dirijan a fortalecerlos (Gilson *et al*., 2007: Recomendation 8).

Los programas focalizados de transferencia de dinero a la población en extrema pobreza, como el programa mexicano Oportunidades prescriben, con frecuencia, conductas de salud que son de cumplimiento obligatorio para los beneficiarios (Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2012). Generalmente tienen un enfoque de promoción y preventivo que exige a los beneficiarios su asistencia a plática sobre salud y exámenes médicos anuales. El planteamiento es que estas conductas contribuyen a romper el ciclo intergeneracional de la pobreza (Reglas de operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2009); cuestión que sin embargo requiere de un largo periodo de evaluación que todavía no se cumple, por lo que es prematuro afirmar que es el caso.

II. 2 LAS REFORMAS SOCIALES DEL ESTADO

Los sistemas públicos de salud en América Latina se encuentran entre las instituciones damnificadas de la llamada década perdida. Ciertamente, durante el periodo desarrollista no se había logrado mejorar sustancialmente las condiciones de salud de toda la población o disminuido la desigualdad ante la enfermedad y la muerte (Possas, 1989). Tampoco se había logrado, con algunas excepciones como Cuba, construir instituciones públicas de salud que garantizaban el acceso universal a los servicios requeridos. La apuesta en la mayoría de los países era ampliar la cobertura de la seguridad social laboral, pública o cuasi-pública[1], con la premisa de que la relación social dominante pronto sería la relación salarial como en los países desarrollados. Sin embargo, un valor social que nadie cuestionaba era que el derecho a la salud constituía un derecho social e individual básico y universal.

El panorama cambió radicalmente con las crisis sucesivas y los ajustes estructurales en los años ochenta. El creciente desempleo, el empleo precario y la depresión tajante de los salarios minaron las bases mismas de las instituciones de seguro social e hicieron crecer

1 Por cuasi-público se entiende el seguro social laboral obligatorio pero operado por instituciones no estatales, como por ejemplo los sindicatos o las obras sociales.

aceleradamente la población sin acceso a sus servicios de salud. Simultáneamente, se recortó drásticamente el gasto social incluyendo al gasto en salud.

En este trance se profundizaron los problemas estructurales de los sistemas de salud que son el pretexto o motivo de las reformas posteriores. Estos problemas se pueden resumir de la siguiente manera: son sistemas desfinanciados, fragmentados y segmentados con una fortaleza relativa del seguro social frente a ministerios de salud débiles con una capacidad regulatoria deficiente; tienen carencias de recursos físicos y humanos, que además están mal distribuidos geográfica y socialmente y; con un sector privado en aumento que creció en los intersticios del dañado tejido público de salud y con diversos subsidios públicos. Las innegables deficiencias de los servicios públicos han sido el sustrato real, ideológicamente aprovechado, para impulsar las reformas.

Aunque las reformas mercantilizadoras y privatizadoras sean hegemónicas en América Latina no son las únicas. Un conjunto de países han optado por reformas progresistas con la constitución de sistemas o servicios únicos de salud de acceso universal y gratuito, entre los que se destaca Brasil. Ambos tipos de reformas están en proceso, lo que permite analizar sus trayectorias e impactos.

Este apartado se organiza de la siguiente manera. El primer inciso es una revisión de las dos reformas sociales del Estado que es el contexto de la primera y segunda reforma de salud; revisión que resaltan los planteamientos de los organismos supranacionales por el papel que juegan. El segundo inciso está dedicado a las reformas hegemónicas de salud, o sea las reformas neoclásicas-neoliberales. En el tercer inciso se hace un examen sucinto de algunas experiencias nacionales enfatizando sus diferencias, semejanzas y resultados.

La reforma del Estado –en sus vertientes económica, política y social– puede conceptualizase como el nuevo arreglo institucional estatal que corresponde a la reorganización integral de la sociedad regida por la expansión global de la economía de libre mercado. La reforma del Estado tiene como propósito fundamental reducir la acción estatal en distintos ámbitos para liberar las fuerzas del mercado sin que ello ponga en entredicho el nuevo orden social. Dicho de otro modo, debe impulsar el nuevo patrón de acumulación capitalista sin menoscabo del papel de legitimación del Estado (Offe, 2007); tarea llena de contradicciones que se reflejan en los vaivenes de esta reforma.

Las transformaciones del ámbito de la salud se explican por su importancia en cuanto actividad económica y por ser un sector donde, en la mayoría de las naciones, el Estado es concebido como el organizador de la satisfacción de las necesidades de salud de la población

y como el responsable de realizar el derecho universal a la salud, uno de los valores sociales más arraigados. El análisis de las reformas dominantes en salud puede enfocarse con una perspectiva económica pero en este texto se abordan desde el ángulo de la reforma social del Estado que, a mi parecer, resalta sus contradicciones.

II. 2.1 LA PRIMERA REFORMA SOCIAL DEL ESTADO

La reforma social del Estado en América Latina se ha dado en dos fases consecutivas. La primera corresponde a la política social del "ajuste y cambio estructural" de inspiración económica neoclásica e ideológica neoliberal. Se instrumentó en los años ochenta y una parte de los noventa. En esta fase se transitó de un Estado social incompleto con fuertes rasgos corporativos a un Estado mínimo neoliberal. El Estado mínimo se distingue por carecer de políticas públicas de empleo y de protección al ingreso que ambos se someten al libre juego de las fuerzas del mercado mediante la llamada reforma laboral; reforma que destruye la contratación colectiva y los sindicatos y legaliza la flexibilización del trabajo y la tercerización de la producción de bienes y servicios. En la otra dimensión de la política social –la producción y acceso a los bienes y servicios sociales– se lleva al extremo la promoción de la producción y administración privada de estos servicios y beneficios sociales. Esto requiere de la reducción de los servicios y beneficios sociales públicos bajo el esquema de "combate a la pobreza" focalizado. Así, la nueva política social solo encomienda al Estado hacerse cargo de (Laurell, 1992; Navarro, 1997; Tavares Ribeiro, 1999):

1. Aquellos que fracasan en insertarse en el mercado (los pobres) y;
2. los redefinidos "bienes públicos" y los bienes con grandes "externalidades" (Banco Mundial, 1993).

Se configura de esta manera una política social mínima que incrementa la discrecionalidad y endurece los requisitos de inclusión (comprobación de la pobreza) en los programas de asistencia social. Se adscribe, además, un papel importante a los actores no gubernamentales y a las propias comunidades en la prestación e incluso financiamiento de los servicios. Existe un consenso amplio de que esta primera fase de la reforma social del Estado no logró los éxitos pregonados por sus promotores en el terreno social, pero tuvo algunas consecuencia importantes (cfr. Tavares Ribeiro, 1999; Alonso y Brachet, 2007).

1. Construyó un discurso antiestatista, promercado e individualista que se difundió sistemáticamente en todos los ámbitos hasta convertirse en el discurso hegemónico;
2. impuso una nueva visión de qué calificar como factible y viable en la política social;
3. debilitó o destruyó el tejido institucional público, hecho que dificulta la reconstrucción de una política social con sostén en la institución pública y;
4. legitimó el uso del Estado para su propio debilitamiento.

II. 2.2 LA SEGUNDA REFORMA SOCIAL DEL ESTADO

Los escasos resultados de la nueva política social, la súbita redistribución regresiva del ingreso y el alarmante crecimiento de los sectores pobres llevaron al Banco Mundial (BM) (cfr. Banco Mundial, 1997; Banco Mundial, 1998; González y Munar, 2003) y el BID (Banco Interamericano del Desarrollo, 2003) a plantear una Segunda Reforma o "modernización" del Estado que reconoce su papel regulador y enfatiza especialmente los aspectos de gobernabilidad. Esta reforma pretende lograr una acción estatal más eficiente y eficaz que podría lograrse reuniendo las siguientes condiciones: guiarse por una misión; orientarse por resultados y evaluarlos; tener una orientación empresarial; tener capacidad de anticipación; estar descentralizado; orientarse hacia el mercado; servir al "cliente"; cumplir un papel "catalítico"; e incrementar la cohesión social (Ozslak, 1999).

Con la segunda reforma social el Banco Mundial propuso modificar la estrategia de protección social para transitar a la gerencia del riesgo social –inspirada en la nueva gerencia pública (Fleury, 2003)– y de la noción de "pobreza" a la de "vulnerabilidad"(Cfr. Holzmann y Jorgensen, 1999; Holzmann, Sherburne-Benz y Tesliuc, 2003). En esta estrategia se debe involucrar a todos los actores interesados en una temática: individuos, familias, comunidades, ONG, empresarios, trabajadores, gobiernos subnacionales y al Estado; y destacar el "diálogo social" entre ellos. Se pone énfasis en las políticas intersectoriales y sus áreas prioritarias son el mercado de trabajo, el empleo, la asistencia social a los pobres y las pensiones.

Sin embargo, los distintos textos advierten que la mezcla de políticas (económica, social y laboral) no debe infringir los cánones de la "nueva economía", o sea, el mercado como principio organizador de la sociedad, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa; o causar una competencia desleal del Estado con el sector privado. Solo se analiza lo social en relación a la trampa de la pobreza y el capital humano. Debe subrayarse que el

BID es más ortodoxamente neoliberal que el Banco Mundial en su documento de estrategia de modernización del Estado (Banco Interamericano de Desarrollo, 2003). Repite esta posición en un documento más reciente, donde vuelve a recomendar las políticas del Estado mínimo y el aprovechamiento la nueva crisis como oportunidad de avanzar las llamadas reformas estructurales (Banco Interamericano de Desarrollo, 2009).

La creencia de que la segunda reforma del Estado reconoce un papel importante al Estado, particularmente en el ámbito social, no se sostiene con el análisis de estos documentos. Más bien se trata de un intento de recuperar la legitimidad perdida, incrementar la cohesión social y frenar la corrupción más flagrante.

II. 3 LAS REFORMAS DE SALUD HEGEMÓNICAS

Al igual que en las reformas sociales se distinguen dos etapas en las reformas latinoamericanas de salud, aunque no necesariamente se hayan dado secuencialmente. La primera reforma es la que se inauguró con el célebre documento *Invertir en Salud* (Banco Mundial, 1993). La segunda es la del "aseguramiento universal", hoy en boga. Algunos países se adelantaron con sus reformas, por ejemplo Chile bajo la dictadura militar de Pinochet, y otros están apenas transitando al esquema del aseguramiento universal, por ejemplo México. Conviene advertir que las reformas de salud son mucho menos uniformes que las de pensiones, ya que se instrumentan sobre el tejido sanitario existente que expresa la historia institucional de cada país. Así, Mesa-Lago encontró que existen diez modelos distintos de reforma en América Latina. Por ello es necesario ir más allá de los modelos estructurales y administrativos y desentrañar su lógica conceptual (Mesa-Lago, 2005).

II. 3.1 LA PRIMERA REFORMA DE SALUD

La primera reforma está ligada 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. Como encargado de las políticas de desarrollo le tocó al Banco Mundial instrumentar la reforma de salud sobre las premisas de la economía neoclásica. Para entonces el impacto del recorte del gasto social sobre los servicios públicos de seguridad social y de los ministerios abrió terreno a un nuevo discurso que cuestionó la vigencia del derecho a la salud como responsabilidad del Estado. Así se caracterizaban a los servicios públicos como inequitativos, injustos, ineficiente, burocráticos y autoritarios. De acuerdo con las premisas neoliberales la solución de estos problemas sería redefinir el papel del Estado y de los privados en el ámbito de salud (Banco Mundial, 1993).

Solo le correspondería al Estado producir los bienes públicos[2], en la definición de la economía neoclásica, y los bienes privados con grandes externalidades. Debería, además, asumir la regulación y proporcionar información a los consumidores de los servicios, ambas medidas para corregir las muy conocidas fallas del mercado en la producción competitiva de estos servicios. La tercera tarea del gobierno (Estado) sería hacerse cargo de acciones costo-efectivas mínimas dirigidas a aquellos que fracasasen en conseguir los bienes de salud en el mercado, o sea los muy pobres. Para ello deberían definirse un Paquete Servicios Esenciales costo-efectivos pero sin trastocar el mercado y la competencia.

En este esquema los "privados" se entienden como el individuo o la familia, el llamado tercer sector y los empresarios con fines de lucro. El individuo y la familia, especialmente las mujeres, se destacan como los principales responsables de la salud. Deben adoptar medidas de promoción y prevención y, sobre todo, adoptar estilos de vida saludables. Las organizaciones no lucrativas o el tercer sector sustituirían a las instituciones públicas en las acciones de salud de baja complejidad, particularmente para los pobres, ya que son consideradas más eficientes y eficaces y menos burocráticas. Los empresarios con fines de lucro deberían producir los servicios clínicos "discrecionales", o sea los servicios excluidos del Paquete de Servicios Esenciales.

Inicialmente, el documento *Invertir en Salud* causó entusiasmo porque reunió muchos discursos diferentes sobre salud y puso un énfasis importante en la promoción y prevención, y en la participación de la sociedad civil, temas largamente reclamados por los sanitaristas progresistas. Sin embargo, su proyecto articulador o su agenda oculta es construir el mercado de salud. Para ello es necesario separar las funciones de regulación o modulación, de la administración de fondos/compra de servicios y de la prestación de servicios. En la redistribución de quehaceres le toca al Estado el papel regulador y de subsidiar a los pobres mientras que a las empresas les toca prestar los servicios clínicos o "discrecionales" compitiendo entre sí por los pacientes. Se perfila además la tarea de administración de fondos/compra de servicios ya que es necesario crear fondos de salud para que la demanda sea efectiva, o sea, respaldada con dinero.

La primera reforma de salud cambió la racionalidad de los sistemas de salud que transitaron de una lógica de satisfacción de nece-

2 La economía neoclásica entiende por "bienes públicos" a aquellos que se caracterizan por su no exclusividad (no se puede excluir a nadie de su uso) y no rivalidad (el uso de uno no impide el uso de otros). Los "bienes privados" son aquellos que son "consumidos" por los individuos, por ejemplo: la atención médica.

sidades a otra de mercado (Laurell y López, 1996). En resumen, sus resultados fueron:

1. El posicionamiento de un nuevo discurso de salud, incluyendo una redefinición de qué calificar como factible y viable;
2. la apertura de un nuevo ámbito de ganancias privadas;
3. la rearticulación del sistema de salud en su conjunto bajo una lógica mercantil;
4. la desarticulación de los servicios públicos con el resultado del debilitamiento de la salud pública y la salud colectiva;
5. la reducción de la responsabilidad social del Estado;
6. la redefinición de los conceptos de universalidad y equidad al tiempo que suprime el derecho a la salud como valor y objetivo a alcanzar.

II. 3.2 LA SEGUNDA REFORMA DE SALUD

El restringido acceso a los servicios para la mayoría de la población y su creciente deterioro junto con la introducción de programas estrictamente focalizados para distintos grupos vulnerables, por un lado, y la falta de una demanda respaldada con fondos de salud, por el otro, llevaron a la segunda reforma de salud. Su piedra angular es el aseguramiento universal. El énfasis en el (los) seguro(s) de salud resalta el financiamiento de los servicios como el tema clave en vez de formular soluciones a los múltiples obstáculos al acceso universal a los servicios requeridos o a los problemas estructurales de los sistemas públicos de salud.

Varios países de América Latina desarrollaron políticas de salud basadas en el aseguramiento antes de que se lanzara la segunda reforma de salud, como Chile en 1981 y Colombia en 1993. Sin embargo, es al inicio del presente siglo que el aseguramiento se generaliza como propuesta y modelo dominantes. Vale preguntarse sobre las razones por las cuales el aseguramiento adquiere tanto peso. La más importante es que permite constituir formalmente los 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. Para esto es preciso liberar en el mercado los fondos de salud del seguro social público o cuasi-público ya existentes en la mayoría de los países, que son los más cuantiosos, y adicionalmente destinar fondos públicos para subsidiar a los pobres.

No es casual que en Chile y en Colombia el aseguramiento obligatorio se presentó como una reforma a la seguridad social que simultá-

neamente incluyó la privatización de la administración y el control de los fondos de pensiones (Tetelboin, 2003; Hernández, 2003). Empero, no es suficiente con la captura solo de los fondos públicos del seguro social de salud en vista de que una parte importante de la población no pertenece a este y/o no tiene los recursos económicos para el pago de una prima de seguro. Es entonces necesario justificar el uso de recursos fiscales para subsidiar los seguros e incrementar los fondos de salud. De allí surge la importancia del aseguramiento universal que, aparte de su fuerza ideológica, permite argumentar la necesidad de subsidiar el seguro de los pobres en nombre de la justicia social.

Otra vertiente explicativa de la opción por el aseguramiento universal es que, en rigor, solo promete proporcionar un seguro de salud a toda la población sin precisar los servicios que ampara. Resulta revelador que documentos recientes encargados por el FMI y el Banco Mundial endosan el aseguramiento universal a condición de que se defina un Paquete de Servicios que garantice su sustentabilidad financiera (Gottret y Schieber, 2006; Tsounta, 2009). El documento del FMI propone que el financiamiento de la "atención universal a la salud" se haga, preferentemente, con recursos fiscales pero con copagos y coseguros. El documento del Banco Mundial realiza una revisión de los resultados de las políticas propuestas en *Invertir en Salud* y concluye que no hay evidencias robustas respecto a qué arreglo institucional de financiamiento y prestación de servicios es el mejor. Cierra con los planteamientos de la modernización del Estado sobre la necesidad de lograr una mejor regulación, eficiencia y mayor cohesión social en la política de salud.

La OMS, por su parte, aprobó en 2005 una resolución sobre "Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad" (Organización Mundial de la Salud, 2005a). El documento técnico de apoyo a esta resolución define la cobertura universal como el acceso a una adecuada atención de promoción, preventiva, curativa y de rehabilitación para todas las personas pero añade que el acceso sería a "un costo asequible" y a un "paquete de prestaciones" (Organización Mundial de la Salud, 2005b). Su análisis y propuestas se organizan en tres ejes que son: la recolección de fondos, la administración de fondos y la compra de servicios, o sea, los ejes del esquema de compra-venta de servicios (*payer-provider split*) o la competencia administrada (Enthoven, 1988).

Aparentemente la OMS corrige estos planteamientos al criticar las políticas neoliberales y relanzar la Atención Primaria en Salud en su informe de 2008 (OMS, 2008). Propone una nueva generación de reformas que corresponden a la Segunda Reforma del Estado en salud. Sin embargo con la "amplitud" de cobertura universal se refiere

al aseguramiento, con su "profundidad" a la cobertura de servicios o a Paquetes de Prestaciones y con su "altura" a la distribución del costo del servicio entre la persona atendida y el prepago (contributivo, fiscal o privado). Se presupone además que hay múltiples prestadores. El Informe de 2010 sobre el Financiamiento de la Cobertura Universal sigue el mismo camino y se suma a las organizaciones supranacionales con un enfoque económico-financiero de salud (OMS, 2010).

II. 3.3 EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL REALMENTE EXISTENTE

El modelo de aseguramiento universal se ha implantado bajo distintas modalidades dependiendo de la conformación anterior del sistema de salud y de la correlación de fuerzas políticas. En Chile, el seguro de salud es obligatorio y su arreglo institucional consiste en dos sistemas paralelos de administración y prestación de servicios: el público y el privado. En Colombia el seguro también es obligatorio, pero es un sistema de libre competencia entre administradores y prestadores, públicos y privados.

II. 3.3.1 El caso chileno

El modelo chileno de reforma neoliberal fue pionero no solo en América Latina sino en el mundo a tal grado que influenció, por ejemplo, a Margaret Thatcher en sus intentos por desmontar el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. El proyecto de reforma chileno tenía por lo menos dos intenciones, que eran debilitar el importante y simbólico Servicio Nacional de Salud y favorecer la entrada del sector privado en la administración de los fondos de salud y en la prestación de servicios. En 1981 se estableció la obligatoriedad del seguro de salud cuya prima es como mínimo 7% del ingreso de la persona asegurada y pagada por ella mientras que los patrones no contribuyen. Simultáneamente, se constituyeron dos sistemas paralelos de administradores de fondos de salud, el privado con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y el público –el Fondo Nacional de Salud (FONASA)–, con sus respectivos prestadores de servicios (Tetelboin, 2003). Los asegurados tienen libertad de elegir a que sistema afiliarse. Inicialmente las ISAPRE también tenían libertad de seleccionar a sus asegurados y a vender paquetes de servicios en equivalencia al pago, o sea podían ser mínimos; condiciones que actualmente están más reguladas. Los resultados más importantes de esta organización institucional fueron (Vergara, 2005; Unger *et al.*, 2008):

1. El crecimiento acelerado de un sector privado asegurador y prestador muy rentable, con prácticas extendidas de selección

adversa[3] y concentrador de un porcentaje desproporcionado del gasto en salud;

2. varios subsidios cruzados favorables al sector privado;
3. el debilitamiento y desfinanciamiento del sector público encargado de la mayoría de la población y de los más enfermos, expulsados por los seguros privados;
4. el desfinanciamiento de las acciones de salud pública y de los prestadores públicos.

Al inicio del siglo XXI, los dos gobiernos progresistas, introdujeron una serie de cambios en el sistema de salud encaminados a regular y fiscalizar a las ISAPRE y a fortalecer el sistema público, incrementando su presupuesto y sus recursos físicos y humanos. Sin embargo, no se intentó eliminar su estructura dual y se mantuvo como arreglo organizacional al aseguramiento con derechos diversificados según el asegurador, el monto de la prima o el subsidio y; los copagos por servicios y medicamentos.

Se destaca el gobierno de Bachelet, que formuló una política de "protección social" en salud entendida como la "equidad y oportunidad en el acceso; calidad y eficiencia en el uso de los recursos; y participación-cohesión social". En esta política, el Estado tiene la responsabilidad de alcanzar la cobertura universal mediante la regulación y los subsidios; de regular las práctica y contenidos de los planes de los seguros y; de fortalecer la salud pública (FONASA, 2007). La presencia de la doctrina de la segunda reforma del Estado y de la "competencia administrada" salta la vista.

El Plan AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud) es la innovación más conocida (Laurell y Herrera, 2010). El propósito del AUGE es garantizar universalmente el acceso en plazos perentorios a la atención integral de determinados problemas de salud[4], planteamiento que difiere de los paquetes de intervenciones específicas que tienden a fracturar los procesos de atención. El AUGE es obligatorio tanto para las ISAPRE como para el FONASA. Sin embargo persiste una barrera económica ya que, con excepción de la atención primaria municipal, toda atención y medicamentos causan un copago establecido sobre la base de las condiciones socioeconómicas de la persona, la modalidad del seguro y la institución tratante. Esto ex-

3 Por selección adversa se entiende la exclusión de personas de alto riesgo de enfermarse, sea por edad, por factores de riesgo o enfermedad.

4 Las 56 patologías GES dan cuenta del 75% de la carga de enfermedad y el 50% de las hospitalizaciones, según el Ministerio de Salud.

presa que sigue habiendo un gasto de bolsillo considerable, un 30% del gasto total en salud. La disparidad entre la población cubierta y el presupuesto disponible sigue siendo sustancial, ya que el gasto *per cápita* es 2,2 veces mayor en las ISAPRE que en el FONASA.

El caso chileno permite sacar algunas conclusiones. A pesar de treinta años de aseguramiento obligatorio, uno de cada diez chilenos carece de él. La cobertura médica ha incrementado con el AUGE pero persiste el obstáculo económico al acceso. La política de impulso al sector público y la prioridad dada a salud han sido cruciales para este avance. No obstante, la permanencia de las ISAPRE y el modelo de libre elección de administrador de fondos/prestador de servicio impone una lógica mercantil al sistema de salud en su conjunto. La razón es que este arreglo institucional generó fuertes intereses económicos que difícilmente aceptarían un servicio público de salud único y que son adversarios de una regulación estatal fuerte.

El plan de salud presentado por el actual gobierno de derecha revierte los avances del sistema público y propone la profundización de la participación privada para que administre los hospitales público y la sustitución del FONASA por varios administradores públicos como en Colombia (Comisión Presidencial de Salud, 2010).

II. 3.3.2 El caso colombiano

La reforma de salud más cercana a la ortodoxia de la segunda reforma del Estado es la de Colombia, que tiene particular importancia para el caso mexicano al sustentarse básicamente en la misma concepción. La reforma colombiana intentó corregir las peores aberraciones de la reforma chilena pero en el fondo perseguía el mismo fin, es decir, abrir el mercado de salud a la empresa privada mediante la mercantilización y privatización con el modelo del pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997). La reforma ha sido exitosa en el establecimiento del mercado de salud y ha producido, particularmente, un poderoso sector administrador de los fondos de salud. Sin embargo la reforma es un fracaso analizada desde su capacidad de solucionar los problemas estructurales del sistema de salud, garantizar el derecho a la salud y el acceso oportuno a los servicios requeridos.

Los elementos principales de la Ley 100, aprobada en 1993, son (Hernández, 2003): un seguro de salud obligatorio con subsidios para los pobres incluidos en un padrón municipal con cupos limitados; el compromiso estatal de universalizar el seguro; la separación entre la regulación, la administración de fondos/compra de servicios y la provisión de servicios; la descentralización de los servicios públicos de salud y la autonomía de gestión de los hospitales públicos; el establecimiento de paquetes de servicios, diferenciados entre el seguro sub-

sidiado, el POS-Básico, y el seguro contributivo, el POS con copagos y cuotas moduladoras; libre competencia entre administradores públicos y privados por los fondos de salud y entre prestadores de servicios; libre elección de administrador y prestador por parte de los asegurados contributivos y; la compra-venta de servicios. El Estado solo regula el sistema, promueve la competencia y subsidia a los pobres.

Aparte de generar una maraña burocrática complejísima (Clavijo, 2008), los últimos estudios de la reforma colombiana demuestran que está lejos de cumplir sus promesas. Los problemas más sobresalientes son los que siguen (Torres, 2008). El seguro de salud no es universal a pesar de ser obligatorio. Ha generado una nueva estratificación del acceso a los servicios que ha disminuido desde 1997 (Zambrano, 2008) y ha llevado a decenas de miles de "tutelas" o amparos concedidos por la Corte Constitucional por la violación del derecho constitucional a la vida (Defensoría del Pueblo, 2009). Las aseguradoras privadas cobran una sobreprima y excluyen las personas de alto riesgo para garantizar sus ganancias. Decenas de hospitales públicos han quebrado y decenas de miles de trabajadores de salud han sido despedidos. A pesar de que haya un incremento importante del presupuesto de salud en 2% del PIB, la deuda estatal con los prestadores públicos es altísima. Por último, no ha llevado a un mejoramiento de las condiciones colectivas e individuales de salud. Por el contrario, ha inducido el resurgimiento de enfermedades antes bajo control, como el paludismo, y un declive en la cobertura de vacunación debido a la fragmentación del sistema de salud y el debilitamiento de las acciones articuladas de salud pública (Arbelaez *et al.*, 2004).

La impugnada *emergencia social*, declarada por el presidente Uribe en 2009 para cambiar la legislación de salud por decreto, no es otra cosa que una declaración de quiebra del Sistema General de Seguridad Social de Salud (cfr. Facultad Nacional de Salud Pública, 2009; Ardón *et al.*, 2010). La gran movilización de médicos, trabajadores de salud y organizaciones sociales y la declaración de inconstitucionalidad de la Corte Constitucional lograron detener esta legislación.

Sin embargo, los cambios legales propuestos por el actual gobierno con una cómoda mayoría en el parlamento incluyen el condicionamiento del derecho constitucional a la salud a la disponibilidad de los recursos fiscales (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2011). Prefigura un aseguramiento universal que incorpora todos las restricciones recomendadas por el Banco Mundial y el FMI: definición de un Paquete de servicios costo-efectivo; sustentabilidad financiera sobre la base de las prioridades presupuestales fijadas por el gobierno; subsidios a los muy pobres; el mantenimiento de la competencia y el impulso al mercado de salud; y el fortalecimiento del

mercado asegurador mediante seguros complementarios para cubrir los servicios excluidos del Paquete garantizado. Esto quiere decir que se cierra la tutela o amparo como mecanismo para acceder a los servicios requeridos; que se incrementa la inequidad con el nuevo obstáculo económico; que se profundiza la privatización; etcétera (Hernández y Torres, 2010).

II. 4 LA CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO Y SUS REFORMAS

Toda reforma de salud se implanta sobre el tejido institucional que se ha conformado históricamente. Es decir, se instrumenta a partir de las instituciones existentes y tiene que irlas transformando en función de su concepción y objetivos. El avance y modificaciones de este proceso dependen en gran medida de la fortaleza de las instituciones existentes y su significado histórico, político y social. Es por ello necesario exponer los rasgos básicos del sistema de salud mexicano y su proceso de reformas.

II.4.1 LA CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

El sistema mexicano de salud se compone de tres subsistemas: el dirigido a la llamada "población abierta"; el de seguro social laboral público; y el privado.

Los datos de cobertura de las distintas instituciones varían de una fuente a otra como se analizará en esta investigación. Para tener una primera idea respecto a la cobertura se presentan en el cuadro1 los datos del XIII Censo de Población y Vivienda (2010: Tabulados básicos). Estos datos no están ajustados por el doble o triple aseguramiento de un millón de personas o del 1% de la población, sino que los porcentajes están calculados sobre la población total.

Los dos datos más llamativos son, por una parte, que las personas sin un seguro de salud representan el 33,2% de la población total y, por el otro, que el Seguro Popular solo cubre al 23,9%. Estos datos discrepan de los reportados por la SSA como se analiza en el apartado IV.1 donde se comparan los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) y los datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). También es de señalar que los seguros privados, contratados individualmente o como prestación laboral, cubren aproximadamente el 2,8% de la población según esta fuente, mientras que los aseguradores reportan el 5,9%[5].

---

5 El 63,7% de estos asegurados (AMIS, 2010: 209 y 214) pertenece a seguros concedidos como prestación laboral lo que significa que se duplica el aseguramiento ya que es obligatorio inscribir a todos los trabajadores y sus familias en el seguro social público.

Cuadro 1

Cobertura institucional y condición de aseguramiento, 2010

Condición aseguramiento e institución	Personas*	Porcentaje del total*
Con seguro de salud	74.321.995	66,8
IMSS	35.211.846	31,6
ISSSTE**	7.360.614	6,6
Pemex, Defensa, Marina	1.130.977	1
Seguro Popular (SSA)	26.558.908	23,9
Otras instituciones***	2.037.783	1,8
Privado	3.107.316	2,8
Sin seguro de salud (SSA e IMSS Oportunidades)	36.961.419	33,2
Población total****	111.283.414	100

Fuente: XIII Censo de Población y Vivienda (2010).

* Los totales no representan la suma de personas y porcentajes por doble aseguramiento.
** ISSSTE federal y estatales.
*** Incluye servicios públicos y privados.

**** Excluye mal definidos o no respuesta.

El primer subsistema (ver cuadro 2), dirigido a la llamada "población abierta", tiene como prestadores de servicios a la SSA y los descentralizados Servicios Estatales de Salud (SES). En principio los servicios privados también pueden ser prestadores pero solo se han incorporado a pequeña escala. Está financiado con recursos fiscales[6], principalmente federales, y a partir de 2004 con los recursos del Seguro Popular (SP) derivados del recién creado Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS). Los recursos federales se transfieren sobre la base del número de afiliados. Adicionalmente, los estados deben, de acuerdo con la legislación, contribuir una cuota por cada familia afiliada, pero hasta 2010 podrían liquidarla comprobando gastos en salud ejercidos por ellos o por sus municipios. Por último, se supone que las familias de los deciles V a X hacen una aportación monetaria al SP correspondiente al 3 a 4% de sus ingresos. Las aportaciones estatales y familiares son irregulares o inexistentes, como se analizará en el inciso IV.3 dedicado al financiamiento del Seguro Popular.

Los servicios cubiertos por el SP corresponden a un paquete de servicios –Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)– y, en 2010, a cuatro padecimientos de gasto catastrófico para adultos, que

6 Los recursos de los SES provienen del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y cubren la plantilla de personal y los programas obligatorios de promoción y prevención.

incrementaron a 7 en 2012. Todos los demás servicios los paga el paciente al requerir de ellos. Dada la restringida cobertura médica del SNPSS es irrefutable que no se apega al mandato constitucional de garantizar a todos los mexicanos la protección de la salud (Artículo 4).

Cuadro 2
Características del Seguro Popular y del Seguro Social Laboral

Concepto	Seguro Popular	Seguro Social (IMSS)*
Criterios de inclusión	Voluntario No tener Seguro Social Laboral Solicitar inscripción Pagar cuota (prima) familiar Renovar anualmente inscripción y pago Haber nacido después del último cambio de gobierno federal (1-12-2006) en una familia sin seguro social laboral	Obligatorio Ser asalariado o familiar directo de asalariados menor de edad Ser pensionado del IMSS o familiar directo del pensionado menor de edad
Criterios de exclusión	No reinscribirse o no pagar la cuota familiar Adquirir Seguro Social Laboral Cláusula de exclusión definitiva	Perder el empleo antes de los 60 años o haber cotizado menos de 750 semanas Existe continuidad voluntaria del seguro
Beneficiarios	Titular y los miembros de su familia registrados	Asegurados y pensionados y sus familiares directos (derechohabientes)
Cupo de afiliados	14,3 % de las familias objetivo al año a partir de 2004 (“cobertura universal” en 2010 o 2011)	No tiene cupo de asegurados al ser obligatorio
Financiamiento	“Tripartita”: Estado federal-entidad federativa-familia. Prima familiar según el ingreso La Ley prevé cuota moderadora	Tripartita: patrón-trabajador-Estado. No existen copagos u otras cuotas aparte de la contribución sobre el salario
Beneficios garantizados	Paquete de servicios y medicamentos especificados en CAUSES y cuatro de Gastos Catastróficos, los incluidos en el Seguro Para una Nueva Generación y en Embarazo Saludable Todos los demás servicios los paga el paciente	*Servicios de Salud* Asistencia médico-quirúrgica y obstétrica, farmacéutica y hospitalaria necesaria Servicios de medicina preventiva y rehabilitación *Prestaciones en dinero* Subsidios de enfermedad y por maternidad para el asegurado
Prestador del servicio	Hospitales autónomos y centros de salud de los SES según la LGS. El Reglamento permite prestación interinstitucional y con prestadores privados vía convenios o acuerdos de gestión.	Directa en los servicios del IMSS Indirecta mediante convenio con instituciones prestadoras de servicios públicos o privados Servicios médicos propios del patrón (subrogado) con reversión de cuotas.

Fuente: elaboración propia con base en la Ley General de Salud y su Reglamento y la Ley del Seguro Social.

* Se pone al IMSS como ejemplo pero su esquema de cobertura médica y de cotización se comparte con el resto de los seguros sociales públicos.

Es importante señalar que la Ley General de Salud (LGS) obliga a la SSA/SES a prestar servicios a toda la población, independientemen-

te de su condición de aseguramiento, pero mediante el pago de una "cuota de recuperación" fijada con base a un estudio socioeconómico para aquellos que no pertenecen al SP.

El subsistema del seguro social público se compone principalmente de seis institutos. El más importante es el Instituto Mexicano del Seguro Social[7] (IMSS) seguido por el Instituto de Servicios Sociales y Salud de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), los ISSSTE estatales, el de Petróleos Mexicanos, el de la Secretaría de Defensa Nacional y el de la Secretaría de Marina así como de las universidades públicas, entre otras. Los seguros médicos o de salud de estos institutos tienen grandes semejanzas y las diferencias entre ellos se dan principalmente en las pensiones y otras prestaciones sociales.

Debe enfatizarse que los institutos públicos de seguro social prestan todos los servicios médicos con excepción de los que están explícitamente *excluidos*, por ejemplo la cirugía estética y algunos servicios odontológicos. Este procedimiento y el del SP defieren conceptualmente, pues solo cubre las intervenciones explícitamente *incluidas* que, como analizaremos en profundidad en el apartado IV.2, tiende a fragmentar la atención y dejar tramos enteros de la evolución de las enfermedades o las complicaciones sin atención.

Los prestadores de servicios son los institutos en instalaciones propias y con personal asalariada. Está permitida la subrogación o la compra de servicios privados pero en ninguno de los casos es importante, en particular en el caso del IMSS no sobrepasa el 5% del total de los asegurados. La cobertura médica es muy amplia y abarca a los asegurados, los pensionados y los familiares directos de ambos. Adicionalmente, están cubiertos los traslados a otras unidades médicas de los institutos y los servicios con otros prestadores. Los asegurados activos tienen además una compensación económica en caso de enfermedad o maternidad. El financiamiento de los seguros médicos es el contributivo tripartito tradicional con aportaciones de los patrones, los trabajadores y el Estado federal.

Los criterios de exclusión de los asegurados dependen directamente de su permanencia en el trabajo mientras que la afiliación al SP depende de la conducta de los beneficiarios, incluso, pueden ser excluidos definitivamente.

El subsistema privado es muy heterogéneo y abarca a los médicos en ejercicio libre de la profesión, las pequeñas clínicas precarias, las grandes empresas médicas, los consultorios de las farmacias, etcétera. Es importante señalar que, a diferencia de otros países latinoamerica-

7 El estatuto legal del IMSS es el de un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita y organismo fiscal autónomo.

nos, el llamado "tercer sector" –ONG, iglesias, etcétera– no desempeña un papel importante en la atención a la población, ni siquiera a la más pobre, con excepción de algunos estados pobres como Chiapas.

El financiamiento de este subsistema es el pago directo del paciente o de los seguros médicos privados que cubren el 2,8% según el Censo de Población y Vivienda (2010) o alrededor del 6% de la población según las aseguradoras (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, 2010: 209). Tanto el pago directo al prestador del servicio médico como los seguros médicos privados son deducibles en el pago de impuestos lo que significa un subsidio estatal cuyo monto es desconocido pero se estima en entre el 0,8 y 1% del PIB.

Por último es preciso subrayar que existen graves carencias de recursos físicos y humanos en el sistema de salud mexicano y que tienen una distribución geográfica extremadamente desigual. Por ejemplo, el número de camas es en promedio bajo, de 0,8 por mil habitantes, pero 10 estados tienen 0,5 o menos (Secretaría de Salud, 2009). Esto significa que faltan por lo menos 25 mil camas hospitalarias para alcanzar una por mil habitantes. En cuanto a los médicos hay en promedio 1,5 por cada mil habitantes pero cinco estados tienen uno o menos (Secretaría de Salud, 2009). Estas carencias impiden el acceso a la atención amparada, particularmente en los estados y zonas pobres. Apenas el 5% de los nuevos recursos proporcionados a los SES vía el SP se han invertido en infraestructura. La idea de que los prestadores privados podrían suplir las carencias es errónea ya que, al seguir criterios netamente lucrativos, tienen una distribución todavía más desigual.

II.4.2 CONCEPCIÓN, CONTENIDO Y ETAPAS DE LA REFORMA DE SALUD

La reforma de salud en México es un largo proceso que todavía no concluye. En rigor, empezó con el ajuste fiscal instrumentado en 1983 y siguió con el llamado cambio estructural (Laurell, 1991). La reforma se ha dado por etapas con la descentralización de los servicios de primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud a las 32 entidades federativas, concluida en 1997; la reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1995-97[8]; la reforma del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 2007; y la gradual introducción del seguro médico voluntario –el Seguro Popular– para la población sin seguro social laboral a partir de 2004 (Laurell, 2011).

A pesar de que se trata de reformas a los distintos componentes del segmentado sistema de salud podemos destacar que la(s) reforma(s) se ha estructurado sobre la misma base conceptual que es esencialmente la de la competencia regulada o administrada (*ma-*

8 La nueva Ley se aprobó en 1995 y entró en vigor en julio de 1997.

naged competition) de Enthoven en su variante criolla, el pluralismo estructurado (Enthoven, 1988; Londoño-Frenk, 1997). La reforma mexicana se distingue de otras reformas en América Latina, por ejemplo la chilena o la colombiana, en que se mantiene el sistema de salud segmentado y fragmentado pre reforma aunque se declare que llevará al aseguramiento universal con portabilidad de los seguros, incluyendo los privados, entre las instituciones del sistema de salud.

Como ya se señaló la reforma mexicana está inscrita en el ajuste y cambio estructural de signo neoclásico-neoliberal. El esquema básico es el modelo planteado en *Invertir en Salud* (Banco Mundial, 1993) pero con la legislación sobre el Sistema Nacional de Protección en Salud (SNPSS) se transitó a un ambiguo aseguramiento universal.

La variante de este planteamiento –el pluralismo estructurado– que ha orientado la reforma mexicana consiste en separar las funciones de regulación/modulación, de administración de fondos/compra de servicios y de prestación de los servicios. En este modelo le corresponde al Estado regular o modular el sistema de salud que incluye a todas las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud. Esta regulación se ejerce a través de la formulación de la política general de salud, la expedición de reglamentos y de la normatividad de carácter obligatorio para todas las instituciones, públicas y privadas. La responsabilidad de la seguridad sanitaria quedaría en manos del Ejecutivo federal por vía de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) como órgano desconcentrado de la SSA pero cuyo comisionado es nombrado directamente por el presidente.

La administración de los fondos de salud y la compra de servicios corresponderían a organismos autónomos, públicos y privados, que pueden asumir distintas formas. El documento base de la reforma del IMSS ya preveía la posibilidad de que los asegurados eligieran su administrador de fondos, y que pudiera ser un organismo dentro del propio IMSS o uno privado, para lo cual se hizo una legislación especial para las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) (World Bank, s/f; Laurell, 1998). En el SPSS la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y los Regímenes de Protección Social en Salud (REPSS) estatales cumplen esta función. La nueva Ley del ISSSTE de 2007 establece la autonomía de un organismo equivalente. La concepción básica de este esquema es transferir los recursos financieros de la oferta –a las instituciones públicas de salud– a la demanda, o sea a los beneficiarios para su pago a los prestadores de los servicios. Esto abriría la competencia por los recursos y el mercado, sea este interno[9] o externo.

9 Se entiende por el mercado interno las unidades con autonomía de gestión dentro de las propias instituciones públicas.

Los administradores de fondos comprarían los servicios para sus afiliados a los prestadores de servicios de salud fueran estos públicos o privados. Es decir, competirían entre ellos por los "clientes" o grupos de "clientes" y pactarían convenios con los administradores para el pago por capitación o por servicio prestado. Ambas formas de pago presuponen el costeo de los servicios para fijar su precio y el pago por capitación requiere, además, el establecimiento de un paquete de servicios.

Es un hecho que el proceso de separación de funciones ha sido lento en los institutos de seguro social al igual que la inclusión del sector privado. Sin embargo, todas las sucesivas etapas de la reforma la reiteran, lo que sugiere que es válido sostener que este modelo las oriente. Incluso, como se expondrá abajo, se está preparando una nueva etapa de la reforma en la cual se desarrollaría plenamente.

II.4.3 LAS REFORMAS DE LOS INSTITUTOS DE SEGURO SOCIAL

Respecto a la reforma del IMSS 1995-97 la investigación académica se ha concentrado principalmente en la reforma pensionaria, pero los cambios en el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) también fueron de largo alcance aunque no inmediatamente manifiestos (Laurell, 1997). Las dos modificaciones legales básicas fueron en el esquema de cotización y en la intensión de separar la administración del fondo de salud y la prestación de los servicios para implantar la competencia administrada.

Se introdujo, de esta manera, una cuota fija patronal de 13,5% del salario mínimo del DF (SMDF), que redunda en una cuota patronal promedia del 7,33% sobre el Salario Base de Cotización (SBC) en comparación con el 8,5% del SBC anterior. Se añadió una nueva cuota gubernamental del 13,95% del SMDF[10] lo que llevó la contribución estatal del 5% a un 30% de los ingresos totales del IMSS. Además se fijó arbitrariamente el 1,5% sobre el SBC para financiar el Seguro Médico de Pensionados (SMP).

El tránsito de la contribución proporcional al salario a la cuota fija disminuyó las contribuciones patronales en un 15%. Añadiendo la nueva aportación fiscal la disminución total es de un 7,5%. Además, el ajuste anual de la cuota fija, que se hace con base en el SMDF en vez del SBC, ha contribuido al desfinanciamiento ya que mientras el SMDF perdió 2% entre 1998 y 2010 el SBC subió en un 23%[11]. El nue-

10 Según datos del IMSS (Informe, 2010-2011) en 2010 fue de $8,60, lo que corresponde al 14,38% del SMDF.

11 Cálculos propios con base en la Ley del Seguro Social (1997) y el Informe de IMSS (2011a).

vo esquema de cotización, que se presentó como necesario para salvar el IMSS de la quiebra y darle viabilidad en el largo plazo, no resolvió los problemas financieras de SEM como se puede apreciar. La cuota fija perjudica además a las pequeñas y medianas empresas que pagan un 10,2 al 20,4% sobre su masa salarial mientras que la gran empresa paga del 2 al 4%.

Sin embargo, el principal déficit operativo y de inversión del IMSS obedece hoy a la insuficiencia del financiamiento del SMP, que ilógicamente no recibe la aportación de la cuota fija del gobierno federal, y a la obligación del instituto de mantener reservas actuariales. A ello se suma el hecho de que se carga al SEM el 90% del costo de las pensiones de los trabajadores del propio IMSS a pesar de que se ha incrementado la contribución de estos trabajadores a su pensión y equiparado el régimen pensionario de los trabajadores que ingresaron a partir de 2008 con el régimen de los asegurados del IMSS, o sea pertenecen al esquema de capitalización individual con administración privada. Cuando se ha hecho este tipo de cambios en otros institutos de seguro social, por ejemplo el ISSSTE o ISSSTE estatales, el gobierno ha asumido el costo de transición pero no lo ha hecho en el IMSS. El crónico desfinanciamiento del seguro médico se ha cargado sobre los servicios que en consecuencia han sufrido un prolongado deterioro.

El segundo eje de la reforma, que fracasó temporalmente, fue separar la administración del fondo de salud y la prestación de los servicios para introducir la competencia y el "subsidio a la demanda". Debe destacarse que el crédito otorgado por el Banco Mundial a México en 1995 tenía como una de sus "condicionalidades" la introducción en los institutos de seguro social de administradores privados de una parte de sus fondos de salud y de prestadores privados (Laurell, 1998).

La reforma del ISSSTE (Ley del Instituto de Servicios Sociales y Salud de los Trabajadores al Servicio del Estado, 2007) hace explícito este planteamiento ya que se establece un organismo separado dentro del instituto que tiene por función:

i. Hacer la evaluación financiera del seguro de salud;
ii. fijar su techo presupuestal en función de los ingresos;
iii. definir el paquete de servicios correspondiente a este techo; y
iv. transferir los recursos a los prestadores de los servicios, públicos y privados.

La legalización de la definición del paquete de servicios en función del techo presupuestal es particularmente relevante porque autoriza implícitamente la disminución de los servicios prestados en función

de éste. O sea, legalmente el ISSSTE podría suprimir tratamientos por su alto costo después de la aprobación de la ley.

Así, el arreglo institucional tanto en el IMSS como en el ISSSTE respecto a la administración del fondo de salud y la prestación de los servicios tienden hacia la competencia regulada o administrada con la inclusión del sector privado lucrativo.

II.4.4 EL SEGURO POPULAR: MARCO LEGAL E INSTRUMENTACIÓN

Con la llegada al gobierno del derechista Partido de Acción Nacional (PAN) se preparó una nueva reforma de salud dirigida a la población sin seguro social laboral. Fue presentada como una reforma financiera para incrementar los recursos canalizados a los servicios estatales de salud (SES) para que llegaran al 1% del PIB y disminuyeran los gastos catastróficos de las familias. Sería, además, la forma de lograr el aseguramiento universal en siete años (Frenk, 2006), o sea en 2010. La propuesta de modificación de la Ley General de Salud (LGS) presentada por el poder ejecutivo ante el Congreso se apegaba originalmente al modelo del pluralismo estructurado, pero fue cambiado por el poder legislativo.

El proceso de aprobación de la Ley se apoyó en dos elementos básicos. Por un lado el secretario de salud, Julio Frenk, logró un apoyo presidencial importante y por el otro cabildeó con los gobernadores prometiéndoles nuevos recursos financieros para sus desfinanciados SES. Este procedimiento marcó la reforma desde su inició y puso la pauta de una alta politización (Lakin, 2010). El Congreso reformuló la propuesta del Ejecutivo de modificaciones a la LGS (Ley General de Salud, 2004) excluyendo a los prestadores privados de servicios de salud para que pasara. Sin embargo, éstos fueron reintroducidos veladamente en el Reglamento de la Ley que no necesita la aprobación del Congreso (Reglamento de la Ley General de Salud, 2004: Artículo 13).

Igualmente, en la Ley modificada se ocultó la separación entre las funciones de administrar fondos, comprar servicios y de prestar servicios para que pareciera que los recursos nuevos irían directamente a los SES cuando en realidad se introdujo una nueva instancia financiadora estatal, autónoma o dependiente del gobernador, el Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) con un fuerte vínculo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Es decir, se quitó a los SES la decisión sobre los nuevos recursos que se encauzaron hacia la competencia con otros prestadores, públicos y privados (Laurell, 2007).

El esquema de financiamiento del SNPSS se presentó como si fuera equivalente al de la seguridad social. Así sería tripartita donde las tres partes son el estado federal, los gobiernos estatales y la familia. Se

equipara, efectivamente, la aportación del gobierno federal al SNPSS con la de los seguros obligatorias del seguro social laboral ya que proporciona una Cuota Social semejante, de entre el 13,9 y 15% (IMSS, 2011a: 232) del SMDF a todos los esquemas. El SNPSS recibe además una Aportación Solidaria Federal de 22,5% del SMDF. Sin embargo, parte de esta aportación se descuenta de la transferencia presupuestal federal regular vía el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y el gasto en salud de Oportunidades a los SES por lo que no necesariamente incrementa sus recursos ya que la instancia financiadora estatal, REPSS, tiende a reorientarlos al SP como se analiza en el inciso IV. 3. 1. Esto significa que, en cuanto avance la cobertura se canalizará toda la transferencia federal vía el REPSS, o sea, se transitará del subsidio a la oferta (a los servicios) al subsidio a la demanda (el recurso sigue al cliente-consumidor). Este es el principio básico y la condición de la mercantilización del sistema de salud.

Los estados o entidades federativas deben aportar una cuota fija e igual por cada familia afiliada del 7,5% del SMDF. Este es un arreglo muy inequitativo ya que los estados más pobres y con menos ingresos fiscales tienen una baja cobertura de seguro social y, por tanto, proporcionalmente más familias por subsidiar. Sin embargo, hay indicios de que no se han incrementado sustancialmente las aportaciones estatales en la práctica, sino que hay una nueva contabilidad de su gasto. Por último, se supone que las familias de los deciles V a X hacen una aportación monetaria al SP. Las aportaciones estatales y familiares son irregulares o inexistentes como se revisará en el inciso IV.3.1 dedicado a los ingresos y egresos del SNPSS.

La instrumentación del Seguro Popular a partir de 2004 ha sido problemática y llena de tergiversaciones del marco legal y cambios en las políticas. Destacan los aspectos financieros. El SNPSS ha significado un incremento significativo en los recursos destinados a la SSA y los SES pero no se ha prestado atención a varios problemas.

Por un lado el presupuesto público total de salud (suma del seguro social y de la SSA) como porcentaje del PIB tiene un incremento exiguo de 0,36 entre 2006 y 2010 (ver cuadro 33) (Dirección General de Información en Salud, 2010). Adicionalmente, hay un subejercicio presupuestal sistemático por varias vías como se analizará en el inciso IV.3. 2. Por otro lado, las aportaciones de los estados y de las familias al financiamiento tampoco han fluido como planeado. Los estados tienen poca capacidad recaudatoria ya que la federación cobra prácticamente todos los impuestos y, por tanto, los estados tienen dificultades para dedicar más recursos a salud. Las familias tampoco están aportando ya que casi todas están artificialmente clasificadas en los deciles I y II.

El conocimiento sobre el SP mexicano a nueve años de su aprobación legal es todavía limitado y se basa principalmente en los datos proporcionados por la CNPSS aceptados acríticamente o en estudios encargados por la propia Secretaría de Salud federal.

Cinco artículos, producidos por el equipo del ex ministro de salud, y publicados en la prestigiosa revista *Lancet* son los más citados y utilizados como insumo en otros estudios (Scott, 2006; World Bank, 2008). Los argumentos básicos de estos artículos son que el SP es una política pública basada en evidencias y sujeta a una evaluación externa con un diseño riguroso cuyos resultados preliminares se exponen en los artículos (Frenk, 2006; Knaul *et al.,* 2006; Frenk *et al.,* 2006; Lozano *et al.,* 2006; Gakidou, 2006). Estos resultados demostrarían que su implantación ha incrementado el acceso a los servicios y disminuido el gasto de bolsillo. No obstante, la evaluación externa definitiva concluye que no se demuestra que los afiliados al SP usen más los servicios de salud o que se hayan mejorado sus condiciones de salud. El único hallazgo favorable es la disminución en un 23% de los gastos catastróficos en consulta y hospitalización, pero no en la compra de medicamentos en comparación con los no asegurados (King *et al.,* 2009:1.447). En 2012 los diseñadores y operadores del SNPSS volvieron a publicar un artículo afirmando que ha cumplido sus objetivos, aunque faltan por ajustar algunos problemas (Knaul *et al.,* 2012).

En 2007 se publicó un análisis crítico del impacto del SP sobre el acceso y uso de los servicios de salud de los afiliados (Laurell, 2007). Posteriormente, se han publicado otros artículos de análisis críticos del SP que demuestran un uso bajo de los servicios, la poca confiabilidad de los datos de afiliación y problemas en el monto y el ejercicio de los recursos financieros (Laurell y Herrera, 2009; Laurell, 2011). Otros estudios sobre el financiamiento abordan su sustentabilidad (Nigenda, 2005) y las dificultades de lograr el pago de las contribuciones federales, estatales y de los afiliados o la adhesión de los servicios estatales de salud descentralizados a los convenios interestatales ((Lakin, 2009; Homedes y Ugalde, 2009). Por último otros autores han inferido una tendencia pivatizadora del SP a consecuencia de la carencia de la infraestructura pública necesaria para prestar los servicios (López y Blanco, 2007).

Los últimos interrogantes sobre el SP se derivan de los datos del Censo de 2010 y los hallazgos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su medición multidimensional de la pobreza en México en 2010 (CONEVAL, 2011). La variable "acceso a los servicios de salud", definida como afiliación a un seguro de salud, tuvo un mejoramiento entre 2008 y 2010 a pesar de que la población en pobreza había incrementado en 3,8 millones de

personas. Aun así el CONEVAL y el Censo encuentran que un tercio de los mexicanos carecen de un seguro de salud mientras que el gobierno federal reporta que está próximo a logar la cobertura universal debido a la afiliación de 12,4 millones de personas (10% de la población total) al SP tan solo en 2010 (CNPSS, 2011a: 21).

Resumiendo, los estudios y datos oficiales sobre el SNPSS dejan importantes vacíos de conocimiento sobre los datos reales de afiliación, sobre la relación entre la afiliación y el acceso a los servicios de salud y sobre su impacto sobre el gasto de bolsillo de los afiliados. Estos temas son cruciales para juzgar su importancia para disminuir la desigualdad en salud y como mecanismo de protección social de la población pobre y contra el empobrecimiento a causa de un gasto catastrófico de salud. Asimismo, queda por esclarecer cómo la nueva distribución del presupuesto público de salud afecta el acceso a los servicios de salud en los institutos de seguro social.

III

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO-TÉCNICO

ESTE APARTADO TIENE dos incisos. En el primero se presenta el marco conceptual y se precisan algunos conceptos ambiguos que conciernen a la temática de esta investigación. Posteriormente se presentan las fuentes de información numéricas y documentales utilizadas.

III.1 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y TÉRMINOS

La complejidad y las distintas lógicas de los sistemas nacionales de salud no aconsejan apegarse a un esquema simple para su análisis. Las revisiones sistemáticas demuestran que existen pocos estudios de seguimiento-evaluación de las reformas, o de elementos de los mismos respecto al acceso a los servicios requeridos (Lagarde y Palmer, 2008). Estas revisiones, que siguen una metodología basada en evidencias, señalan también que los criterios fijados por Cochrane[1] para este tipo de análisis son insuficientes por lo que se debe buscar otra metodología.

En esta investigación se utiliza el marco histórico social de la medicina social latinoamericana que aprovecha la riqueza y amplitud

1 Cochrane Collaboration's group "Effective Practice and Organisation of Care" en <http://epoc.cochrane.org>.

de los datos empíricos cuantitativos, pero cuya interpretación va más allá del dato en sí mismo (cfr. Laurell, 1989; Breilh, Franco, Laurell y Nunes, 1991). De esta manera plantea que la política de salud solo es comprensible en el contexto de la sociedad concreta en la cual se desarrolla, o sea, obedece a procesos económicos, políticos, sociales y culturales. Por ello se construye un objeto de conocimiento complejo que incluye estas dimensiones. Esta construcción lo aparta del objeto del pensamiento positivista dominante que asume que la práctica médica es la simple aplicación técnica del conocimiento existente y excluye particularmente la dinámica compleja de los procesos económicos y políticos. Aunque frecuentemente enfoca sus estudios concretos desde la perspectiva de la nueva economía de la salud, convirtiendo las "métricas" en el único criterio de verdad (Holmes *et al.*, 2006), pero no considera que los objetivos económicos o políticas determinan las políticas.

La medicina social o la salud colectiva utiliza, en cambio, un enfoque teórico y transdisciplinario de las ciencias sociales inspirado en el materialismo histórico y la teoría crítica latinoamericana que revela con más profundidad las distintas lógicas y contradicciones que atraviesan la formulación y puesta en práctica las políticas de salud. Así, tiene como referente teórico la contradicción básica del Estado capitalista entre su papel de promotor de la acumulación de capital y garante de la legitimidad del orden social o de la cohesión social como actualmente suele denominarse (Offe, 2007). Su segundo punto de referencia es la medida en que la política de salud satisface las necesidades de salud de las poblaciones e incrementa la igualdad en salud, entendida ésta como el acceso oportuno a los servicios de salud ante la misma necesidad. Esta noción es diferente a la equidad en salud que, en el límite, puede significar que nadie tiene acceso a ningún servicio.

Parte de las dificultades para la comprensión del papel e impacto del aseguramiento obedece a las ambigüedades en la definición de algunos conceptos básicos que se usan en el debate. El primer concepto es el "derecho a la salud" o el "derecho a la protección de la salud". Al respecto parece importante distinguir entre el sentido valorativo filosófico de un "derecho" y el sentido jurídico aunque tengan una relación cercana.

Es un valor social profundamente enraizado que las personas deben tener derecho a tratar su enfermedad, evitar la discapacidad y sobrevivir accediendo a y usando los servicios de salud, independientemente de su condición social, económica, género, etnia, etcétera. Pero a pesar de este valor mayoritariamente aceptado (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; Protocolo de San Salvador,

1988) se ha puesto en entredicho con el llamado triunfo cultural del pensamiento de derecha (Estafanía, 2000).

A raíz de ello se han desarrollado distintos tipos de argumentos filosóficos-valorativos para argumentar su vigencia. Uno, que se fundamenta en que la salud es una necesidad humana básica que debe ser satisfecha para evitar el dolor y el sufrimiento y permitir el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas (Doyal y Gough, 1991). El razonamiento de Dahlgren y Whitehead es semejante, sostiene que el estar impedido de acceder a los servicios de salud y sus beneficios y libre del dolor y sufrimiento, compromete todas las demás actividades humanas (Dahlgren y Whitehead, 2006).

La OMS, aun con las ambigüedades arriba señaladas, sigue manteniendo esta misma tesis, que consta en su publicación conjunta con la ONU donde establece que el derecho a la salud significa derechos exigibles entre otros al acceso equitativo a los servicios de salud (UN-WHO, 2007). Este posicionamiento se refuerza por la declaración regional europea de la OMS que expresa que ningún país de esta región negaría los valores de justicia, equidad, solidaridad y amplia participación y tampoco aceptaría concebir a la salud y los servicios de salud como una simple mercancía para el lucro (Whitehead y Dahlgren, 2006).

Un "derecho" en términos jurídicos puede referirse a una garantía individual (derecho humano) o a un derecho social (colectivo). En ambos casos debe existir un sujeto obligado que garantice su realización. Este sujeto no puede ser otro que el Estado ya que el contrato privado se da entre particulares sobre la base de una transacción económica o un acuerdo con una temporalidad definida.

Prácticamente todos los países latinoamericanos reconocen en su legislación el derecho a la salud o a su protección, aunque en algunos casos no se especifique el sujeto obligado de garantizarlo como es el caso de México. Esta circunstancia da origen a equívocos y condicionamientos en las leyes secundarias que restringen de distintas maneras este derecho. Esto deriva, por un lado, en un *derecho condicionado* que significa que se tiene un derecho siempre y cuando se satisface ciertas condiciones, por ejemplo pagar una cuota o prima, contribuir a la seguridad social, adoptar una conducta definida, etcétera. Por otro lado se puede establecer un *derecho selectivo* para determinados grupos poblacionales, por ejemplo, grupos clasificados como vulnerables o grupos de edad. En ambos casos se introducen criterios de inclusión/exclusión respecto al derecho a la salud y, en muchos casos, márgenes de discrecionalidad importantes.

El concepto de "derecho" está directamente relacionado con el concepto de "universal" que actualmente también se presta a impre-

cisiones. A pesar de que "universal" por definición tiene la acepción "para todos", se ha recortado de distintas maneras. Una muy importante es introducir la noción de universalidad "modificada" (Funsalud, 1994: 78) para luego suprimir el adjetivo "modificada" en el discurso aunque se mantengan las restricciones al derecho.

En salud también hay que distinguir entre la "cobertura poblacional" y la "cobertura médica o de servicios de salud". En América Latina la "universalidad" generalmente alude a la extensión poblacional mientras que la "cobertura médica", o el contenido de los servicios *universales,* es restringido a paquetes de prestaciones con exclusiones importantes. Con esta tendencia el universalismo sin apellido, o sea el derecho de "todos a todo", es más la excepción que la regla.

Para contrarrestar el carácter simplemente normativo o declarativo del "derecho universal" se ha propuesto la noción "universalismo básico" que tiene la connotación de un piso concreto de servicios de salud para toda la población, garantizado y financiado por el Estado. La determinación de qué servicios incluir dependería de la decisión nacional y podría ser escalonada o progresiva. En esta visión el dilema "universalidad-selectividad" estaría resuelto (Molina, 2006).

Las imprecisiones en las nociones, más que conceptos, de "derecho" y "universalidad" obligan a examinar con más detenimiento otros elementos con importancia para el análisis de "aseguramiento universal". Una primera cuestión se refiere a la definición de los servicios garantizados que puede basarse en un *paquete explícito* de intervenciones o en *la exclusión explícita* de algunos servicios.

El paquete de intervenciones explícitas generalmente está construido en la lógica actuarial de los seguros privados. Este procedimiento se impone cuando existen múltiples prestadores a los cuales el asegurador (público o privado) paga los servicios. La exclusión explícita de algunos servicios (por ejemplo, cirugía cosmética) es una definición distinta ya que no significa la elaboración de un listado de intervenciones cubiertas. Es decir, en este caso el seguro abarca todos los servicios de salud requeridos y disponibles sin más restricciones que las explícitamente señaladas. La ventaja de ello es que se evita fragmentar los procesos de atención y dejar fuera intervenciones clave. Existen dos objeciones comunes a este razonamiento. Se ha argumentado, por un lado, que en ausencia de una definición explícita la población desconoce a qué servicios tiene acceso y por tanto no los puede exigir. Por el otro, se sostiene que la definición por exclusión explícita esconde el racionamiento institucional de servicios y resulta una norma pocas veces cumplida (Funsalud, 1994).

Un segundo tema que se requiere precisar se refiere a la cobertura poblacional versus el acceso a los servicios de salud. Los dos princi-

pales obstáculos reconocidos al acceso son el económico y el geográfico. En los textos sobre políticas de salud se supone frecuentemente que el aseguramiento elimina a ambos por lo que el acceso sería una consecuencia directa de la cobertura poblacional (MacIntyre y Mills, 2012). Esta suposición pudiera resultar certera respecto al obstáculo económico pero solo para los servicios incluidos en el paquete. Sin embargo, la conformación de los sistemas de salud y la distribución geográfica de los establecimientos de salud en América Latina no permiten suponer que el "aseguramiento universal" remueva el obstáculo geográfico. Habría además que añadir los obstáculos culturales (servicios socialmente aceptables), la mala calidad del servicio y las barreras burocráticas[2]. Existe, en efecto, una compleja relación entre el acceso, la demanda sobre la base de la necesidad percibida y/o real y el uso de los servicios. El "aseguramiento universal" comparte con las otras formas de acceso a los servicios esta compleja relación "demanda-uso" (Giovanella y Fleury, 1995).

Se ha diseñado una propuesta metodológica para solventar algunas de estas limitaciones con la noción de "cobertura efectiva" (Shengelia *et al.,* 2005) que resumiría acceso, necesidad, uso y calidad. La aplicación práctica de esta noción empero ha mostrado serias restricciones por la dificultad de generar la información necesaria que implica un monitoreo masivo y sistemático de intervenciones específicas y de su calidad a lo largo del tiempo (Lozano *et al.,* 2006). Esto ha llevado a que se eligen indicadores existentes completados con estimaciones, que frecuentemente no miden lo que se pretende medir y que distorsionan la evaluación del desempeño de un sistema de salud (Laurell, 2007).

No obstante es crucial analizar sistemáticamente en qué medida las instituciones tienen la capacidad real de prestar los servicios amparados a los afiliados y de sostener las acciones de salud pública. Este tema es igualmente importante para las otras formas de acceso universal a los servicios, pero el aseguramiento centra sus acciones en la atención a la persona y tiende a dificultar la ejecución de las acciones de salud pública dirigidas a la colectividad, particularmente cuando hay múltiples administradoras de fondos y prestadores de servicios.

Por último, es importante mencionar que hay por lo menos dos maneras de conceptualizar "protección social en salud". Una proviene de los documentos del Banco Mundial expuesto arriba, y otra que resulta un sinónimo del "derecho a la salud y la obligación del Estado" de organizar un arreglo institucional para garantizar el acceso a los servicios de salud requeridos.

---

2 Mecanismos que desalientan o impiden al necesitado acceder al servicio.

III. 2. FUENTES DE INFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La metodología[3] que se aplicó en la cuantificación de los hechos a estudiar consiste en el procesamiento y análisis de datos de fuentes oficiales que se agrupan en tres tipos:

1. Los datos levantados con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2010 (ENIGH) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011). Estos datos están a disposición del público en bases completas de datos susceptibles de ser analizados por académicos u otros interesados al tema. El modulo socioeconómico de la ENIGH es usado por el CONEVAL para analizar la pobreza multidimensional.
2. Los registros administrativos de las instituciones públicas de salud.
3. Los datos oficiales de otras secretarías del Poder Ejecutivo federal.

Esta parte es un estudio comparativo entre los distintos tipos de aseguramiento, a saber, el Seguro Popular, los seguros médicos de seguro social y la población no asegurada.

Para el análisis documental se utilizaron:

1. Textos oficiales de las instituciones públicas de salud –la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los institutos públicos de seguro social (IMSS e ISSSTE) y la legislación que los rigen.
2. Documentos de la Secretaría de Hacienda y de la Auditoría Superior de la Federación del Congreso de la Unión.

Los textos que se analizaron incluyen documentos de política institucional, informes anuales, estudios técnicos, auditorías realizadas, fórmulas de financiamiento, y evaluaciones, entre otros. En general se extrajeron hechos objetivos de estos documentos, por lo que no se utilizaron técnicas de análisis del discurso.

Generalmente se utiliza el 2010 como año de referencia, ya que corresponde a la última ENIGH y al último Censo. Cuando no está disponible la información de este año se elige el año más próximo.

---

3 Para una exposición pormenorizada de la metodología ver el Anexo 1 (Anexo Metodológico).

IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

EN ESTA PARTE SE PRESENTAN los hallazgos que permiten responder a las preguntas planteadas en la introducción y verificar las hipótesis que se derivan de ellas. Empieza con el análisis de los datos la Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares 2010 (ENIGH) y su comparación con los datos oficiales de la Comisión de Protección Social en Salud. Luego se hace el análisis de la cobertura médica y el acceso a servicios de salud del Seguro Popular y su adecuación al perfil de morbi-mortalidad. El tercer apartado se dedica al financiamiento del SNPSS analizado desde distintos ángulos. Por último, se analizan el comportamiento del gasto público de salud en sus distintos componentes (Seguro Popular y de los institutos de seguro social laboral) de 2004 a 2010, así como la nueva dinámica del sistema público de salud a raíz de la adopción del modelo de la competencia administrada o el pluralismo estructurado.

IV.1 ANÁLISIS DE LA ENIGH Y DATOS DE LA COMISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

La promesa del gobierno federal es que entre los seguros médicos de los institutos públicos de seguridad social y el Seguro Popular se alcanzaría la "cobertura universal de salud" en siete años a

partir de la instrumentación del SP en 2004, o sea, en 2010. Esto no ocurrió pero sigue siendo un compromiso repetido con gran despliegue propagandístico. El análisis que se hace en este inciso se refiere al 2010 por ser el último año con datos disponibles de la ENIGH y, adicionalmente, del XIII Censo de Población y Vivienda de 2010.

IV. 1. 1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA POBLACIÓN DEL SEGURO POPULAR Y DE OTROS TIPOS DE ASEGURAMIENTO

IV. 1.1.1 Afiliación al Seguro Popular

En su Informe de Resultados de 2010 la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) reporta tener una afiliación de 43.518.719 personas en diciembre (CNPSS, 2011a: 21) mientras que el Censo reporta 26.558.908 personas y la ENIGH 31.255.050 con un máximo de 34.532.151, incluyendo a aquellos que manifiestan tener doble aseguramiento, o sea el SP y otro(s) seguro(s). Así, la discrepancia entre los datos del Censo y la CNPSS es de unos 17 millones y con la ENIGH de 9 millones. Parte de la diferencia con el Censo puede deberse a que se levantó a en junio de 2010 cuando la CNPSS reportó 36,8 millones de afiliados lo que daría una discrepancia de 10,6 millones semejante a la de la ENIGH.

La importancia de este hallazgo es que hay una diferencia no menor al 21% entre los registros administrativos del SP y los datos recolectados directamente en la población. Como se verá más adelante, esta discrepancia se mantiene respecto a otras características de la población en la comparación entre los datos del CNPSS y de la ENIGH. El análisis de los datos del Censo y la ENIGH revela que las personas sin ningún tipo de seguro son 38 y 35,3 millones respectivamente, lo que corresponde a un 31,3 y 33,8% de la población total del país.

La CNPSS ha actualizado en dos ocasiones, en 2005 y 2008 (CNPSS, 2009:19), los datos de la población susceptible a afiliarse al SP, aunque no ha considerado que la misma depende, además, del comportamiento del aseguramiento en los institutos de seguro social. Es decir, no incluye una estimación respecto a las tendencias del empleo formal que a su vez se relaciona con el ciclo económico. La falta de previsión a este respecto y los datos del Censo y de la ENIGH sugieren que es poco probable de que se llegue a tener "cobertura universal" de un seguro de salud en México aunque se declare que se haya logrado.

Se puede adelantar que una explicación posible de la gran diferencia entre los registros administrativos de la CNPSS-SSA y los

datos recogidos en la población es que existe un interés compartido entre la CNPSS-SSA y los gobiernos de las entidades federativas de inflar los datos de afiliación, incluyendo a algunas familias sin informarles, particularmente a aquellas afiliadas a otros programas que combaten a la pobreza; hallazgo que fue observado por King *et al.* (2009: 1.453). La CNPSS-SSA está interesada por razones políticas ya que la "cobertura universal" es una de las principales banderas políticas del gobierno federal. Los gobiernos estatales tienen un incentivo importante de sobre registrar la afiliación al SP que es la principal vía de acceder a nuevos recursos para sus Servicios Estatales de Salud (SES) que son los directamente responsables de prestar los servicios de primer y segundo nivel de atención. Es decir la instrumentación del SP cerró las otras vías de financiamiento para los servicios de salud estatales.

IV. 1.1.2 Jefatura femenina del Seguro Popular y otros seguros

La CNPSS expone en sus informes datos sobre varias características socioeconómicas de las familias afiliadas al SP. Mantiene que estos datos demuestran que se está llegando a la población más pobre y particularmente a las familias con jefatura femenina. O sea, el SP formaría parte de una red de protección social con posibilidades de romper el círculo vicioso de la pobreza y protegería contra el empobrecimiento a causa de los costos de la atención a la salud. Asimismo, sería una política pública con enfoque de género.

La Comisión reporta (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2011: 30) que 12,6 millones, o el 81%, de las titulares de las pólizas del seguro son mujeres, aunque añade que esto no quiere decir que sean jefas de familia en la definición sociológica o estadística. El Censo de 2010 revela que 6,9 millones, o el 24%, de los hogares tienen jefatura femenina (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010). O sea, el dato de jefatura femenina del total de hogares es apenas la mitad del de las titulares femeninas de las pólizas del SP.

Los datos de la ENIGH (2011) ofrecen un panorama similar al del Censo respecto a la jefatura femenina. En el cuadro 3 se muestran los datos del ENIGH de la pertenencia de las personas por tipo de aseguramiento y el sexo del jefe del hogar.

El primer dato que resalta es que el SP es el tipo de aseguramiento con el porcentaje más bajo de jefatura femenina, 18,5%, seguido por la seguridad social, 19,5%, mientras que los no asegurados muestra el dato más alto, 22,5%. Si fuera una prioridad del SP amparar a las familias con jefatura femenina ésta no se habría cumplido.

Cuadro 3
Jefatura del hogar según tipo de aseguramiento, México 2010

Sexo	Tipo de aseguramiento			
	*Seguro Popular**	*Sin seguro**	*Seguro social* **	*Total**
Hombre	25.476,2	27.463,7	37.064,9	90.004,8
Mujer	5.778,8	7.992,5	8.963,6	22.734,9
Total	31.255,0	35.456,2	46.028,5	112.739,7
Porcentaje jefatura femenina	18,5	22,5	19,5	20,2

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* En miles.
** Incluye personas con seguridad social y SP.

Sin embargo existe una dificultad metodológica para la interpretación de los datos, ya que en el caso del SP los datos están referidos a las pólizas familiares y en la ENIGH a las personas. A ello se añade que las pólizas familiares del SP amparan en promedio 2,76 personas mientras que el promedio censal del tamaño de los hogares es de 3,9 miembros. De esta manera el dato de la CNPSS es contradictorio con la tendencia de que las familias más pobres son las más numerosas, por ejemplo las familias de Oportunidades tienen en promedio 4,7 integrantes (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2011a: 30). Por otra parte la CNPSS no da a conocer el dato de la composición por sexo de la población amparada por el SP lo que impide el análisis genérico.

Una interpretación posible de la alta prevalencia de titulares mujeres en el SP es que las mujeres se inscriben a sí mismas y sus hijos cuando requieren de atención, pero dejan fuera al esposo y otros miembros de la familia. Otra interpretación es que las mujeres tienen menos dificultades de cumplir con las condicionalidades del SP, como ir a las pláticas mensuales sobre salud y hacerse los chequeos médicos obligatorios.

IV. 1.1.3 Distribución de la población por decil de ingreso según tipo de seguro

El argumento de la CNPSS de que el SP protege a las familias más pobres se sustenta en el análisis que hace de su distribución entre los deciles de ingreso. Es de señalar que estos datos se derivan de la cédula socioeconómica aplicada a la familia que no incluye el ingreso y luego se extrapola a los individuos.

Como se observa en el cuadro 4, la CNPSS clasifica el 77,3% de los afiliados en el decil I y otro 18,9% en el decil II mientras que el

0,6% está en los deciles V a X. La clasificación por deciles en estos datos se refiere a las familias y es sabido que los hogares más pobres tienen más integrantes. Así, la ENIGH 2010 arroja el dato de 5,4 personas por hogar en el decil I y 4,8 en el decil II[1].

Resalta que la CNPSS reporta 33,6 millones de personas en el decil I. Suponiendo que la totalidad de los 2,81 millones de hogares de este decil estén en el SP, el promedio de integrantes por familia asegurada sería 12 personas a pesar de que la propia Comisión reporta 2,79 individuos por póliza familiar.

Cuadro 4

Distribución de los afiliados del Seguro Popular según decil de ingreso, 2010

Decil de ingreso	Personas (miles)	%
I	33.621,9	77,3
II	8.203,9	18,9
III	1.061,3	2,4
IV	387,7	0,9
V-X	243,9	0,6
Total	43.518,7	100

Fuente: CNPSS (2011a: 33).

Los datos de la ENIGH dan resultados muy diferentes sobre la distribución de la población por decil, como se observa en el cuadro 5, y la diferencia con los datos reportados por la CNPSS es notoria. Así se observa que la ENIGH solo ubica al 26,9% en el decil I y al 20,7% en el decil II y en los deciles V a X al 25,3%. Aunque existen diferencias metodológicas de asignación de las personas a un decil entre una y otra fuente no parece factible que estas puedan explicar diferencias tan grandes.

1 Ver cuadro 5 última columna para distribución de los individuos por decil.

Cuadro 5
Distribución de personas por decil de ingreso según tipo de aseguramiento, 2010

Decil	Seguro Popular		Sin seguro		Seguro social*		Total	
	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*
I	8.404,1	26,9	5.941,1	16,8	765,6	1,7	15.110,8	13,4
II	6.467,7	20,7	4.578,7	12,9	2.512,5	5,5	13.558,9	12,0
III	4.723,9	15,1	4.724,6	13,3	3.665,9	8,0	13.114,4	11,6
IV	3.765,9	12,0	3.887,6	11,0	4.563,2	9,9	12.216,6	10,8
V	2.744,5	8,8	3.691,0	10,4	5.316,1	11,5	11.751,6	10,4
VI	2.230,8	7,1	3.178,7	9,0	5.618,1	12,2	11.027,6	9,8
VII	1.400,3	4,5	2.959,8	8,3	5.960,9	13,0	10.320,9	9,2
VII	752,0	2,4	2.590,9	7,3	6.216,9	13,5	9.559,8	8,5
IX	581,2	1,9	2.157,9	6,1	6.042,2	13,1	8.781,3	7,8
X	184,8	0,6	1.745,8	4,9	5.367,1	11,7	7.297,7	6,5
Total	31.255,1	100	35.456,2	100	45.262,9	100	112.739,7	100

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con seguridad social y el SP.
** En miles.

La comparación de la distribución entre los deciles de los distintos tipos de aseguramiento demuestra que el SP tiene el 47,6% en los deciles I y II con porcentajes descendentes al subir el decil del ingreso. Es decir hay una asociación inversa entre el nivel de ingreso y la pertenencia al SP. Sin embargo el 25,3% se encuentra en los deciles V a X mientras el CNPSS reporta el 0,6%.

La población que carece de un seguro de salud muestra la misma asociación inversa entre decil de ingreso que el SP. Es de notar que 10,5 millones, o el 29,7%, se ubica en los deciles I y II lo que significa que el SP deja sin cobertura al 36,7% de la población más pobre. El 46% de los no asegurados se encuentra en los deciles V a X. Estos datos expresan un comportamiento que se ha encontrado en estudios, por ejemplo de Chile y Colombia, donde las personas sanas, particularmente los jóvenes, no se aseguran para ahorrarse este gasto (FONASA, 2007; Clavijo, 2009). Esta situación refuerza la hipótesis de que no se alcanzará el aseguramiento universal en México.

El porcentaje de las personas cubiertas por un seguro médico de seguro social tiene una relación directa con el decil de ingreso, o sea, a mayor ingreso mayor proporción de derechohabientes. Incluso, el 75% de este grupo se ubica en los deciles V a X.

Este hallazgo aparentemente discrepa de los datos del IMSS que reporta que el 57,7% de sus asegurados ganan tres salarios mínimos del Distrito Federal (SMDF) o menos (IMSS, 2011a: 223). No obstante, en este contexto es importante señalar que los asegurados con tres SMDF se ubican entre el decil VIII y IX (Laurell, 2011); hecho que demuestra la extensión y profundidad de la pobreza en México.

IV. 1.1.4 Lugar habitual de atención por tipo de aseguramiento

La ENIGH hace una clasificación diferenciada de los tipos de servicios utilizados habitualmente ya que distingue entre centros de salud y hospitales en el caso de la SSA-SES mientras que no diferencia entre atención ambulatoria y de hospitalización en el caso de las instituciones de seguro social y los servicios privados. Esto impide hacer un análisis comparativo más preciso sobre el uso de los servicios de salud pero aun así los datos son significativos.

También debe señalarse que los encuestados solo pueden elegir una alternativa, lo que soslaya la posibilidad del uso diferenciado o secuencial según el tipo de padecimiento. Por ejemplo, se puede empezar con la medicina tradicional y cuando el tratamiento no da resultados se acude al centro de salud que, a su vez, remite al paciente al hospital.

El primer hallazgo general importante que se observa en el cuadro 6 es el poco uso cruzado entre las instituciones de población abierta y las de seguridad social a pesar de que todas son públicas. En este contexto cabe señalar que se han firmado varios convenios entre estas instituciones para usar sus instalaciones indistintamente. Es, además, uno de los ejes explícitos de la actual política de salud que propone que haya "libertad de elección" de prestador (IMSS, 2010:10-12).

El lugar o forma habitual de atención más importante de la población en su conjunto son las instituciones públicas que atienden al 54,7% de las personas en comparación con el 36,7 % atendida por los servicios privados. El resto de la población reporta entre el 4,9% que se automedica y el 0,3 que usa la medicina tradicional; dato que puede estar sub-reportado por la forma de levantar la encuesta.

La distribución entre la SSA-SES y el seguro social demuestra que la primera sería más importante con el 27,1% que el IMSS con 21,9%, incluyendo a IMSS-Oportunidades. Respecto a los servicios privados, el consultorio o el hospital privado atenderían al 21% de la población y los consultorios de las farmacias al 15,7%.

Cuadro 6
Lugar habitual de atención por tipo de aseguramiento, 2010

Lugar de atención	Seguro Popular		Sin seguro		Seguro social*		Total	
	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*
Centro de salud	16.558,8	53,0	7.713,5	21,8	1.121,0	2,4	25.393,3	22,6
Hospital SSA-SES	3.390,0	10,8	1.360,1	3,9	297,7	0,6	5.047,8	4,5
IMSS-Oportunidades	914,4	2,9	843,2	2,4	452,9	1,0	2.210,5	2,0
Otros públicos***	176,7	0,6	184,7	0,5	994,4	2,2	1.355,8	1,2
Subtotal	21.040,0	67,3	10.101,4	0,6	2.866,0	6,2	34.007,4	30,2
IMSS	172,7	0,6	198,2	0,6	22.041,8	47,9	22.412,7	19,9
ISSSTE nacional o estatal	3,0	0,0	37,8	0,1	5.126,9	11,1	5.167,7	4,6
Subtotal	175,7	0,6	236,0	0,7	27.168,8	59,0	27.580,5	24,5
Privado (consultorio o hospital)	3.306,6	10,6	11.233,4	31,8	9.053,9	19,7	23.593,9	21,0
Consultorio de farmacia	3.409,2	10,9	9,992,8	28,3	4.310,5	9,4	17.712,4	15,7
Subtotal	6.715,8	21,5	21.226,2	60,1	13.364,3	29,0	41.306,4	36,7
Se automedica	1.231,2	3,9	2.703,4	7,7	1.623,4	3,5	5.558,0	4,9
Medicina tradicional	96,6	0,3	122,0	0,3	49,4	0,1	268,0	0,2
No especificado	1.979,1	6,3	875,2	2,5	926,0	2,0	3.780,2	3,4
No sabe	16,7	0,1	52,9	0,1	30,6	0,1	100,1	0,1
Total	31.255,1		35.317,1		46.028,5		112.600,6	

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con Seguro social y el SP.
** En miles.
*** Incluye GDF, INI, DIF, PEMEX, Defensa y Marina (al no ser posible separar las instituciones de "población abierta" –GDF, INI y DIF– de las de seguridad social de grupos particulares –PEMEX, Ejercito y Marina– se clasifican en esta categoría).

El análisis por tipo de aseguramiento revela que los afiliados al SP en su gran mayoría, el 63,8%, reporta atenderse en los servicios de SSA-SES, y el 21,5% en los servicios privados repartidos en proporciones iguales entre los consultorios-hospitales privados y los consultorios de las farmacias. La población no asegurada reporta utilizar en un 24,7% los servicios de la SSA-SES y en un 60,1% los servicios privados con un porcentaje importante, 28,3%, para los consultorios de las farmacias. Es, además, el grupo que más se automedica con el 7,7%.

El 59% de los derechohabientes del seguro social se atienden habitualmente en sus servicios médicos mientras que el 29% acuden a los servicios privados, en la mayoría de los casos a los consultorios u hospitales privados, el 19,7%. Solo un 6,2% se atiende en los servicios para "población abierta" y el 3,5% se automedica. El lugar habitual de atención tiene implicaciones para el gasto de salud como se verá adelante.

IV. 1. 2. PROBLEMAS DE SALUD, LUGAR DE ATENCIÓN Y BARRERAS A LA ATENCIÓN

La búsqueda de atención y eventualmente el gasto en atención se relaciona, como es evidente, con la prevalencia de los problemas de salud[2]. En el siguiente cuadro se expone la frecuencia reportada de problemas de salud según el tipo de aseguramiento y por grupo de edad.

Cuadro 7

Problemas de salud por tipo de seguro y grupo etario, 2010

Tipo de seguro	Mayores de 12 años		Menores de 12 años		Tota	
	*Personas***	*% de población total*	*Personas***	*% de población total*	*Personas***	*% d*
Seguro Popular	5.404,1	20,9	1.930,4	35,7	7.334,5	23,5
Sin seguro	5.386,0	18,0	1.335,4	24,2	6.721,4	19,0
Seguro social*	9.442,3	25,8	1.954,0	20,7	11.396,4	24,8
Total	20.232,4	21,9	5.219,8	25,6	25.452,3	22,6

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con Seguro social y el SP.
** En miles.

El primer hallazgo importante es que la población que reporta la menor frecuencia de problemas de salud, el 19%, es la que carece de un seguro; dato que se explica por los mayores de 12 años. Este hecho coincide con otros estudios de aseguramiento (FONASA, 2007) y la explicación es que esta población no contrata un seguro precisamente por estar sana. Tal conducta se conoce como "riesgo moral" en la literatura de la economía de la salud dominante. Esta tendencia se profundiza cuando el aseguramiento es voluntario como es el caso del SP.

La frecuencia de problemas de salud de los afiliados al SP es, para el total, el 23,5% de los asegurados. Uno de cada tres menores (35,7%) reporta problemas de salud, muy por encima de los otros tipos de aseguramiento. La razón de este dato podría ser que es el grupo con las condiciones socioeconómicas más precarias, o sea, se explicaría porque está sujeto a un cúmulo de determinantes sociales negativas de la enfermedad.

Los derechohabientes del seguro social reportan la frecuencia más alta, 24,8%, debido particularmente a la alta prevalencia en los mayores de 12 años. Estas diferencias pueden tener tres explicaciones. Una es que la composición por edades es distinta con un peso mayor de

2 En el análisis debe considerarse que la manera de recoger los datos introduce un sesgo porque el tiempo de recordatorio es de un año, por lo que es probable que exista una sobre-representación de enfermedades crónicas o graves.

los grupos de 40 años en adelante entre los derechohabientes debido a la lenta creación de empleo estable con prestaciones laborales. Una segunda tiene que ver con su mayor acceso a los servicios de salud, como se observa en el cuadro 8, lo que puede influir en su percepción sobre su condición de salud. A ello se añade que el estar enfermo no tiene las mismas consecuencias económicas para los asegurados que para los afiliados al SP o los no asegurados ya que cuentan con una compensación económica en caso de enfermedad.

IV.1.2.1 Barreras de acceso a la atención teniendo problemas de salud

Frecuentemente, se supone que tener un seguro garantiza el acceso oportuno a los servicios requeridos (McIntyre y Mills, 2012; Laurell, 2011). El cuadro 8 permite analizar cuál es el acceso a los servicios de salud cuando se tiene problemas de salud según el tipo de aseguramiento y por grupo etario[3]. Los derechohabientes del seguro social son los que mayor acceso tienen: el 93,6%, seguidos por los afiliados al SP con el 87,5%. Estos datos advierten que la suposición de que el aseguramiento garantice el acceso a los servicios no se cumple, particularmente en el caso del SP. Los de menor acceso son los no asegurados que sufren la falta de atención en un 15,9%. Sin considerar el tipo de aseguramiento, los mayores de 12 años son los que tienen menos acceso a la atención, un 12,5% no la recibe, mientras que la falta de atención de los menores es del 3,5%.

Cuadro 8

Problemas de salud y falta de atención por tipo de seguro y grupo etario, 2010

Tipo de seguro	Mayores de 12 años		Menores de 12 años		Total	
	*Personas***	*% de "con problemas de salud"*	*Personas***	*% de "con problemas de salud"*	*Personas***	*% de "con problemas de salud"*
Seguro Popular	830,0	15,4	85,2	4,4	915,1	12,5
Sin seguro	1.005,4	18,7	62,2	4,7	1.067,7	15,9
Seguro social*	687,8	7,3	36,6	1,9	724,5	6,4
Total	2.523	12,5	184,0	3,5	2.707,2	10,6

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con Seguro social y el SP.

** En miles.

3 La ENIGH solo permite analizar dos grupos de edad: mayores de 12 años y menores de 12 años. Una subdivisión por otras edades no es posible por el número bajo de casos.

El aseguramiento que mayor protección ofrece contra la falta de atención es el seguro médico del seguro social, pero aun en este caso el 6,4% reporta no acceder a la atención: el 7,3% de los mayores y el 1,9% de los menores. En el caso del SP el 12,5% no accede a la atención debido sobre todo a una frecuencia de 15,4% entre los mayores. Esto se explicaría por la baja cobertura médica de padecimientos de los adultos como se analizará en la parte correspondiente de esta investigación (IV. 2). Sin embargo es llamativo que el dato de los menores (4,4%) es semejante a él de los no asegurados (4,7%) ya que el Seguro Médico de una Nueva Generación (SMNG) supuestamente tiene una cobertura médica alta (Ver Anexo II:137-140). Por último los mayores no asegurados son los que menos acceso tiene con el 18,7%.

En el cuadro 9 se exponen las razones reportadas por las personas que condujeron a la falta de acceso a los servicios de salud. Debe considerarse que las razones no son excluyentes y una persona puede reportar una o más razones. Los porcentajes se refieren de esta manera al total de personas que, teniendo problemas de salud, no recibieron atención según su tipo de aseguramiento.

Uno de los objetivos declarados del SP es remover la barrea económica al acceso a los servicios de salud. Sin embargo en el cuadro se observa que el 43% de sus afiliados con problemas de salud reporta que no recibió atención por carecer de los recursos económicos necesarios ("es caro" o "no tenía dinero"). Cabrían tres explicaciones respecto a este hallazgo. La primera es que los afiliados requirieron de servicios no incluidos en el CAUSES y no tuvieron el dinero para pagarlos. La segunda es que tuvieron que pagar el traslado a la unidad de atención médica y no disponían del dinero. La tercera es que a pesar de tener el SP se intentó cobrarles, indebidamente, el servicio.

Cuadro 9

Razones de falta de acceso a la atención institucional teniendo problemas de salud según tipo de seguro, 2010

Razón de falta de acceso a la atención	Tipo de aseguramiento					
	Seguro Popular		*Sin seguro*		*Seguro social**	
	*Personas***	*% con problema de salud*	*Personas***	*% con problema de salud*	*Personas***	*% con problema de salud*
Barrera económica	393,1	43,0	631,9	62,0	97,2	13,4
Barrera institucional	677,0	74,0	349,9	38,2	463,3	63,9
No había medicamentos	143,6	15,7	55,2	6,0	69,6	9,6
No tenía tiempo	72,5	7,9	203,8	22,3	67,4	4,4

Razón de falta de acceso a la atención	Tipo de aseguramiento					
	Seguro Popular		*Sin seguro*		*Seguro social**	
	*Personas***	*% con problema de salud*	*Personas***	*% con problema de salud*	*Personas***	*% con problema de salud*
No quiso	134,3	14,7	75,9	8,3	200,3	27,6
Otro impedimento personal	22,0	2,4	45,0	4,9	25,7	3,5
Automedicación	210,6	23,0	293,5	32,1	194,1	26,8
Otro motivo	50,7	5,5	45,0	4,9	30,6	4,2
No sabe	9,3	1,0	18,8	2,1	9,3	1,3

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con Seguro social y el SP.
** En miles.

Dado que una misma persona puede tener y/o reportar varias causas de falta de atención, la suma no es 100.

El SP parece ofrecer cierta protección financiera en comparación con la población sin aseguramiento que reportó en un 62% no haberse tratado por esta razón teniendo problemas de salud. En ambos casos prevalece la respuesta que no tenía dinero (SP 33,6% y sin seguro 42,6%). Destaca que solo el 13,4% de los derechohabientes de la seguridad social menciona esta causa lo que confirma su mayor capacidad protectora de sus derechohabientes.

Los afiliados al SP también reportan un alto porcentaje en el rubro de barreras institucionales, el 74%, y las principales razones son: que los servicios están lejos o no existen; que no atienden; que hay maltrato y; que hay que esperar mucho tiempo. Incluso un 5% menciona que los servicios estaban cerrados.

La población que carece de un seguro solo menciona en un 38,3% la barrera institucional. Este hallazgo debe interpretarse en función del hecho de que esta población no está adscrita formalmente a ninguna institución aunque legalmente la SSA y los SES estén obligados a atenderla. Sin embargo esta atención se ofrece mediante el pago de una "cuota de recuperación" fijada con base en un estudio socioeconómico. Esta situación suscita que la barrera institucional esté directamente ligada a la barrera económica.

Los derechohabientes de la seguridad social laboral reportan un porcentaje alto, 63,9%, de barreras institucionales. En su caso las razones más frecuentes son: que hay que esperar mucho tiempo o no atienden; que dan citas mucho tiempo después y; que hay maltrato.

Las respuestas de los afiliados al SP y de los derechohabientes de la seguridad social laboral revelan que existen problemas institu-

cionales que deben ser atendidas y corregidas perentoriamente. Las causas del mal funcionamiento tienen relación con las carencias de infraestructura y personal. Otro tipo de explicación a esta situación, frecuentemente usado por los promotores de la privatización (Funsalud, 1994), es que las barreras institucionales son un mecanismo burocrático para "racionar" los servicios.

En el análisis se separó la falta de medicamentos, que es un obstáculo institucional muy señalado y discutido. El 15,7% de los afiliados al SP la reportó a pesar de que la entrega gratuita de medicamentos es una obligación explícita de este seguro. En efecto, resulta ser la segunda barrera institucional solo superada por esperas largas para la atención como se observa en el cuadro 9. En el caso de la seguridad social el 9,6% reporta la falta de medicamentos como causa de la no atención que la ubica como la segunda barrera institucional más importante después de las esperas largas para recibir la atención (ver cuadro 9).

Otra respuesta frecuente es que la persona "no tenía tiempo". En este caso se polarizan las respuestas entre los no asegurados con 22,3% y los con algún seguro, el SP con el 7,9% y el 4,4% para el seguro médico del seguro social. No se dispone de datos para explicar esta diferencia pero se puede plantear como hipótesis que exista una relación con las consecuencias económicas de acudir a atenderse. De esta manera los no asegurados tendrían que pagar los servicios y los medicamentos y además perder su ingreso lo que puede inducir la percepción de "no tener tiempo". Los afiliados al SP solo perderían su ingreso por atenderse mientras que los asegurados al seguro social tienen una compensación monetaria al faltar al trabajo.

Los "otros impedimentos personales" son bajos para los tres tipos de aseguramiento y, por ello, no parecen significar un problema importante para la exclusión de la atención.

La respuesta "no quiso" atenderse en los servicios de salud muestra una pauta inversa a la de "no tener tiempo". Así, los no asegurados la refieren en un 8,3%, los afiliados al SP en un 14,7% y los derechohabientes de la seguridad social en un 27,6%. Tentativamente, esto expresa el grado de libertad que tiene cada quien para decidir sobre qué hacer ante un episodio de enfermedad. Es decir los derechohabientes tienen la seguridad de contar con un seguro que ampara su atención lo que les permite un mayor margen de autonomía. Este resultado también apunta a que es falso que los asegurados sobre utilizan los servicios por la gratuidad de estos.

La automedicación es relevante para los tres tipos de aseguramiento: 23% para el SP, 32,1% para los no asegurados y 26.8%

para los derechohabientes del seguro social; dato que discrepa con lo reportado respecto a la forma habitual de atención que se ubica entre el 3,5 y 7,7% (ver cuadro 6). Los datos no permiten determinar para qué tipo de problema de salud se usa la automedicación lo que impide conocer su real significado. No es lo mismo tomar un analgésico o un antipirético que, por ejemplo, autorecetarse antibióticos o antihipertensivos.

Debe enfatizarse que existe cierto sesgo en las preguntas sobre las razones de la no atención ya que tienden a referirse a las instituciones públicas y no a la atención privada. Por ejemplo, las barreras institucionales o la falta de medicamentos no tienen el mismo significado respecto a los prestadores públicos y los privados. En este sentido debe advertirse contra el uso de estos datos para evaluar a los servicios públicos comparativamente con los privados ya que los datos no son comparables.

Otro ángulo de análisis para entender la dinámica de la falta de acceso a la atención al estar enfermo es examinar el lugar donde se buscó o recibió el tratamiento. Sin embargo hay que tener presente que los datos se levantaron de forma diferente para las instituciones de SSA-SES que para los institutos de seguro social y los servicios privados lo que restringe el análisis. Los datos tampoco permiten determinar el tipo de atención que se usa para distintos padecimientos.

Globalmente hay una variación pequeña respecto al lugar habitual de atención (ver cuadro 6) con una disminución de la atención en una institución de población abierta (30,2 a 28%) mientras que hay un incremento pequeño en las instituciones del seguro social (24,5 a 25,8%) y la atención privada (36,7 a 37,7%).

Los afiliados al SP con problemas de salud se atienden en el 47,7% en un centro de salud mientras que el 53% lo reporta como lugar habitual de atención. Parte de esta diferencia se compensa con un incremento del 1,5% de atención en un hospital de la SSA-SES. El resto del decremento es a favor del consultorio y hospital privados o la automedicación. Esto refuerza el hallazgo de que las barreras institucional y económica son importantes y, como se verá, se refleja también en el gasto de salud de este grupo.

Cuadro 10
Lugar de atención teniendo problemas de salud por tipo de seguro, 2010

Lugar de atención	Seguro Popular		Sin seguro		Seguro social *		Total	
	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*	*Personas***	*%*
Centro de salud SES	3.500,5	47,7	1.202,7	17,9	230,4	2,0	4.933,7	19,4
Hospital SSA-SES	891,3	12,2	346,1	5,1	74,9	0,7	1.312,3	5,2
IMSS-Oportunidades	213,7	2,9	170,9	2,5	126,7	1,1	511,3	2,0
Otro público***	66,9	0,9	53,1	0,8	260,3	2,3	380,3	1,5
Subtotal institución población abierta	4.672,4	63,7	1.772,8	26,4	692,3	6,1	7.137,6	28,0
IMSS	43,9	0,6	33,9	0,5	5.190,2	45,5	5.268,0	20,7
ISSSTE nacional y estatal	0,5	0,0	7,3	0,1	1.278,5	11,2	927,1	3,6
Subtotal institución seguridad social	44,4	0,6	41,2	0,6	6.468,7	56,7	6.554,3	25,8
Privado consultorio o hospital	1.012,6	13,8	2.272,5	33,8	2.428,8	21,3	5.713,9	22,4
Consultorio farmacia	809,1	11,0	1.844,6	27,4	1.117,6	9,8	3.771,3	14,8
Subtotal privado	1.821,6	24,8	4.117,2	61,3	3.546,4	31,1	9.485,2	37,3
Automedicación	326,5	4,5	522,8	7,8	392,6	3,4	1.242,0	4,9
Tradicional	32,8	0,4	26,0	0,4	15,9	0,1	74,7	0,3
Otro no especificado	433,0	5,9	231,7	3,4	273,9	2,4	938,6	3,7
No sabe	3,8	0,1	9,7	0,1	6,4	0,1	19,9	0,1
Total	*7.334,5*	*100*	*6.721,5*	*100*	*11.396,4*	*100*	*25.452,3*	*100*

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con Seguro social y el SP.
** En miles.
*** Incluye GDF, INI, DIF, PEMEX, Defensa y Marina.

La población que carece de un seguro y tiene problemas de salud también difiere en su respuesta respecto el del lugar habitual de atención reportado en la misma dirección que los afiliados al SP. Así baja el porcentaje de atención en el centro de salud y sube en el hospital de SSA-SES, pero en total hay un decremento del 2,2% en una institución para población abierta. Esta merma corresponde a un incremento en el consultorio y hospital privado y en otros no especificados. O sea, es un comportamiento muy similar al de los afiliados del SP. Esto demuestra que ambas categorías tienen problemas para atenderse y que donde tienen el derecho legal de recibir la atención no la están consiguiendo.

Los derechohabientes de la seguridad social se atienden mayoritariamente en sus instituciones, 56,7% pero por debajo del dato de lugar de atención habitual, 59%. La diferencia se explica por el uso de servicios privados con el 31,1%.

A pesar del corrimiento hacia los prestadores privados, las instituciones públicas siguen siendo los principales prestadores del país ya que atienden el 53,8% de la población versus el 37,3% de los prestadores privados. Cabe señalar que parece haber un crecimiento importante de la atención en los consultorios de las farmacias, 14,8% de las atenciones totales; situación que con certeza se extendió con la prohibición de vender antibióticos sin receta, introducida en 2011.

IV.1.3 GASTO EN SALUD POR TIPO DE ASEGURAMIENTO

Un objetivo explícito del SP es proteger a las familias afiliadas contra el gasto de bolsillo de salud, particularmente el llamado gasto catastrófico. En el inciso IV.2.1 se hace el análisis de la cobertura médica del SP donde se aprecia que los padecimientos con el costo más alto, incluso los comunes, no están cubiertos por este seguro.

Cuadro 11

Gasto monetario total y gasto en salud y como porcentaje del gasto total por tipo de seguro según decil, 2010

Decil	Seguro Popular			Sin seguro			Seguro social*		
	*Gasto monetario***	*Gasto en salud***	*%*	*Gasto monetario***	*Gasto en salud***	*%*	*Gasto monetario***	*Gasto en salud***	*%*
I	101.322,3	1.756,9	1,7	69.634,9	1.872,9	2,7	12.166,1	120,4	1,0
II	92.395,9	2.331,3	2,5	62.545,9	1.633,8	2,6	37.467,4	505,0	1,3
II	76.321,1	1.835,2	2,4	69.526,2	1.771,5	2,5	62.462,7	803,1	1,3
IV	69.091,1	1.480,1	2,1	69.348,9	1.567,3	2,3	81.189,5	1.135,8	1,4
V	53.596,2	1.661,3	3,1	74.604,4	2.359,8	3,2	104.905,7	2.413,5	2,3
VI	43.005,6	1.353,3	3,1	64.525,8	1.811,7	2,8	120.929,2	1.851,3	1,5
VII	31.362,7	920,3	2,9	74.576,5	2.219,0	3,0	157.623,3	3.670,2	2,3
VIII	20.460,5	509,5	2,5	66.975,8	1.765,7	2,6	184.755,9	3.983,1	2,2
IX	14.649,8	749,8	5,1	82.852,3	2.037,6	2,5	233.372,7	5.972,4	2,6
X	7.826,4	205,7	2,6	128.772,0	6.412,1	5,0	331.964,6	10.883,6	3,3
Total	*510.031,6*	*12.803,4*	*2,5*	*763.362,6*	*23.451,4*	*3,1*	*1.326.836,9*	*31.338,4*	*2,4*

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con Seguro social y el SP.

** En millones de pesos trimestrales.

Los datos de la ENIGH permiten analizar comparativamente el gasto de bolsillo de salud de los afiliados al Seguro Popular con el de los no asegurados y los derechohabientes del seguro social laboral. En el cuadro 11 se muestra el gasto monetario total y el gasto de salud total y como porcentaje del gasto total por decil de los tres tipos de aseguramiento.

Los datos demuestran que la población sin seguro de salud es la que tiene el gasto relativo de bolsillo de salud más alto, el 3,1% del gasto total, seguido por la del SP con el 2,5% y la con seguridad social el 2,4%. El análisis por decil y tipo de aseguramiento revela que los derechohabientes del seguro social son los que menos gastan en salud en los deciles I a VIII que, como se señaló, corresponden a tres salarios mínimos o menos. Es decir, el seguro médico de seguro social ofrece la mayor protección contra este tipo de gasto.

La comparación entre los afiliados al SP y los no asegurados sugiere que hay una protección financiera del SP en el decil I de un punto porcentual frente a los no asegurados. En los deciles II a VIII el SP solo tiene una ventaja de alrededor del 0,01% mientras que los deciles IX y X muestran tendencias opuestas con 5,1% de gasto de bolsillo para el SP en el IX y en el X con 5% para la categoría de no asegurados. Es decir el gasto de bolsillo no es sustancialmente menor para los afiliados que para los no asegurados.

En este contexto resulta importante conocer cómo se distribuye el gasto en salud entre los rubros de atención ambulatoria, hospitalización y compra de medicamentos. Primeramente se observa en el cuadro 12 que la distribución difiere entre uno y otro tipo de aseguramiento con la mayor discrepancia para los no asegurados.

Cuadro 12

Distribución porcentual del gasto en salud por tipo de atención, según decil y tipo de aseguramiento, 2010

Decil	Seguro Popular			Sin seguro			Seguro social*		
	Atención ambulatoria	*Hospital*	*Medicamento*	*Atención ambulatoria*	*Hospital*	*Medicamento*	*Atención ambulatoria*	*Hospital*	*Medicamento*
I	72	12,6	15,3	58,2	28,6	13,2	64,4	8,1	27,6
II	79,3	12,2	8,6	79,4	12,3	8,3	78,8	3,7	17,4
III	65,6	21,3	13	70,3	22,5	7,3	69,8	13,9	16,4
IV	72,6	13,7	13,7	76,7	12,3	11	74,5	11,2	14,3
V	69,8	20,5	9,7	84,8	7,7	7,5	78,2	8,3	13,5
VI	82,6	8,7	8,7	77,7	11,1	11,1	71,5	12,1	16,4
VII	63,4	25	11,5	71,4	18,4	10,2	77,1	7,2	15,7
VIII	81	3,5	15,5	77,5	10,0	12,5	73,8	10,4	15,8
IX	86,9	2,2	10,9	65	22,2	12,8	78,3	8,4	13,3
X	77	13	10,1	56,4	37,8	5,7	70,2	16,8	13
Total	*77,4*	*11,4*	*11,2*	*66,5*	*24,8*	*8,6*	*73,7*	*11,8*	*14,5*

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con Seguro social y el SP.

De esta forma, los afiliados al SP gastan el 77,4% en atención ambulatoria (consulta) mientras que los no asegurados solo erogan el 66,5% en este rubro y los derechohabientes de seguro social el 73,7%. Los afiliados al SP gastan el 11,4% en hospitalización sumas semejantes al gasto de los derechohabientes mientras que los no asegurados erogan casi el doble, 24,8%. El gasto en medicamentos es más bajo para los no asegurados mientras que los derechohabientes gastan el 14,5% y los del SP el 11,2% del gasto total en salud.

Estos datos indican que el SP ni siquiera ampara la consulta a pesar de que la CNPSS sostiene que el CAUSES la cubre en un 100%. Este gasto y el gasto en medicamentos debe interpretarse a la luz de las barreras a la atención (ver cuadro 9). El gasto en hospitalización del SP es comparativamente más bajo que el de los no asegurados que tienen el gasto proporcional más alto en este rubro. Los derechohabientes del seguro social son los que tienen el gasto proporcional más alto en medicamentos, 14,5%, y también en atención ambulatoria; situación que se explicaría por las barreras institucionales.

El análisis por decil y tipo de aseguramiento no demuestra un patrón nítido del gasto de bolsillo. Sin embargo es notable que algunos deciles de los afiliados al SP tengan un gasto proporcional alto en hospitalización (III, V y VII) y medicamentos (I y VIII), mientras que este gasto para los no asegurados se polariza entre los deciles bajos y los altos. Los derechohabientes del seguro social solo tienen un gasto relativo alto en el decil X pero el gasto en medicamentos es proporcionalmente muy alto en el decil I, lo que significa una falta de protección financiera de los derechohabientes más pobres aunque también es el grupo que menos gasta (ver cuadro 11).

En el contexto del proyecto gubernamental de separar la regulación de la administración de fondos y compra de servicios y de la prestación de servicios interesa, por último, explorar el gasto en salud desde el punto de vista del mercado. Es decir, cómo se distribuye este gasto entre los distintos tipos de aseguramiento y por decil lo que es un acercamiento a su importancia como “clientes”. Los datos del cuadro 13 permiten analizar este tema.

Cuadro 13
Gasto total de bolsillo en salud por decil y tipo de seguro, 2010

Decil	Seguro Popular		Sin seguro		Seguro social*		Total gasto salud	
	*Gasto salud***	*% Gasto total salud*	*Gasto salud***	*% Gasto total salud*	*Gasto salud***	*% Gasto total salud*	*Gasto salud***	*% Gasto total salud*
I	1.756,9	13,7	1.872,9	8,0	120,4	0,4	3.750,1	5,5
II	2.331,3	18,2	1.633,8	7,0	505,0	1,6	4.470,1	6,6
III	1.835,2	14,3	1.771,5	7,6	803,1	2,6	4.409,8	6,5
IV	1.480,1	11,6	1.567,3	6,7	1.135,8	3,6	4.183,2	6,2
V	1.661,3	13,0	2.359,8	10,1	2.413,5	7,7	6.434,6	9,5
VI	1.353,3	10,6	1.811,7	7,7	1.851,3	5,9	5.016,2	7,4
VII	920,3	7,2	2.219,0	9,5	3.670,2	11,7	6.809,5	10,1
VIII	509,5	4,0	1.765,7	7,5	3.983,1	12,7	6.258,3	9,3
IX	749,8	5,9	2.037,6	8,7	5.972,4	19,1	8.759,9	13,0
X	205,7	1,6	6.412,1	27,3	10.883,6	34,7	17.501,4	25,9
Total trimestral	12.803,4	18,9	23.451,4	34,7	31.338,4	46,4	67.593,2	100
Total anual	51.219,6	18,9	93.805,6	34,7	125.353,6	46,4	270.370,8	100

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGH (2010).

* Incluye las personas con Seguro social y el SP.
** En millones de pesos.

El gasto en salud o de bolsillo de las familias fue en 2010 270,4 mil millones de pesos. De este gasto 51,2 mil millones de pesos corresponden a los afiliados del SP, 93,8 a los que carecen de un seguro y 125,4 a los beneficiarios del seguro social. Es decir, los asegurados son los compradores más importantes de servicios de salud en el mercado, seguidos por los sin aseguramiento y al último por los afiliados al SP. Sin embargo todos tienen interés para el mercado aunque sean captados por distintos prestadores de servicios (ver cuadro 10).

Visto el gasto de bolsillo por decil se encuentra que los cuatro últimos concentran el 58% del gasto en salud. Esto tiene un significado doble. Por un lado es la población con mayor capacidad de compra la que gasta en salud por varias razones de barreras institucionales, como pueden ser la falta de medicamentos, larga espera, etcétera (ver cuadro 9). Por el otro, dado que la frecuencia de problemas de salud es semejante entre los afiliados al SP y los derechohabientes del seguro social (ver cuadro 7) se puede inferir que los más pobres no tienen la posibilidad de compensar las fallas del servicio público por falta de recursos económicos.

En el análisis de cada uno de los tipos de aseguramiento se advierte que el gasto de bolsillo de los afiliados al SP, 51,2 mil millones, es mayor que los 48 mil millones de pesos ejercidos por este seguro en 2010 (CNPSS, 2011a: 16), incluyendo los recursos depositados en el Fideicomiso de Protección Social en Salud (FPSS). Es decir, por cada peso del gasto de bolsillo de sus afiliados el SP gasta $0.93. Todavía más relevante, el 58% de este gasto corresponde a los deciles I a IV, o sea a los más pobres.

Las personas que carecen de un seguro gastan 93.8 mil millones o 42.6 mil millones más que los afiliados al SP monto que corresponderían a la protección financiera de los del SP. Sin embargo, la distribución de este gasto entre los deciles es distinta en ambos casos. Así en el decil X se gasta el 27% del gasto total y en los deciles VII a X el 53% y los I y II el 15%. Comparando el gasto de bolsillo de los deciles I-IV del SP y los sin seguro, estos últimos gastan 2,2 mil millones menos; dato que cuestiona la protección financiera para los pobres ofrecida por el SP.

En el caso de los derechohabientes del seguro social que tienen el gasto de bolsillo más alto, 125,4 mil millones en comparación con un presupuesto de 168,7 mil millones de pesos según el decreto del PEF de 2010. O sea, por cada peso de gasto de bolsillo de sus derechohabientes los institutos de seguro social gastan $1,35. Asimismo la distribución del gasto de bolsillo es diferente que la del SP. Los deciles I a IV solo gastan el 5,6% de esta cantidad: 7 mil millones y 22,6 mil millones menos que los del SP en los mismos deciles. En cambio los deciles VII a X gastan el 72% del total y el decil X el 34,7%. Estos datos son otra evidencia de que el seguro social es el que ofrece la mayor protección financiera a sus derechohabientes.

IV.2 COBERTURA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SNPSS

En este inciso se analiza la cobertura de servicios de salud del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y de los padecimientos de gasto catastrófico. También se complementa el texto del apartado IV.1 con algunos indicadores de la discrepancia entre la cobertura legal y el uso de los servicios como un *proxy* del acceso. Las fuentes de información son los textos y datos de la propia CNPSS y de la SSA.

La Ley General de Salud (Artículo 77 bis 1) establece que:

> La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera

> integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.
> Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Esta disposición legal es en la realidad solo normativa ya que, en el mejor de los casos y con importantes restricciones, el segundo párrafo es lo que se ofrece, con excepción de la atención geriátrica. La instancia encargada de proponer las intervenciones a incluir en el SNPSS es el Consejo de Salubridad General pero la CNPSS toma la decisión final supuestamente sobre la base de un cálculo de costo-beneficio (Reglamento de la Ley General de Salud, 2004: Artículo 13). En principio los responsables de garantizar la prestación de los servicios del CAUSES son los REPSS –la instancia financiadora a nivel estatal– a través de los SES o prestadores privados mientras que las intervenciones de gasto catastrófico son autorizadas, validadas y contratadas-pagadas por la CNPSS a instituciones públicas y privadas certificadas.

IV.2.1 INTERVENCIONES Y SERVICIOS LEGALMENTE AMPARADOS POR EL CAUSES

El contenido del paquete de servicios de salud amparado por el Seguro Popular se ha ampliado en el lapso de 2004 a 2010. Inicialmente se llamaba Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), denominación tomada de *Invertir en salud* del Banco Mundial[4] (1993), que abarcaba 91 intervenciones. Es importante subrayar que se trata de "intervenciones" y no de padecimientos o enfermedades. Aunque esta denominación se justifica para las acciones de prevención, introduce un problema serio al fragmentar el proceso integral de atención a las enfermedades que frecuentemente se traduce en la exclusión de tramos completos de cuidado.

En 2006 se cambió el nombre de CASES a CAUSES –Catálogo Universal de Servicios de Salud– denominación también falaz ya que

4 El Banco Mundial denomina a las intervenciones de su Paquete Básico "servicios esenciales" y "servicios discrecionales" a aquellas que quedan fuera del paquete; denominación engañosa al sugerir que son a discreción de cada quien cuando en realidad pueden involucrar enfermedades graves y mortales. El propósito es que sea el sector privado que proporcione los servicios discrecionales.

induce a pensar que cubre todo al ser "universal". El CAUSES 2006 incluye 250 intervenciones que en su mayoría corresponden al desdoblamiento de las 91 intervenciones originales. Por ejemplo, en el CASES se cubre "Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal" mientras que el CAUSES 2006 se cuenta como "intervención" al diagnóstico y tratamiento de cada una de las parasitosis intestinales. Otro ejemplo es el "diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones" que se convierten en seis intervenciones. El CAUSES 2010 (CNPSS, 2010c), finalmente, alista 275 "intervenciones" (ver Anexo II). La diferencia respecto a CAUSES 2006 es básicamente una reorganización de los padecimientos en seis grandes rubros. Aumentan algunos padecimientos y tratamientos que pertenecen al Seguro Médico para una Nueva Generación.

La CNPSS sostiene que cubre nueve padecimientos de gasto catastrófico y el 100% del primer nivel de atención y el 98% del segundo nivel. Manifiesta, además, que están incluidas 1.400 enfermedades[5].

Esto significa que el paciente debe pagar el tratamiento de todas las intervenciones que no están incluidas en el CAUSES o entre los padecimientos de gastos catastrófico. Persiste de esta manera una barrera económica muy importante de acceso a la atención médica de los beneficiarios como se corroboró en el análisis de la ENIGH (cuadro 9). Por otra parte, muchos afiliados no acceden a la atención incluida en el CAUSES o entre las enfermedades de gasto catastrófico porque los servicios de diagnóstico y tratamiento no existen cerca de su domicilio (Lakin, 2010) y el traslado corre a cargo del paciente.

En diciembre de 2006 se añadió al SNPSS el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) para los niños nacidos a partir de esta fecha (la de la toma de posición del nuevo gobierno) que tiene un paquete especial con mayor cobertura, particularmente en cuidados intensivos neonatales, cáncer y malformaciones congénitas (Ver Anexo II: 138). Finalmente se creó el programa Embarazo Saludable en 2009 como complemento al SMNG, sin añadir más acciones al CAUSES.

Las 1.400 enfermedades publicitadas por el SP son en realidad 497 aplicando la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10), e incluyen los diagnósticos y sus sub-clasificaciones, por ejemplo, 13 tipos de úlcera estomacal o duodenal, 8 tipos de quemaduras de segundo grado pero ninguna de tercer grado. A ellas se añaden 8 vacunas y 21 procedimientos clínicos que no son padecimientos, por ejemplo, el examen médico general. Los institutos de

5 Aumentaron a 1.500 sin mayor explicación, en el año 2012. Ver: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>.

seguro social, por su parte, incluyen todas las enfermedades del CIE-10. Comparativamente el SP solo cubre el 11% de los padecimientos amparados por el seguro médico del IMSS (CONEVAL, s/f: 50).

En el rubro de consulta general y de especialidad el CAUSES incluye 103 diagnósticos como son las infecciones de vías respiratorias e intestinales; de la infancia, algunos padecimientos de la piel, hipertensión y diabetes pero no todas sus complicaciones. Destaca la atención de epilepsia, condiciones psiquiátricas y adicciones pero con esquemas de tratamiento muy rudimentarios. Las urgencias registradas son la estabilización de diabetes e hipertensión, angina de pecho, intoxicaciones agudas y traumatismos simples.

Las hospitalizaciones son las relacionadas con el parto y el recién nacido y los mismos padecimientos que las urgencias, pero excluyen algunas de las principales causas de muerte como son las enfermedades cerebro-vasculares, la mayoría de los cánceres, infarto del corazón en mayores de 60 años, cirrosis, nefrosis y nefritis y los traumatismos graves, que tampoco están entre las de gastos catastrófico. En cuanto a las cirugías abarcan hernias, de abdomen, ginecológicas comunes, prostáticas, algunos padecimientos ortopédicos y cirugías menores. Con este análisis queda manifiesto que la afirmación de que el CAUSES cubre el 100% de las consultas y el 98% de las hospitalizaciones no concuerda con los datos de causas de consulta y egresos hospitalarios, como se analizará posteriormente (SINAIS, 2010).

En 2010 las enfermedades de gasto catastrófico de adultos eran catarata, el tratamiento ambulatorio de VIH, los cánceres cervico-uterino y mamarios. En 2012 se incrementaron con el cáncer testicular, el linfoma no-Hodgkin y el infarto al corazón en menores de 60 años. Los cánceres cubiertos son, en términos de mortalidad por cáncer, menos importantes que los de vías respiratorias, del tracto intestinal y del hígado, asimismo el límite de edad del infarto deja fuera al 80% de quienes presentan esta enfermedad. Se añaden, por último, el trasplante de córnea y de médula ósea que son intervenciones y no enfermedades.

El SMNG y el Embarazo Saludable destacan por la exención de cuotas para los deciles I a VII mientras que el resto de las familias deberían de pagar a partir del decil V.

IV.2.2 SERVICIOS PRESTADOS Y ACCESO

La CNPSS registró en 2010 las siguientes atenciones a sus afiliados: 56.028.217 consultas, 2.681.140 urgencias y 1.071.375 egresos hospitalarios (CNPSS, 2011a: 65, 67, 69). Como punto de comparación se presentan los mismos datos agrupados para el SP, el IMSS, el ISSSTE y la SSA/SES en el cuadro 14.

Cuadro 14
Comparación de tipos y frecuencia de servicios prestados por SP, IMSS e ISSSTE, 2010

Tipo de atención	SP*	IMSS	ISSSTE	SSA-SES
Consulta por persona	1,4	3,0	3,1	3,3
Urgencias por persona	0,07	0,43	0,12	0,24
Egresos hospitalarios por 100 personas	2,7	4,8	3,7	5,7

Fuente: CNPSS (2011a: 65, 67, 69) y SINAIS (2010).

* Calculado sobre el promedio de afiliados junio y diciembre, 2010.

Como se observa la prestación de servicios del SP por persona es sustancialmente más baja que la de las otras instituciones lo que cuestiona la reiterada afirmación de los altos funcionarios gubernamentales que el SP ha incrementado el acceso a los servicios. Es de destacar que la SSA-SES, que cubre la misma población objetivo que el SP, presenta los datos más altos en consultas y hospitalización. De las instituciones de seguro social, el IMSS tiene los indicadores más favorables.

A continuación se analizan con más detalle los datos de egresos hospitalarios[6] registrados por la CNPSS que son indicativos de las características de los servicios proporcionados y de la población atendida. Los datos totales muestran que las mujeres tienen el porcentaje más alto de egresos, 82,4% versus el 17,6% de los hombres. En cuanto a los grupos de edad el 72,3% de los egresados están entre 15 y 44 años mientras que los de 0 a 4 años tienen el 4,6% y los adultos mayores el 5,8%.

Los porcentajes desglosados por grupo de edad y sexo revelan que los hombres tienen porcentajes más altos que las mujeres entre 0 y 14 años y los porcentajes de los mayores de 65 años se vuelven a acercar. El grupo que mayor discrepancia tiene entre los sexos es el de 15 a 44 años donde las mujeres representan el 94,3% de los egresos. Aunque es una pauta común que las mujeres usan los servicios de salud más que los hombres, no parece explicar estos datos del SP.

6 Los egresos hospitalarios son los ingresos al hospital restando los fallecimientos.

Cuadro 15
Egresos hospitalarios del SP por edad y sexo, 2012

Grupo etario	Mujeres		Hombres		Total	
	Casos	*% del total*	*Casos*	*% del total*	*Casos*	*% del total*
0 a 4	43.813	42,1	60.181	57,8	104.113	9,7
5 a 14	24.264	48,8	25.480	51,2	49.753	4,6
15 a 44	730.621	94,3	44.170	5,7	774.809	72,3
45 a 64	49.824	62,0	30.507	38,0	80.347	7,5
65 o más	34.150	54,8	28.084	45,1	62.328	5,8
Total	*882.687*	*82,4*	*188.516*	*17,6*	*1.071.375*	*100*

Fuente: Informe Resultados (2010); CNPSS (2011a: 71).

Para entender mejor el patrón de hospitalización del SP es necesario remitirse a las causas por las cuales los afiliados se hospitalizaron, ya que es un acercamiento a qué padecimientos se atienden y cuáles no, lo que es un reflejo del contenido del CAUSES. En el cuadro 16 se exponen las 20 principales causas de los egresos hospitalarios y el resto de las causas con casos, porcentajes respecto al total de egresos y la frecuencia por 10 mil afiliados al SP.

El primer hallazgo importante es que las causas relacionadas con el embarazo y el parto constituyen 61,2% de todos los egresos. Esto explica, por un lado, el alto porcentaje de egreso de mujeres en el grupo de edad de 15 a 44 años. Por el otro, refuerza la observación de que el SP está orientado a atender los padecimientos maternos e infantiles, estos últimos a través del catálogo del SMNG. A pesar de esta orientación la tasa de mortalidad materna por 100 mil nacimientos estimados no ha mostrado una mejoría sensible en el período 2004 a 2010 con 58,2 en 2006, 55,6 en 2007, 57,2 en 2008, 62,2 en 2009 y 51,5 en 2010[7] (Dirección General de Epidemiología, 2011). Las razones principales del poco impacto sobre a mortalidad materna serían la falta de servicios en algunos estados, el desvío de los recursos transferidos al SP para otros fines y la ausencia de un enfoque intercultural (Díaz, 2010:121-123).

Las "otras causas especificadas" representan solo el 14,9% de los egresos. El cotejo con el CAUSES revela que en este grupo están incluidas las enfermedades clasificadas en los rubros "Hospitalización" y "Cirugías". Resalta que se reportan "enfermedades de la piel", "enfermedad cerebro-vascular" y "Colelitiasis y colelitasis" que no están

7 Ultimo año con datos oficiales.

incluidas en el CAUSES para hospitalización así como "Nefritis y nefrosis" cuando solo está incluido "pielonefritis". El resto de causas no especificadas representan el 23,9% el total de egresos.

Cuadro 16

Veinte principales y otras causas de egresos hospitalarios del SP. Casos, porcentaje del total y frecuencia por 10 mil afiliados, 2010

Padecimiento	Casos	Porcentaje total de egresos	Frecuencia 10 mil afiliados*
Embarazo y parto			
Parto único espontáneo	544.513	50,8	135,6
Aborto	43.794	4,1	10,9
Preclampsia	25.441	2,4	6,3
Hemorragia obstétrica	11.189	1	2,8
Asfixia y trauma de nacimiento	16.807	1,6	4,2
Bajo peso al nacer y prematuros	6.899	0,6	1,7
Atención anticoncepción	6.655	0,6	1,7
Subtotal embrazo y parto	*655.298*	*61,2*	*163,1*
Otras causas especificadas			*0*
Colelitiasis y colelitasis	26.448	2,5	6,6
Neumonía e Influenza	22.412	2,1	5,6
Diabetes mellitas	18.720	1,7	4,7
Apendicitis	17.282	1,6	4,3
Nefritis y nefrosis	14.393	1,3	3,6
Hernia inguinal y femoral	11.147	1	2,8
Enfermedad infecciosa intestinal	10.735	1	2,7
Fracturas hombro, brazo o antebrazo	9.347	0,9	2,3
Enfermedades de la piel	8.215	0,8	2
Fractura de pierna, incluye tobillo	6.045	0,6	1,5
Enfermedad endócrina, metabólica, hematológica e inmunológica, excepto diabetes	5.469	0,5	1,4
Fractura de fémur	5.205	0,5	1,3
Enfermedad cerebro-vascular	4.481	0,4	1,1
Subtotal otras causas especificadas	*159.899*	*14,9*	*39,8*
Otras causas no especificadas	256.178	23,9	63,8
TOTAL	1.071.375	100	266,7

Fuente: Cálculos propios con datos de CNPSS (2011a:.71).

* Población afiliada es el promedio de afiliados entre junio y diciembre, 2010.

México no dispone de datos confiables y precisos sobre morbilidad ni sobre el requerimiento de atención hospitalaria de distintas enfermedades. Esto dificulta la interpretación de las frecuencias de los egresos hospitalarios. Aunque las poblaciones del SP y el IMSS no son demográfica y socialmente iguales, la comparación entre los egresos hospitalarios de ambos seguros permite sin embargo hacer algunas inferencias.

Las causas maternas representan en el IMSS el 25% de los egresos versus el 58,4% del SP. Los mismos datos para diabetes son 3,4 versus 2,1%; infecciones respiratorias 3,5 contra 2,1%; las fracturas 3,7 contra 2%: las endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas, excepto diabetes 1,2 versus 0,8% y; enfermedades respiratorias no infecciosas 3,4 contra menos de 0,4%. Es decir, el perfil de egresos hospitalarios entre los dos seguros muestra datos sistemáticamente más bajos para el SP. Por otra parte, los egresos del IMSS incluyen a los tumores malignos con el 3,8% y las cardiovasculares con el 6,6 % de los egresos lo que demuestra una necesidad de atención no satisfecha por el SP que no los incluye en el CAUSES o entre los de gasto catastrófico. (SINAIS, 2010).

IV.2.3 ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE GASTO CATASTRÓFICO

En vista del impacto de las enfermedades de gasto catastrófico sobre el ingreso familiar y el posible empobrecimiento por causas de salud, se analizan a continuación los datos de las enfermedades de gasto catastrófico del año 2010 tal como se presentan en los Informes de la CNPSS de 2010 y 2011. Los casos "autorizados" son el número de casos programados y aprobados por el Comité Técnico del Fideicomiso de Protección Social en Salud (FPSS) para su financiamiento durante el año. Se debe destacar que este procedimiento es una irregularidad legal, ya que todos los que padecen de alguna de las enfermedades explícitamente cubiertas por el seguro deberían tener acceso oportuno al tratamiento requerido. Los casos "validados" son los casos presentados por los prestadores de servicios que cumplen con la normatividad y que la CNPSS valida para su pago.

El cuadro 17 resume los casos autorizados para 2010 y, de estos, los casos validados en 2010 y 2011. El dato del total de enfermedades de gasto catastrófico no incluye la vacuna anti-influenza que fue añadida con la epidemia de Influenza A H1/N1.

Cuadro 17
Gastos catastróficos 2010: casos autorizados y validados, 31-12-2010 y 31-12-2011

Enfermedades	Autorizados 2010	Validados 2010		Validado total 2011	
	Casos	*Casos*	*%**	*Casos*	*%**
Adultos					
Cáncer cérvico-uterino	12.251	7.049	57,5	6.860	56
Cáncer mamario	14.658	11.394	77,7	11.065	75,5
Cataratas	27.805	26.839	96,5	25.208	90,7
VIH-SIDA	37.024	37.024	100	37.024	100
Niños					
Cáncer	5.446	3.381	ND	3.315	ND
SMNG		481	ND	475	ND
Suma	5.446	3.862	70,9	3.790	69,6
Trasplante médula ósea	78	49	62,8	49	62,8
Cuidados intensivos neonatales	18.614	17.835	95,8	17.207	92,4
Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos	3.708	3.251	87,7	3.181	85,8
Insuficiencia renal crónica	101	101	100	55	54,5
Total enfermedades GC	119.685	107.404	89,7	104.439	87,3
Vacuna anti-influenza	10.600.000	10.600.000	100	10.600.000	100
Gran total	10.719.685	10.707.404	100	10.704.439	100

Fuente: CNPPS, SSA, Informe (2011a: 47) e Informe (2012: 41).

* Porcentaje respecto a los casos autorizados.

Un primer hallazgo es que el 35,5% de los casos son de VIH/SIDA, el 24,1% de cataratas y el 16,5% de cuidado intensivo neonatal que juntos representan el 76% del total de los casos validados. La atención a las personas con VIH/SIDA, que solo reciben tratamiento ambulatorio con medicamentos y la toma de pruebas serológicas, obedece a una buena organización de los pacientes y al compromiso internacional de México contraído en la ONU lo que explica el alto número relativo de casos.

La operación de cataratas es un procedimiento quirúrgico, frecuentemente ambulatorio, y de relativamente bajo costo, unos 6 mil pesos. Los cuidados intensivos neonatales incluyen prematuros, insuficiencia respiratoria y sepsis que son diagnósticos poco precisos y las dos primeras están también incluidas en el CAUSES. Eso es, muchas de estas intervenciones se hacen regularmente en los servicios. Sin desconocer la importancia de estas enfermedades es significativo que representan la mayoría de los casos autorizados y validados. Por otra parte, se observa en el cuadro que al 31 de diciembre de 2010 todavía

faltaban por validar más de 12 mil casos. Esto refleja la lentitud y dificultades del proceso burocrático de la CNPSS; situación preocupante ya que la mayoría de los casos requiere de una intervención rápida para salvar al paciente o frenar la progresión de la enfermedad.

Cabe señalar que se validó el 89,7% de los casos autorizados en 2010 pero este dato bajó al 87,3% en 2011; hecho que nuevamente indica los problemas burocráticos de la CNPSS. Al cierre al 31 de diciembre de 2011 se habían validado el 100% de los casos autorizados de VIH/SIDA, el 92,4% de los cuidados intensivos neonatales y el 90,7% de las cataratas. El resto de los porcentajes de los casos validados respecto a los autorizados son así: la insuficiencia renal crónica en niños el 54,4; el trasplante de médula ósea el 62,8; el cáncer cérvico-uterino el 56 y el mamario a 75,5; los cánceres de niño y padecimientos amparados por el SMNG 69,6; los trastornos quirúrgicos 85,8. Es decir son porcentajes bastante bajos con excepción del VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales y las cataratas.

Esta situación es difícil de interpretar y la CNPSS no hace explícitos los criterios que utiliza para estimar y autorizar el número de casos. Tampoco aclara si se refiere a casos que han recibido tratamiento o solo el diagnóstico, por ejemplo en materia de cáncer de mama. Faltan además datos de seguimiento de los casos diagnosticados y/o tratados lo que impide conocer la eficiencia de sus intervenciones ya que su mera realización no mide el éxito terapéutico o mejora en la salud de los pacientes. A estas dificultades se añade, como ya se señaló, que México no tiene datos confiables sobre la incidencia (nuevos casos) o la prevalencia (casos en la población) de estas enfermedades.

El hecho de que no se llega a llenar los cupos de casos autorizados aun transcurridos dos años puede tener varias explicaciones. La primera es que los afiliados no tienen información sobre sus derechos como afiliados al SNPSS y la segunda que el personal de salud tampoco disponga de la información y la trasmita a la población. Además, se añaden los obstáculos derivados de la falta de infraestructura de salud que tiene dos consecuencias. Por una parte dificulta el diagnóstico de los padecimientos por la carencia de equipo y, por el otro, impide a las personas diagnosticarse o atenderse porque tienen que trasladarse con sus propios medios. Este problema se analiza en base a los datos de los cuadros 18 y 19, y basta señalar que la frecuencia con que se recibió el apoyo diagnóstico y/o el tratamiento es muy desigual entre las entidades federativas.

El cuadro 18 expone los datos de distribución de los casos de gastos catastróficos de adultos por entidad federativo o estado lo que permite acercarse al acceso geográfico real de los pacientes con estos padecimientos en la suposición de que la frecuencia sea similar entre una y otra entidad.

Cuadro 18

Casos validados y pagados* de enfermedades de gasto catastrófico, en adultos por estado, 2010

Entidad federativa	Afiliados 2010**	Cáncer cérvico-uterino		Cáncer de mama		Cataratas	
		Casos	*Tasa****	*Casos*	*Tasa****	*Casos*	*Tasa****
Aguascalientes	422.007	52	12,3	115	27,3	285	67,5
Baja California	714.672	70	9,8	123	17,2	368	51,5
Baja California Sur	154.998	40	25,8	59	38,1	0	0
Campeche	409.650	41	10	62	15,1	0	0
Coahuila	590.577	19	3,2	0	0,0	1.420	240,4
Colima	273.747	91	33,2	185	67,6	135	49,3
Chiapas	2.810.755	141	5	149	5,3	456	16,2
Chihuahua	952.570	143	15	275	28,9	2.043	214,5
Distrito Federal	1.599.046	2.102	131,5	4.620	288,9	5.585	349,3
Durango	504.850	97	19,2	136	26,9	452	89,5
Guanajuato	2.472.485	247	10	446	18,0	1.317	53,3
Guerrero	1.716.184	527	30,7	309	18	0	0
Hidalgo	1.338.670	0	0	0	0	945	70,6
Jalisco	1.899.121	167	8,8	693	36,5	2.407	126,7
México	4.977.616	140	2,8	213	4,3	0	0
Michoacán	1.548.902	196	12,7	354	22,9	1.201	77,5
Morelos	729.453	0	0	0	0	0	0
Nayarit	521.874	92	17,6	173	33,1	930	178,2
Nuevo León	870.668	75	8,6	213	24,5	2.002	229,9
Oaxaca	1.974.369	339	17,2	376	19	188	9,5
Puebla	2.074.094	298	14,4	328	15,8	278	13,4
Querétaro	675.047	69	10,2	186	27,6	334	49,5
Quintana Roo	448.954	0	0	0	0	280	62,4
San Luís Potosí	1.124.783	90	8	210	18,7	1.236	109,9
Sinaloa	932.844	161	17,3	342	36,7	448	48
Sonora	650.423	156	24	306	47	398	61,2
Tabasco	1.354.428	418	30,9	440	32,5	384	28,4
Tamaulipas	1.169.064	116	9,9	144	12,3	0	0
Tlaxcala	701.857	0	0	0	0	172	24,5
Veracruz	3.120.555	772	24,7	417	13,4	983	31,5
Yucatán	744.231	185	24,9	154	20,7	608	81,7
Zacatecas	690.154	16	2,3	37	5,4	353	51,1
TOTAL	*40.168.639*	*6.860*	*17,1*	*11.065*	*27,5*	*25.208*	*62,8*

Fuente: CNPSS (2012: 42).

* Casos de 2010 validados y pagados al 31 de diciembre, 2011.

** Afiliados promedio enero-diciembre, 2010; incluye todas las edades, no existe desglose por edad y sexo.

*** Por 100 mil afiliados.

Antes de proceder al análisis es importante insistir en que estos datos no reflejan la frecuencia de las enfermedades en la población sino la capacidad para atenderlas de cada entidad federativa. De esta manera, el Distrito Federal ocupa el primer lugar en todas las enfermedades, lo que no es casual ya que tiene la concentración más alta de instituciones médicas públicas y de alta especialidad del país. En cambio las tasas son muy bajas para todas las enfermedades en su vecino, el estado de México. Una posible interpretación es que los pacientes de este estado aparecen contabilizados en el Distrito Federal por haberse atendido allí; situación que no se puede aclarar debido a que la CNPSS no precisa si sus datos se refieren al lugar de residencia o de atención, lo que es un importante error metodológico.

Llama la atención que el resto de las entidades federativas tienen tasas mucho más bajas y que no muestran una pauta regular. Es decir, pueden tener una tasa alta para alguna de las enfermedades y baja para otras. Por ejemplo Jalisco, que tiene servicios de alta complejidad, tiene una tasa de 8,5 para cáncer cérvico-uterino y 35,2 para cáncer de mama; situación que hace pensar que se incluyen las mastografías aun cuando no se haya dado el tratamiento. Otro ejemplo es Baja California Sur con tasas relativamente altas en los cánceres pero cero en cataratas. El caso inverso se da en Nuevo León que tiene una tasa alta de cataratas y bajas en los cánceres a pesar de ser un estado con servicios públicos de alta complejidad.

Estos datos sugieren un alto grado de discrecionalidad en la distribución del Fondo de Gastos Catastróficos o la falta de una adecuada administración del mismo. Esto se traduce en una barrera burocrática de acceso a los beneficios amparados que se suma a las barreras geográficas por la carencia de los recursos de salud necesarios.

El comportamiento de las enfermedades de gasto catastrófico amparados por el SMNG se observa en el cuadro 19. El hallazgo sobresaliente es que los cuidados intensivos neonatales representan el 81,5% de todos los casos en este grupo, con las ambigüedades de clasificación ya señaladas. Es, asimismo, de difícil interpretación que Baja California Sur y Campeche no registran casos a pesar de que no se encuentran entre los estados más desprovistos de facilidades médicas. El resto de los padecimientos tiene un comportamiento semejante al de los adultos. De esta manera el Distrito Federal tiene entre las tasas más altas del país, con excepción de cuidados intensivos neonatales donde Sonora encabeza la lista, mientras que el estado de México destaca por sus tasas muy bajas en todas las enfermedades, incluyendo a los cuidados intensivos neonatales. Los otros estados, con excepción de Sinaloa, pueden tener una tasa alta para un padecimiento y bajas en otros.

Cuadro 19

Casos validados y pagados* de enfermedades de gasto catastrófico, en niños por estado, 2010

Entidad Federativa	Afiliados 2010**	Cuidados intensivos neonatales		Cáncer de niños		Trastornos quirúrgicos congénitos o adquiridos		Otros SMNG	
		Casos	*Tasa****	*Casos*	*Tasa****	*Casos*	*Tasa****	*Casos*	*Tasa****
Aguascalientes	43.053	799	1.855,9	27	62,7	122	283,4	4	9,3
Baja California	59.535	480	806,3	47	78,9	52	87,3	7	11,8
Baja California Sur	17.920	0	0	0	0	0	0	0	0
Campeche	35.142	0	0	11	31,3	0	0	6	17,1
Coahuila	66.170	75	113,3	26	39,3	35	52,9	0	0
Colima	24.983	170	680,5	45	180,1	13	52	9	36
Chiapas	241.826	565	233,6	53	21,9	44	18,2	12	5
Chihuahua	94.275	914	969,5	85	90,2	164	174	13	13,8
Distrito Federal	182.484	1.906	1.044,5	870	476,8	647	354,6	110	60,3
Durango	56.373	615	1091	40	71	107	189,8	14	24,8
Guanajuato	242.611	948	390,7	132	54,4	271	111,7	25	10,3
Guerrero	127.969	452	353,2	81	63,3	0	0	9	7
Hidalgo	117.826	332	281,8	66	56	78	66,2	16	13,6
Jalisco	235.055	1.549	659	189	80,4	235	100	21	8,9
México	515.019	261	50,7	149	28,9	110	21,4	19	3,7
Michoacán	153.540	322	209,7	105	68,4	0	0	1	0,7
Morelos	57.506	38	66,1	39	67,8	26	45,2	16	27,8
Nayarit	49.158	497	1.011	16	32,5	35	71,2	4	8,1
Nuevo León	99.398	561	564,4	30	30,2	104	104,6	15	15,1
Oaxaca	169.022	228	134,9	122	72,2	128	75,7	17	10,1
Puebla	210.734	927	439,9	214	101,5	320	151,9	25	11,9
Querétaro	70.339	646	918,4	48	68,2	29	41,2	6	8,5
Quintana Roo	60.811	251	412,8	15	24,7	0	0	1	1,6
SLP	107.205	678	632,4	98	91,4	82	76,5	20	18,7
Sinaloa	88.986	598	672	181	203,4	107	120,2	22	24,7
Sonora	70.345	796	1.131,6	37	52,6	43	61,1	9	12,8
Tabasco	110.648	394	356,1	141	127,4	131	118,4	23	20,8
Tamaulipas	117.332	705	600,9	51	43,5	60	51,1	10	8,5
Tlaxcala	53.767	287	533,8	31	57,7	77	143,2	7	13
Veracruz	283.098	412	145,5	228	80,5	63	22,3	23	8,1
Yucatán	69.130	340	491,8	90	130,2	34	49,2	8	11,6
Zacatecas	71.667	461	643,3	48	67	64	89,3	3	4,2
TOTAL	3.902.919	17.207	440,9	3.315	84,9	3.181	81,5	475	12,2

Fuente: CNPSS (2011: 24) y CNPSS (2010a: 25).

* Casos de 2010 validados y pagados al 31 de diciembre, 2011.

** Promedio total de afiliados al SMNG entre junio y diciembre, 2010.

*** Tasa por 100 mil afiliados al SMNG.

En los estados más pobres o con regiones amplias de muy alta marginación –Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz– supuestamente se ha realizado un esfuerzo especial en el ámbito de salud de los niños. En general estos estados tienen tasas consistentes en tres de los padecimientos pero con una tasa baja de cuidados intensivos neonatales. Esto expresa que siguen existiendo serias barreras geográficas, y frecuentemente culturales, al tratarse de población indígena, para atender a los recién nacidos (y a sus madres) con complicaciones del parto. Este problema solo se resolverá instrumentando medidas eficientes de traslado, organizado y pagado por la CNPSS, así como enfoques efectivamente interculturales.

Por último, es de señalar que a pesar de que el trasplante de medula ósea para casos de leucemia y el tratamiento de la insuficiencia renal crónica están incluidos entre los padecimientos de gasto catastrófico de niños, hasta 2011 solo se instrumentaban como programas piloto en el Distrito Federal (trasplante de médula) y San Luís Potosí (insuficiencia renal).

En resumen, sin menospreciar las oportunidades de diagnóstico y tratamiento que significa la cobertura médica de algunas enfermedades de gasto catastrófico siguen existiendo múltiples barreras para que los afiliados accedan a este beneficio. De esta forma la barrera geográfica es determinante pero también persisten los obstáculos burocrático-institucionales, económicos y culturales. Esto confirma los hallazgos de la ENIGH expuestos en el inciso IV.1.2.

IV.3 FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Muchos de los problemas encontrados de cobertura y acceso a los servicios remiten al tema del financiamiento del SNPSS. Por ello se revisan en este apartado las distintas fuentes del financiamiento del SNPSS y la utilización de los recursos financieros. De esta manera, se analizan en este apartado el monto y aplicación de las aportaciones federales, estatales y familiares; luego se estima el monto del subejercicio y algunos mecanismos utilizados para que no aparezca como tal. Asimismo, se examinan la evolución y el uso de los recursos del Fideicomiso de PSS. Por último, se analiza el costeo de los servicios cubiertos por el seguro y se compara con los recursos financieros asignados al sistema.

Las fuentes de información son los textos y datos de la propia CNPSS; la información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y; la información solicitada al Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI), órgano autónomo del Poder Ejecutivo federal. Cabe señalar que la "no información", o sea, información solicitada pero no proporcionada permite hacer algunas inferencias valiosas.

IV.3.1 FINANCIAMIENTO LEGAL Y REAL

El financiamiento del SNPSS está reglamentado por la LGS (Ley General de Salud, 2004: Artículo 77 bis, incisos 11-28). El gobierno federal sostiene que su modelo de financiamiento es equivalente al modelo tripartito del seguro social pero los "contribuyentes" son el gobierno federal, las entidades federativas en sustitución del patrón y las familias en sustitución del trabajador.

Las principales aportaciones al SNPSS son las federales que se erogan regularmente aunque no alcancen las cantidades legalmente establecidas, como se verá. La LGS establece dos aportaciones federales, la Cuota Social (CS) y la Aportación Solidaria Federal (ASF). Hasta 2009 la CS por familia afiliada era del 15% del salario mínimo del Distrito Federal (SMDF), ajustado *trimestralmente* por el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). A partir de 2010 se individualizó la CS y a cada persona afiliada le corresponde el 3,92% de un SMDF, actualizado *anualmente* por el INPC (LGS Artículo 77 bis 12). La nueva regla repercute en los montos del ASF y en la Aportación Solidaria Estatal (ASE) ya que sus montos están fijadas en 1,5 y 0,5 veces de la CS respectivamente. La prima familiar se fija sobre la base del ingreso familiar, establecido con un cuestionario y el tabulador correspondiente. Este procedimiento no se modificó a raíz del cambio en el cálculo de la CS, o sea se cotiza por familia.

Es de notar que la afiliación sigue siendo familiar, aun cuando la asignación financiera sea individual. Sin embargo las nuevas reglas se traducen en un decremento de los recursos transferidos a las entidades federativas. Los dos cuadros siguientes ayudan a explicar la dinámica que lleva a esta disminución. En el cuadro 20 se expone el número de personas y familias registradas por la CNPSS como afiliadas al SNPSS y el promedio de personas por familia en cada estado, en junio y diciembre de 2010.

Como se advierte el promedio de integrantes por familia disminuye entre junio y diciembre en todos los estados. De esta manera en promedio el número de miembros por familia baja del 2,90 a 2,79; o en 0,11 personas. Destaca que en 15 estados disminuye el promedio de personas por familias, más que la disminución nacional. Las entidades más afectadas son el Distrito Federal, el estado de México, Querétaro y Quintana Roo que pierden 0.2 o más personas en promedio.

Esto repercute en los recursos financieros federales transferidos por la CS ya que su monto depende, como se señaló, del número de personas afiliadas y no del número de familias. No es lógico que esta disminución obedezca a un repentino cambio en la composición familiar entre junio y diciembre de 2010. La única explicación coherente es que la CNPSS haya revisado pormenorizadamente la estructura de las familias con la finalidad de reducir el costo federal del SNPSS.

Cuadro 20
Número de personas y familias afiliadas al SNPSS y promedio de personas por familia según entidad federativa, junio y diciembre, 2010

Entidad Federativa	Junio			Diciembre		
	Personas	*# familias*	*Promedio de personas por familia*	*Personas*	*# familias*	*Promedio de personas por familia*
Aguascalientes	427.053	137.583	3,1	416.961	140.379	2,97
Baja California	632.082	271.461	2,33	797.261	350.898	2,27
BCS	145.315	51.089	2,84	164.681	60.150	2,74
Campeche	402.972	137.892	2,92	416.328	149.883	2,78
Chiapas	2.623.609	871.949	3,01	2.997.900	1.060.018	2,83
Chihuahua	872.101	326.047	2,67	1.033.038	408.791	2,53
Coahuila	551.153	191.334	2,88	630.000	226.396	2,78
Colima	272.006	106.949	2,54	275.487	113.281	2,43
Distrito Federal	1.453.673	555.963	2,61	1.744.419	723.249	2,41
Durango	471.092	154.231	3,05	538.607	188.975	2,85
Guanajuato	2.383.994	793.869	3	2.560.975	878.127	2,92
Guerrero	1.458.569	464.221	3,14	1.973.798	631.916	3,12
Hidalgo	1.273.739	410.204	3,11	1.403.601	480.029	2,92
Jalisco	1.830.437	635.958	2,88	1.967.804	715.161	2,75
México	4.128.233	1.345.460	3,07	5.826.998	2.116.818	2,75
Michoacán	1.450.194	471.744	3,07	1.647.610	558.550	2,95
Morelos	678.233	247.527	2,74	780.672	294.900	2,65
Nayarit	493.747	179.540	2,75	550.000	212.965	2,58
Nuevo León	794.806	287.684	2,76	946.529	353.554	2,68
Oaxaca	1.878.766	667.466	2,81	2.069.971	741.380	2,79
Puebla	1.960.115	674.770	2,9	2.188.072	782.902	2,79
Querétaro	638.857	206.627	3,09	711.236	251.740	2,83
Quintana Roo	388.774	132.883	2,93	509.134	198.748	2,56
San Luís Potosí	1.038.163	345.027	3,01	1.211.402	417.011	2,9
Sinaloa	857.709	279.138	3,07	1.007.979	348.241	2,89
Sonora	611.126	227.941	2,68	689.720	270.884	2,55
Tabasco	1.327.144	489.898	2,71	1.381.712	519.500	2,66
Tamaulipas	1.117.859	392.762	2,85	1.220.269	451.837	2,7
Tlaxcala	678.216	232.441	2,92	725.497	261.681	2,77
Veracruz	2.620.962	928.982	2,82	3.620.147	1.337.577	2,71
Yucatán	705.094	234.661	3	783.368	273.932	2,86
Zacatecas	652.765	208.640	3,13	727.543	243.940	2,98
Total nacional	36.818.558	12.684.848	2,9	43.518.719	15.620.994	2,79

Fuente: cálculos propios con datos de los Informes de Resultados (2010); CNPSS (2010a y 2011a).

En el siguiente cuadro se estima la pérdida de recursos financieros de las entidades federativas con el nuevo sistema de cálculo, en comparación con el cálculo por familia en junio y diciembre de 2010.

Cuadro 21

Comparación entre los recursos financieros legales a transferir por CS, calculados por personas y por familias, junio y diciembre, 2010 (en millones)

Entidad Federativa	Junio		Diciembre	
	*CS por persona**	*CS por familia*	*CS por persona**	*CS por familia*
Aguascalientes	346,8	429,7	338,6	438,4
Baja California	513,3	847,9	647,4	1.096
BCS	118	159,6	133,7	187,9
Campeche	327,2	430,7	338,1	468,1
Chiapas	2.130,6	2.723,4	2.434,5	3.310,8
Chihuahua	708,2	1.018,3	838,9	1.276,8
Coahuila	447,6	597,6	511,6	707,1
Colima	220,9	334	223,7	353,8
Distrito Federal	1.180,5	1.736,4	1.416,6	2.258,9
Durango	382,6	481,7	437,4	590,2
Guanajuato	1.936	2.479,5	2.079,7	2.742,7
Guerrero	1.184,5	1.449,9	1.602,9	1.973,7
Hidalgo	1.034,4	1.281,2	1.139,8	1.499,3
Jalisco	1.486,4	1.986,3	1,598	2.233,7
México	3.352,4	4.202,3	4.731,9	6.611,5
Michoacán	1.177,7	1.473,4	1.338	1.744,5
Morelos	550,8	773,1	634	921,1
Nayarit	401	560,8	446,6	665,2
Nuevo León	645,4	898,5	768,6	1.104,3
Oaxaca	1.525,7	2.084,7	1,681	2.315,6
Puebla	1.591,8	2.107,5	1.776,9	2.445,2
Querétaro	518,8	645,4	577,6	786,3
Quintana Roo	315,7	41	413,5	620,7
San Luis Potosí	843,1	1.077,6	983,7	1.302,4
Sinaloa	696,5	871,8	818,5	1.087,7
Sonora	496,3	711,9	560,1	846,1
Tabasco	1.077,7	1.530,1	1.122	1.622,6
Tamaulipas	907,8	1.226,7	990,9	1.411,2
Tlaxcala	550,8	726	589,2	817,3
Veracruz	2.128,4	2.901,5	2.939,8	4.177,7
Yucatán	572,6	732,9	636,1	855,6
Zacatecas	530,1	651,6	590,8	761,9
Total nacional	29.899,2	39.618,6	35.340,2	48.789

Fuente: cálculos propios con datos de Informes de Resultados (2010); CNPSS (2010a y 2011a).

* CS por persona = 812,07.

Como se observa el total anual nacional de transferencias de la CS disminuye en 13,448.4 millones de pesos, o en el 27%, en el cálculo por persona en comparación con la asignación familiar anterior. Además, todos los estados, sin excepción, pierden un monto significativo de recursos. Las entidades más castigadas con el nuevo método de cálculo son Baja California (-40,9%), el Distrito Federal (-37,3%) y Chihuahua (-36,8%) pero otras siete entidades federativas pierden más del 30%. La aportación estatal (ASE) también disminuye, ya que se calcula sobre la misma base, pero el hecho sobresaliente es la disminución de los recursos federales asignados al SNPSS. Cabe resaltar que el monto de transferencias federales calculado con la CS por persona en diciembre es 35.340,2 millones de pesos, y es prácticamente la misma cantidad que la CNPSS reporta como el total de transferencias a los estados (CS y ASF), de 37.029,5 millones de pesos.

Aparte de la CS, el gobierno federal también debe pagar la ASF que está fijada en 1,5 veces la CS. Sin embargo la ASF, a diferencia de la CS, está sujeta a una "alineación" con otros recursos federales dedicados a salud con un procedimiento regulado por el Reglamento de LGS en Materia de Protección Social en Salud (2004: transitorio Décimo Cuarto). Los recursos que se restan a la ASF en la "alineación de presupuestos" son: la parte del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud aplicada a la atención de las personas (FASSA-P); los del componente de salud del programa contra la pobreza Oportunidades; los programas nacionales de salud y la inversión federal en infraestructura en los estados. Cada una de estos componentes se descuentan en la proporción que les correspondería a las personas afiliadas al SNPSS respecto a la población objetivo o el total de personas sujetas a ser afiliadas al SP (CNPSS, 2010a: 10). De esta manera la ASF a transferir legalmente sería la diferencia entre la suma de estos otros recursos y el monto del ASF legal, ajustado por una fórmula compensatoria.

En el cuadro 22 se hace una estimación de los recursos que la CNPSS debería de haber transferido a las entidades federativas, según las especificaciones legales, y las transferencias efectivamente realizadas. Es decir, se calcula el monto de la CS que es una cantidad fija por persona afiliada y la ASF alineada con los recursos de FASSA-P y Oportunidades-Salud[8]. Una ASF negativa significa que no hay recursos trans-

8 Para el cálculo se tomó como referente el promedio de personas afiliadas total en junio y en diciembre ya que a las últimas en ser afiliadas no les corresponde la transferencia durante todo el año. Para calcular la parte de FASSA-P que se debe asignar a la ASF se aplicó un factor que se calculó dividiendo las personas afiliadas respecto a la población objetivo del SNPSS (CNPSS, 2011b: 21). En el caso de Oportunidades-Salud se adscribe el monto total del programa a cada estado ya que no existen datos precisos respecto a la proporción de personas de Oportunidades que están afiliadas al SP por estado.

feribles en este rubro y solo debe transferirse la CS completa sin usarla para compensar el déficit del ASF alineado. Las últimas columnas del cuadro representan la diferencia entre los recursos disponibles para la ASF después de la alineación y los recursos completos de las CS. Los valores negativos en las últimas dos columnas corresponden al monto y el porcentaje no transferido, violando la legislación y normativa vigentes.

Cuadro 22

Comparación entre los recursos transferidos y los legalmente establecidos de CS y ASF alineados por entidad, 2010 (en millones de pesos)

Entidad federativa	CS*	ASF**	ASF alineado***	Transferencia legal****	Transferencia real*****	Diferencia legal y real ******	Diferencia porcentual *******
Aguascalientes	342,7	514	-49,8	342,7	234,9	-107,8	-31,5
Baja California	580,4	870,5	380,8	961,2	757,2	-204	-21,2
BCS	125,9	188,8	-142,7	125,9	79,9	-46	-36,5
Campeche	332,7	499	-73,4	332,7	217,3	-115,4	-34,7
Chiapas	2.282,5	3.423,8	1.722,8	4.005,4	2.687,4	-1.318	-32,9
Chihuahua	773,6	1.160,3	337,6	1.111,1	770,3	-340,8	-30,7
Coahuila	479,6	719,4	113,7	593,3	346	-247,3	-41,7
Colima	222,3	333,5	-166	222,3	157,3	-65	-29,2
Distrito Federal	1.298,5	1.947,8	927,4	2.225,9	1.911,6	-314,3	-14,1
Durango	410	615	16,6	426,6	253,7	-172,8	-40,5
Guanajuato	2.007,8	3.011,7	1.916,3	3.924,1	3.083,9	-840,2	-21,4
Guerrero	1.393,7	2.090,5	474,8	1.868,5	1.657,2	-211,2	-11,3
Hidalgo	1.087,1	1.630,6	501,7	1.588,8	754,7	-834	-52,5
Jalisco	1.542,2	2.313,3	815,3	2.357,5	1.959,2	-398,3	-16,9
México	4.042,2	6.063,3	2.545,3	6.587,5	5.017,3	-1.570,2	-23,8
Michoacán	1.257,8	1.886,7	907	2.164,8	1.585,7	-579,1	-26,8
Morelos	592,4	888,5	391,5	983,9	791,7	-192,2	-19,5
Nayarit	423,8	635,7	135,2	559	277,5	-281,5	-50,4
Nuevo León	707	1.060,6	214,2	921,2	686,9	-234,3	-25,4
Oaxaca	1.603,3	2.405	1.174,2	2.777,5	1.926,9	-850,6	-30,6
Puebla	1.684,3	2.526,5	1.356,3	3.040,6	2.472,6	-568	-18,7
Querétaro	548,2	822,3	202,4	750,6	364,7	-385,9	-51,4
Quintana Roo	364,6	546,9	27,4	392	237,4	-154,7	-39,5

Entidad federativa	CS[1/]	ASF[2/]	ASF alineado[3/]	Transferencia legal[4/]	Transferencia real[5/]	Diferencia legal y real [6/]	Diferencia porcentual [7/]
San Luís Potosí	913,4	1.370,1	616,2	1.529,6	958,5	-571	-37,3
Sinaloa	757,5	1.136,3	142,8	900,3	500,9	-399,4	-44,4
Sonora	528,2	792,3	-28,6	528,2	401,5	-126,7	-24
Tabasco	1.099,9	1.649,8	686	1.785,9	1.485,9	-300	-16,8
Tamaulipas	949,4	1.424	320,3	1.269,6	984,2	-285,4	-22,5
Tlaxcala	570	854,9	343,3	913,2	664	-249,2	-27,3
Veracruz	2.534,1	3.801,2	1.907,4	4.441,5	3.136,9	-1.304,6	-29,4
Yucatán	604,4	906,6	202	806,4	457,6	-348,8	-43,2
Zacatecas	560,5	840,7	155,2	715,7	373,1	-342,6	-47,9
Total nacional	32.619,7	48.929,6	18.447,2	51.067	37.194	-13.873	-27,2

Fuente: cálculo propio con base en el Reglamento de la LFS, Lineamientos para la integración de la aportación solidaria estatal y datos de la CNPSS (2011a).

1/ Monto de la CS: 812,07 por persona.
2/ Monto de la ASF: 1,5 veces la CS.
3/ Monto de la ASF con alineación.
4/ Transferencia legal de ASF igual a ASF menos FASSA-P y Oportunidades-Salud.
5/ Transferencia realizada. Informe de Resultados (2010); CNPSS (2011a: 18).
6/ Diferencia entre 4/ y 5/.
7/ Porcentaje de transferencia real sobre la transferencia legal.

La comparación entre las transferencias reales y las legalmente establecidas demuestra que todas las entidades federativas reciben menos recursos que los que la ley les otorga. Nacionalmente la diferencia es de 13.873 millones, o el 27,2% menor que el monto legal. Una parte de la disminución podría corresponder a los programas nacionales de salud, que empero están casi todos incluidos en FASSA para servicios de salud a la comunidad (FASSA-C), o a la inversión federal en infraestructura o equipo médico que fue muy baja en 2010. Sin embargo en ningún caso se justifica que la transferencia federal sea menor a las aportaciones correspondiente a la CS que no está sujeta a ninguna deducción[9].

La disminución de transferencias se repite para todos los estados, y tres de ellos –Hidalgo, Nayarit y Querétaro– reciben menos del 50% legal. Tampoco se detecta que los estados más pobres –Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz– tengan una disminución sistemática menor

9 El Artículo 77 bis 12 y 13 de la LGS y el Artículo 80 y 81 del Reglamento establecen que la CS se debe entregar íntegramente a las entidades federativas y que solo la ASF está sujeta a la alineación de recursos y montos compensatorios.

que el resto de los estados ya que solo Guerrero y Puebla están por debajo del promedio nacional. Es decir, el propósito declarado de la alineación de recursos de hacer una distribución más equitativa de los recursos federales no se cumple. En cambio, sirve para disminuir las transferencias federales. En realidad, la ASF cuyo monto declarado es 1,5 veces el de la CS, tiene muy poco impacto sobre las transferencias reales efectuadas.

Con los anteriores datos se constata que el año 2010 fue crucial para "racionalizar" el costo federal del SNPSS. Primero se pasó de la aportación por familia a la individualizada que se tradujo en una baja sustancial en los recursos financieros federales transferidos (ver cuadro 21). Adicionalmente, no se transfirieron a trece estados ni siquiera el monto que corresponde a la CS legal (cuadro 22 diferencia entre transferencia real y CS) y todos los estados recibieron menos recursos de los que les correspondían legalmente.

Dada esta situación no es sorpresivo que los Servicios Estatales de Salud enfrenten condiciones de insolvencia para cumplir sus obligaciones con los afiliados, independientemente del desvío de recursos en el que pudieran haber incurrido. Por otra parte, este escenario deja un espacio amplio para la negociación política del presupuesto federal y su distribución entre las entidades federativas, que se suponía iba a desaparecer con la nueva legislación.

Por otra parte, es de señalar que las aportaciones federales se determinan sobre la base de la afiliación proyectada por entidad federativa y se transfieren sobre la base de las familias/personas efectivamente afiliadas en el transcurso del año. Este procedimiento tiene varias implicaciones. Constituye un incentivo a la afiliación, pero además, dado que los recursos nuevos para la salud se canalizan por esta vía, tiende a convertirse en un incentivo "perverso" al reportarse una afiliación sin sustento real, como se vio en el apartado IV.1.1. Aún con esta maniobra, las aportaciones reales que la federación transfiere no son suficientes.

La LGS (Art. 77 bis 13) fija la aportación solidaria estatal (ASE) obligatoria en el 50% de la CS federal. Esta aportación puede ser en dinero o pagarse mediante la comprobación del gasto en salud ejercido por la entidad federativa o sus municipios, sea en inversión en infraestructura o en programas de salud. En general la aportación líquida se hace en un porcentaje mínimo aunque los datos al respecto solo se reportaron por la CNPSS hasta el año 2007 (CNPSS, 2008: 71). Para regularizar la ASE se publicaron nuevos lineamientos a finales de 2007 (CNPSS, 2007), que sin embargo solo se están aplicando gradualmente (CNPSS, 2008: 82.), debido a que la aplicación estricta de las reglas llevarían a una virtual detención del financiamiento federal del sistema.

La aportación familiar tiene una lógica distinta a las contribuciones federal y estatal, ya que se paga según el ingreso familiar agrupado

por deciles de ingreso y un tabulador, a pesar de que su medición se hace con un cuestionario simplificado que no permite la clasificación en deciles. En el 2010 el tabulador era el siguiente.

Cuadro 23
Tabulador de la prima familiar, 2010

Decil de ingreso	Prima (pesos al año)
I	0
II	0
III	0
IV	0
V	2.075
VI	2.833,6
VII	3.647,9
VIII	5.650,4
IX	7.519
X	11.378,9

Fuente: CNPSS (2011a: 12).

Inicialmente solo estaban exentos del pago los deciles I y II pero con el transcurrir del tiempo se ha liberado a la mayor parte de las familias de su prima o cuota. A partir de 2010 solo cotizan las familias de los deciles V a X (CNPSS. 2011a:12) o de los deciles VIII a X si tienen un niño nacido después del 1º de diciembre de 2006 o una mujer embarazada (CNPSS, 2011a: 13).

Las nuevas reglas significan que la gran mayoría de las familias pertenecen al régimen no-contributivo según la CNPSS. Esto se ha traducido en un ingreso del SNPSS muy bajo en este rubro. A ello se añade que la clasificación familiar por decil del CNPSS a todas luces es errónea ya que en el país solo se clasificó el 0,6% de las personas en los deciles V a X (CNPSS, 2011a: 33). De esta manera en el año 2010 las cuotas familiares sumaron 212,5 millones de pesos, o el 0,45% del total de las aportaciones federales (CNPSS, 2011a: 13). Este dato contrasta con las primas familiares que deberían haberse aportado según los datos de familias afiliadas por decil de la ENIGH. Estas primas serían del orden de 780 millones de pesos[10], o una cantidad 3,7 veces mayor, a pesar de que el número total de familias afiliadas es menor que el reportado por la CNPSS. La explicación tentativa de este fenómeno es

10 El cálculo se hizo aplicando el número y el tamaño promedio de hogares por decil con los datos del Censo y calculando el tamaño de los hogares sobre la base de los datos del cuadro 5 y el tabulador de cuotas familiares de 2010.

que la clasificación estricta de las familias hubiera sido un obstáculo importante a la cobertura "universal". Es así porque en México no hay una cultura de aseguramiento y es probable que las familias no se hubieran afiliado o reafiliado si tuvieran que pagar una prima.

VI.3.2 EL EJERCICIO Y SUBEJERCICIO DE PRESUPUESTO

En este inciso se revisa el ejercicio y el subejercicio del presupuesto federal y de las entidades federativas. Están cercanamente relacionados pero en ambos casos hay particularidades que conviene aclarar, especialmente porque se ha sostenido que el problema del financiamiento del SNPSS se deriva principalmente de la falta de aportaciones de los estados y de las primas familiares (Lakin, 2010).

IV.3.2.1 El presupuesto federal

Como se aprecia en el cuadro 24 (2º fila) el presupuesto para el SNPSS se incrementó 10,8 veces entre 2004 y 2010. Sin embargo, la complejidad de los cálculos y de la asignación de los recursos al SNPSS, y la discrecionalidad con la cual se pagan, se expresan en una diferencia entre el presupuesto federal aprobado por la Cámara de Diputados y el presupuesto ejercido que es menor que el aprobado a partir de 2008. Es decir, a pesar de que se sostiene que se priorizó al SNPSS para alcanzar la cobertura universal en 2010 o a más tardar en 2012, de hecho, hay una discrepancia creciente entre el presupuesto aprobado y el ejercido a partir de 2008. Esta diferencia es un primer componente del subejercicio. Así se han disminuido los recursos para atender a los beneficiarios; cuestión que se revisará con más detalle más adelante.

Cuadro 24

Recursos federales para el SNPSS aprobados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación y el presupuesto ejercido, 2004-2010 (millones de pesos)

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aprobado en el PEF	ND*	8.742,4	17.006,4	25.545,7	37.440	45.587,2	51.194,3
Ejercido	4.433,9	8.742,4	17.283,8	26.320,8	34.633	43.509,3	47.844
Diferencia	ND	0	277,4	775,1	-2.807	-2.077,9	-3.350,3
Porcentaje	ND	0	1,6	2,9	-8,1	-4,8	-7

Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación e Informes de la CNPSS, años correspondientes.

* Presupuesto sin alineación de recursos no comparables.

La mayor parte de los recursos federales del SNPSS deben transferirse a las entidades federativas para cubrir el costo del CAUSES pero una parte es retenida por la CNPSS para sus propios gastos, para "otras acciones" y para depositar en el Fideicomiso de Protección Social en Salud

(FPSS). El presupuesto para el SP total ha fluctuado alrededor del 95% del presupuesto total y el gasto de operación de la CNPSS en alrededor del 1,5% a partir de 2007. Llama la atención el gasto en "otras acciones" ha sido muy fluctuante y para el 2010 se reporta que no se aplica.

El manejo del fideicomiso es más complejo. Tiene dos fondos que son el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) y el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC). El FPP tiene como funciones modular las fluctuaciones del gasto, por ejemplo si hubiera un problema inflacionario; respaldar los pagos entre entidades federativas por atenciones realizadas a pacientes foráneos y; para fortalecer la infraestructura de salud.

El FGC debe cubrir el costo de los padecimientos de gasto catastrófico amparados por el SNPSS. La legislación establece que el fideicomiso debe recibir el 11% de la suma de la CS, la ASF y la ASE, del cual le corresponde al FPP el 3% y al FGC el 8%. En el siguiente cuadro se analiza cómo se ha distribuido el presupuesto federal del SP entre 2004 a 2010 (ver cuadro 25 en página siguiente).

El dato sobresaliente es el alto porcentaje que se ha asignado al FPP y FGC y que se depositan en el FPSS (ver cuadro 25). Así en el primer fondo la retención va del 5,4 al 6,5% en comparación con el 3% legal, mientras que la cantidad depositada en el FGC va del 12,1 al 19,8% en comparación con el 8% legal. Es decir, el fideicomiso ha recibido entre el 18,6 y el 25,7% de los recursos totales del SP. Si se incluye el ASE estimado, aunque no necesariamente líquida, la retención para el fideicomiso sigue siendo muy alta y va del 18 al 24% en comparación con el 11% legal. De esta manera, el fideicomiso se ha convertido en un mecanismo importante para encubrir un subejercio sistemático de los recursos financieros del sistema (ver inciso IV.3.3) porque la reglamentación establece que una vez transferidos los recursos al FPSS se contabilizan como "ejercidos". Esto se traduce en un subejercicio encubierto del presupuesto que está entre el 7,6 y el 17,7%. Constituye un subejercicio porque estos recursos son extraídos de las transferencias a los estados y tampoco se usan en el fortalecimiento de la infraestructura o en la ampliación de la atención de padecimientos de gasto catastrófico (ver inciso IV.3.3).

IV.3.2.2 El ejercicio presupuestal de los estados

Hay un problema serio de reporte del ejercicio de los recursos federales transferidos a los estados y de su uso en varios rubros no autorizados. Existe, de esta manera, una falta de rendición de cuentas a pesar de que es obligatorio que las entidades informen sobre el ejercicio de los recursos transferidos[11].

---

11 El Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación en su Artículo 40 obliga a las entidades federativas informar sobre su ejercicio y sobre los recursos aplicados en la compra de medicamentos y la compra de servicios al sector privado.

Cuadro 25

Distribución del presupuesto del Seguro Popular por rubro de gasto, monto y porcentaje, 2004-2010

Conceptos del Seguro Popular	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	*Pesos**	*Distribu-ción %*	*Pesos**	*Distribu-ción %*	*Pesos**	*Distribu-ción %*	*Pesos**	*Distribu-ción %*	*Pesos**	*Distribu-ción %*	*Pesos**	*Distribu-ción %*	*Pesos**	*Distribu-ción %*
CS + ASF	3.367,1	78	6.382,5	79,9	12.170,4	75,6	18.898,7	74,3	24.915,6	76,2	31.275,4	76,3	37.029,5	78,71
FPP	232,5	5,4	514	6,4	1.044,3	6,5	1.512,3	5,9	2.078,2	6,4	2.646,5	6,5	2.731,8	5,8
FGC	620	14,4	969,6	12,1	2.885,4	17,9	5.032,9	19,8	5.691,8	17,4	7.057,3	17,2	7.284,7	15,5
Subtotal FPP+FGC	852,5	19,8	1.483,6	18,6	3.929,7	24,4	6.545,2	25,7	7.770	23,8	9.703,8	23,7	10.016,5	21,3
Gasto de operación**	95,7	2,2	122,6	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Seguro Popular	4.315,3	100	7.988,7	100	16.100,1	100	25.443,9	100	32.685,6	100	40.979,2	100	47.046	100

Fuente: cálculo propio con datos del Informe de Resultados (2010); CNPSS (2011a:15).

* Millones de pesos.

** El gasto de operación del SP se transfirió inicialmente de la federación a los estados, pero a partir de 2006 corre directamente a cargo de estos.

Cuadro 26
Presupuesto* transferido a los estados y ejercicio informado, 2010

Entidad federativa	Transferido	Informado	% Gasto ejercido e informado
Aguascalientes	226,9	206,4	91
Baja California	671,6		0
Baja California Sur	77	35,9	46,6
Campeche	213,3	187,6	88
Coahuila	346,1	276,6	79,9
Colima	145,6	143,3	98,4
Chiapas	2.692		0
Chihuahua	680,7	588,6	86,5
Distrito Federal	1.751,6	1.254,7	71,6
Durango	254,7	226	88,7
Guanajuato	3.081,4		0
Guerrero	1.517,5	1.002,4	66,1
Hidalgo	754,5	638,5	84,6
Jalisco	1.959,9	646,5	33
Estado de México	5.029,5	3.524,4	70,1
Michoacán	1.590,9	755	47,5
Morelos	740,3	179,7	24,3
Nayarit	268,3	230,9	86,1
Nuevo León	688,7	601,5	87,3
Oaxaca	1.927,8	1.328,3	68,9
Puebla	2.476,9	1.232,3	49,8
Querétaro	365,3	280,1	76,7
Quintana Roo	237,6	194,8	82
San Luís Potosí	959,5	741,1	77,2
Sinaloa	500,4		0
Sonora	401,7	251,1	62,5
Tabasco	1.321,9	1.178,2	89,1
Tamaulipas	870,4	105	12,1
Tlaxcala	667,5	346,8	52
Veracruz	3.148,4	1.971,7	62,6
Yucatán	459,3		0
Zacatecas	362,5	207,7	57,3
Total nacional	**36.389,7**	**18.335,1**	**50,4**

Fuente: CNPSS (2011a: 18); Seguro Popular (2010) en <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2011/aportacionsolidatiaPEFVICS.pdf> acceso 29 de diciembre, 2012.

* En millones de pesos.

En el cuadro 26 se observa que los estados solo habían reportado, en promedio, el ejercicio del 50,4% de los recursos transferidos en 2010. Resaltan los cinco estados que no habían reportado nada sobre el ejercicio del presupuesto federal transferido, y que incluye a Guanajuato, la entidad de origen del secretario de salud en turno. Hay otros tres estados que están por debajo del promedio y ninguno había reportado el 100%.

Por reglamento (Reglamento de la Ley General de Salud, 2004: Artículo 81) los estados que no reportan su ejercicio de las transferencias federales no son susceptibles a recibir nuevas transferencias hasta que hayan regularizado su situación. Es de suponer que hay un margen amplio de negociación entre la federación y los estados en este respecto ya que la aplicación estricta de esta regla significaría la virtual paralización del SNPSS y los SES. La falta de transparencia probablemente está relacionada con el desvío de recursos a otras actividades o francos fraudes que han sido descubiertos prácticamente todos los estados que han sido auditados.

Según la reglamentación del SNPSS los estados pueden utilizar hasta el 30% de las transferencias federales para la compra de medicamentos y, además, están obligados por el Decreto de PEF de reportar estas compras. La entrega gratuita de medicinas es una de las ventajas más publicitadas del SP, pero los datos del cuadro 27 refutan que esto ocurra, debido al bajo monto gastado en este rubro.

De esta manera solo se ha gastado, en promedio, el 6,5% de las transferencias en este rubro y el único estado que se acerca a lo permitido es Querétaro con el 21,3%. Esta situación explicaría el hallazgo de la ENIGH (ver cuadros 11 y 12) de que los afiliados al SNPSS dedican el 11,2% de su gasto en salud a la compra medicamentos o 5.753,9 millones de pesos anuales, o sea, 2,4 veces más que las entidades federativas.

Cuadro 27

Gasto en medicamentos, monto y porcentaje de las transferencias federales por entidad federativa, 2010

Entidad federativa	1° semestre	2° semestre	Total 2010	Presupuesto transferido	Porcentaje gasto en medicinas
Aguascalientes	17,9	11,5	29,4	226,9	12,9
Baja California			0	671,6	
Baja California Sur	5,1	0	5,1	77	6,7
Campeche	8,5	3,2	11,7	213,3	5,5
Coahuila	15,8	0	15,8	346,1	4,6
Colima	2,9	13,1	16	145,6	11
Chiapas	157,8	3,2	161	2,692	6
Chihuahua	0	3,6	3,6	680,7	0,5
Distrito Federal	33,5	103,6	137,1	1.751,6	7,8

Entidad federativa	1° semestre	2° semestre	Total 2010	Presupuesto transferido	Porcentaje gasto en medicinas
Durango	8,5	17,1	25,7	254,7	10,1
Guanajuato	25,2	116,9	142	3,081,4	4,6
Guerrero	34,3	34,7	69	1,517,5	4,5
Hidalgo	15,9	63,5	79,4	754,5	10,5
Jalisco	83,5	103,9	187,4	1.959,9	9,6
Estado de México	22,6	190,7	213,3	5.029,50	4,2
Michoacán	48,5	23,3	71,9	1.590,9	4,5
Morelos	0,6	13,3	13,9	740,3	1,9
Nayarit	6,9		6,9	268,3	2,6
Nuevo León	23,1	46,8	69,9	688,7	10,2
Oaxaca	14	28,2	42,2	1.927,8	2,2
Puebla	46,4	144,2	190,6	2.476,9	7,7
Querétaro	44,1	33,5	77,6	365,3	21,3
Quintana Roo	9,3	10,7	20	237,6	8,4
San Luis Potosí	62,8	21,9	84,7	959,5	8,8
Sinaloa	0		0	500,4	
Sonora	41,9	5,2	47,1	401,7	11,7
Tabasco	63,2	18,6	81,8	1.321,9	6,2
Tamaulipas	41,5	21,7	63,1	870,4	7,3
Tlaxcala	0		0	667,5	
Veracruz	183,5	194,5	378	3.148,4	12
Yucatán	26,7	43,2	69,9	459,3	15,2
Zacatecas	4,1	42	46,1	362,5	12,7
Total nacional	1.048,1	1.312	2.360,1	36.389,7	6,5

Fuente: Seguro Popular (2010) en <www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=148>.

IV.3.3 EL FIDEICOMISO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD. "GUARDADITO"[12] DEL SNPSS

El FPSS es, como ya se analizó (ver cuadro 25), un mecanismo utilizado por la CNPSS para canalizar recursos sin que aparezcan como un subejercio de su presupuesto asignado. El cuadro siguiente sintetiza los datos sobre los ingresos y egresos del FPSS y los recursos acumulados anualmente. El hallazgo sobresaliente es que el fideicomiso tiene un saldo neto creciente entre 2006 y 2011. Debido a la sistemática diferencia entre ingresos y egreso se habían acumulado casi 25 mil millones de pe-

12 El "guardadito" es, en la jerga política mexicana, el dinero que los altos funcionarios gubernamentales usan a discreción y sin rendir cuentas.

sos en 2010, monto que llegó a 31,6692.4 millones en 2011. Es de señalar que los egresos registrados corresponden al monto autorizado a pesar de que no se haya ejercido como se demostró en los cuadros 17, 18 y 19.

Cuadro 28

Ingreso y egreso y montos acumulados en el FPSS, 2006-2011 (en millones de pesos)

Año	Saldo año anterior	Ingresos acumulados	Rendimientos	Aportaciones federales	Fondo Tabaco	Saldo más ingresos	Egresos	Ingresos / Egresos	Saldo Neto
2006	3.260	6.398,1	340,9	3.916,1	2.141,1	9.658,1	2.531,1	3.867	7.127
2007	7.128,6	6.190,1	565,5	5.562,8	0	13.318,7	2.930,6	3.259,5	10.388,1
2008	10.338,1	7.687,4	993	6.694,4	0	18.075,5	3.666	4.021,4	14.409,5
2009	14.409,5	11.161,2	1.024,7	10.136,5	0	25.570,7	5.679,8	5.481,4	19.890,9
2010	19.890,9	12.124,6	1.033,2	11.091,4	0	32.015,48	7.062,4	5.062,2	24.953,1
2011	24.953,2	13.906,5	1.234	12.672,4	0	38.859,61	7.167,2	6.739,3	31.692,4

Fuentes: Informe de la SSA a SHCP (2006-2007); Cuenta Pública (2008-2011)[13].

No parece haber alguna explicación lógica a este comportamiento del FPSS, particularmente en vista de que, en principio, no es un seguro que debe mantener reservas actuariales para cubrir derechos adquiridos ya que la afiliación es anual. En todo caso el SNPSS tendría que hacer explícitos sus cálculos de reservas como están obligadas a hacerlo las instituciones públicas de seguro social.

Con esta acumulación de fondos tampoco se justifica la restricción de las enfermedades consideradas de gasto catastrófico ya que existe un amplio margen económico para incluir a otras. Además, no se están utilizando los fondos para ampliar la infraestructura de salud que hace falta para garantizar la prestación de los servicios incluidos en el CAUSES. En un cálculo conservador faltan en el país 25 mil camas hospital de baja complejidad o del llamado segundo nivel para tener una cama por mil habitantes. Con el monto acumulado en el FPSS se podría cubrir cerca de la mitad de este déficit y no se ha hecho.

Al respecto la Auditoría Superior de la Federación señaló en 2010, a raíz de la auditoría realizada al FGC, que su administración es de-

13 Consultar: <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/documentos/informe_cuenta/2011/documentos/a05/a05d010.xls>.

ficiente, lo que impide canalizar recursos no devengados a otros fines más viables para asegurar el cumplimiento de los fines del Fideicomiso (Auditoría Superior de la Federación, 2010: 25).

De esta manera, el FPSS se maneja con un margen importante de discrecionalidad y con poca transparencia al igual que otros fideicomisos del gobierno federal. Aunque es muy complejo comprobarlo se puede plantear la hipótesis de que el FPSS funciona como lo que se conoce en México como la "caja chica" o el "guardadito" de la SSA y/o del gobierno federal para usar temporalmente sus fondos para cubrir otras necesidades lo que equivale al desvío de fondos. En este contexto cabe señalar que no se tiene información sobre el FPSS antes de 2006 porque los directivos del SNPSS y la SSA invocaron el secreto bancario de los fideicomisos para no proporcionarla.

IV.3.4 EL COSTEO DE LOS SERVICIOS DEL CAUSES

En este apartado realiza una explicación general del costeo de servicios de salud y su papel en la mercantilización de los servicios de salud. Posteriormente, se hace una estimación de la suficiencia del financiamiento del CAUSES comparando el costo del CASES de 2004 con los recursos asignados al CAUSES de 2010.

Se ha señalado reiteradamente que una ventaja del SNPSS es hacer explícitas las intervenciones a los cuales tienen derecho los afiliados ya que fortalecería la capacidad de la ciudadanía de exigir la atención a estos servicios (cfr. Knaul, 2012). Sin embargo para que esto ocurra deben cumplirse dos condiciones: que haya información accesible al respecto y que el CAUSES y los padecimientos de gastos catastróficos estén debidamente "costeados" y financiados. Hay indicios importantes que la primera condición no se cumple, por ejemplo, en los datos presentados arriba donde se constata que unos 10 millones de afiliados ni siquiera sabrían que pertenecen al SP.

Una de las condiciones para garantizar el acceso real a los servicios garantizados es que los prestadores de servicios reciban el financiamiento suficiente para producirlos. Para estimar el monto requerido se puede "costear" el paquete de servicios ofrecidos tal como lo hacen las aseguradoras privadas. Este procedimiento[14] consiste resumidamente en calcular el costo de los insumos, la depreciación de instalaciones y equipos y el tiempo de trabajo del personal de salud de cada intervención y ponderarla con su frecuencia en la población asegurada. El financiamiento suficiente para una determinada población de asegura-

14 Existen diferentes técnicas de costeo de un paquete pero, necesariamente, deben hacerse sobre la base del análisis de una intervención o estableciendo "centros de costo". Existen programas computarizadas para realizarla.

dos sería, entonces, el monto de dinero promedio requerido para cubrir el paquete de servicios multiplicado por el número de asegurados.

El costeo es además crucial para el modelo del pluralismo estructurado porque es la precondición para introducir la compra-venta de servicios. Es así porque la separación entre la función "administración de fondos de salud/compra de servicios" y la función "prestación de servicios" requiere que los prestadores de servicios puedan calcular cuánto les cuesta ofrecerlos, particularmente a los privados que pretenden sacar una ganancia. El "costeo" es entonces la base de la introducción de una dinámica mercantil y competitiva entre agentes económicos, públicos y privados. Es también el primer paso para empezar el tránsito entre el "subsidio a la oferta", o sea presupuesto a las instituciones públicas, y el "subsidio a la demanda", o sea la canalización del dinero directamente a los prestadores en función de los servicios proporcionados.

Antes de lanzar el SNPSS la SSA realizó el costeo de dos distintos Paquetes de Servicios (Secretaría de Salud, 2002), uno de 105 intervenciones con un costo de $1.452 por persona (Secretaría de Salud, 2002: 78) y otra de 126 intervenciones con un costo de $1.705 por persona (Secretaría de Salud, 2002: 121). En la explicación de este costeo se enfatiza que *no cubre el costo total de la intervención* dado que los SES reciben otros fondos federales (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud/FASSA) para el pago de personal (Secretaría de Salud, 2002: 78). Esta aclaración es importante porque, como se analizó arriba, estos fondos ya han sido absorbidos en la ASF "alineada". Esto significa que el costeo de las intervenciones del Paquete de servicios cuando se alcanza la cobertura universal debe incluir el costo del personal de salud. Al iniciar el SPSS se optó por un CASES que incluía 91 intervenciones.

Posteriormente no se ha hecho público este tipo de ejercicio[15] explícito y exhaustivo pero apareció un tabulador de los costos de las intervenciones en 2010. Sin embargo, solo establece el costo fijo, variable y total de cada una de las 275 intervenciones y el costo total por persona del CAUSES (CNPSS, 2010b). Es decir, no señala el ponderador ni la prevalencia de los padecimientos en la población asegurada, lo que imposibilita deducir como se calculó el costo total del CAUSES por persona.

En respuesta a nuestra solicitud de una explicación pormenorizada de la metodología utilizada para el costeo del CAUSES, la CNPSS proporcionó un documento[16] del cual se desprende que se utiliza el

---

15 Se realizó en 2004 el *Módulo de Estimación de Costos Hospitalarios* (SSA, 2004) pero no se incluyen las intervenciones ambulatorias.

16 Se trata de un documento interno de la SSA proporcionado a la autora con el oficio (CNPSS/DGAF/DGAN, 2011).

costo promedio del CAUSES de los servicios prestados en 241 unidades médicas estudiadas, de primer nivel y hospitalarias. Esto quiere decir que el cálculo se basa en la demanda y en la capacidad de prestación de servicios de estas unidades. Estas son distintas de la prevalencia[17] de las enfermedades en la población asegurada por el SP y sus necesidades de atención. Es así porque la necesidad de atención y su satisfacción dependen, en el cálculo realizado por la CNPSS, de la capacidad real de atención de estos 241 prestadores y de la percepción de los afiliados sobre la posibilidad de conseguir la atención en las unidades médicas a su alcance. Por ejemplo, algunos de los estados, particularmente los más pobres, no prestan todos los servicios del CAUSES por falta de instalaciones adecuadas (Lakin, 2010: 343).

El costeo de 2003 de las 126 intervenciones con un costo de $1.705 por persona actualizado con el INPC correspondería a $2.280 pesos corrientes de 2010 en comparación con los $1.999,54 calculados por la CNPSS (CNPSS, 2010b), o sea, hay una diferencia de $280 por persona o un subfinanciamiento del 14% a pesar de que no está incluido el costo del personal de salud. Por otra parte, no se toma en cuenta que el CAUSES 2010 incluye 275 intervenciones, 149 más que las 126 del costeo de 2003.

Por las limitaciones arriba señaladas y por la negativa reiterada de la CNPSS a proporcionar la ponderación de las distintas intervenciones del CAUSES, a pesar de varias solicitudes al respecto a través del IFAI, no ha sido posible desentrañar como la comisión llegó a fijar el costo total por persona de CAUSES de 2010 en 1,999 pesos. Sin embargo, es sugestivo que corresponde aproximadamente a las transferencias realizadas por la CS y la ASF divididas por el número de personas reportadas como afiliadas por la Comisión en este año.

IV. 3. 5 VALUACIONES ACTUARIALES

Simplificando: la finalidad de una valuación actuarial es establecer si los ingresos son suficientes para sufragar los egresos de un seguro que se componen por el costo de los beneficios (en este caso, los servicios de salud) garantizados y las eventuales reservas para un periodo de tiempo determinado.

La Auditoría Superior de la Federación (ASF) fue la primera en cuestionar la suficiencia financiera del SNPSS en 2005 (Auditoría Superior de la Federación, 2007). Llegó a este cuestionamiento a través de una valuación actuarial que realizó como parte de su revisión de la Cuenta Pública. Esta valuación demostró que el CASES y los padecimientos de gasto catastróficos generarían un déficit creciente que

17 La prevalencia de un padecimiento se define como el número de casos presentes en una población en un momento específico.

llegaría a 83.912 mil millones de pesos en 2010 (Auditoría Superior de la Federación, 2007: 186).

La SSA respondió a esta observación que una nueva valuación actuarial de CAUSES en 2006 (a continuación denominada "valuación CAUSES 2006") determinó que el SNPSS es financieramente viable en el corto y mediano plazo (Milliman de México Salud y CNPSS, 2007). Sin embargo, un análisis detenido de esta valuación revela que los datos proporcionados por la CNPSS a los actuarios son los que se desprenden de la normatividad de la Ley General de Salud y no coinciden con los montos reales transferidos como se demostró en el inciso IV.3.2. Es decir, los datos proporcionados se basan en los montos legales de la CS, la ASF, la ASE y en una afiliación que incrementa la población afiliada en un 14,3%, anualmente. Este cálculo constituye lo que se llama el "Escenario Normativo".

En el cuadro 29 se presentan comparativamente los datos de la valuación CAUSES 2006 y los datos publicados por la CNPSS en sus Informes de Resultados y se calculan las diferencias entre ambas fuentes. Cabe señalar que se incluye en el cálculo los ingresos legalmente establecidos a la ASE a pesar de los problemas en su reporte que ya se analizaron.

Cuadro 29

Comparación entre los datos de la valuación CAUSES 2006 y los datos de la CNPSS

Año	Valuación CAUSES 2006 "Escenario Normativo"		Datos reportados de la CNPSS				Diferencia valuación CAUSES 2006 y datos de la CNPSS	
	Afiliados[1/]	*Ingreso total* [2/]	*Afiliados*[3/]	*Ingreso CS+ASF*[4/]	*ASE* [5/]	*Total ingresos*	*Monto*	*%*
2005	8,09	16.491	11,4	7.988,7	3.140	11.128,7	-5.362,3	-32,5
2006	13,91	29.700	15,7	16.100,1	5.512	21.612,1	-8.087,9	-27,2
2007	26,98	60.123	21,9	25.443,9	8.395	33.838,9	-26.284,1	-43,7
2008	38,53	89.464	27,2	32.685,6	11.536	44.221,6	-45.242,4	-50,6
2009	47,83	115.651	31,8	40.979,2	14.725	55.704,2	-59.946,8	-51,8
2010	57,29	144.231	44,2	47.046	15.209	62.255	-81.976	-56,8

Fuente: Milliman México Salud y CNPSS (2007: I: 1) y CNPSS (2011a: 15 y 20).

[1/] Estimado sobre la base de la población total proyectada y el 14,3% de incremento anual (en millones).
[2/] CS+ASF ajustado por FASSA + ASE (en millones).
[3/] Personas afiliados (CNPSS, 2011a: 20).
[4/] Datos CNPSS (2011a: 15).
[5/] ASE legal = 0,5 del CS.

Respecto a la afiliación es llamativo que la CNPSS proporcionó datos incorrectos de afiliación para 2005 y 2006 a los actuarios pese a que ya los tenía para estos años. De 2007 a 2010 la afiliación proyectada está crecientemente sobreestimada con relación a la afiliación real reportada por la CNPSS. Por otra parte, las proyecciones de ingreso de la valuación CAUSES 2006, hechas para el periodo 2005-2010, están sistemáticamente muy por encima de los datos reales reportados por la CNPSS. Esto da por resultado que la diferencia entre el "Escenario Normativo" y los datos reales del presupuesto del SNPSS aumenta año tras año, de -5.362,3 en 2005 a -81.976 mil millones en 2010. Este último dato solo discrepa en 2 mil millones del déficit calculado por la ASF lo que significa que la observación de esta institución era correcta y no se desvirtúa con la valuación CAUSES 2006. Por esta razón la ASF no debería de haber aceptado la nueva valuación para solventar su observación inicial a la CNPSS.

Con el fin de corregir el "Escenario Normativo" a la afiliación real se recalcularon los ingresos legalmente establecidos del sistema y se compararon con los ingresos reales reportados por la CNPSS y la diferencia entre ambos (cuadro 30). Es decir, se calculó con otro método el subfinanciamiento del SNPSS respecto a los ingresos legalmente establecidos.

Cuadro 30

Recálculo del ingreso legalmente establecido del SNPSS con los afiliados reales y comparación con los ingresos reales

Año	Ingreso legal ajustado a la afiliación real según la CNPSS*	Total de ingresos con ASE legal según informes de la CNPSS**	Diferencia con datos ajustados valuación CAUSES 2006	
	Millones de pesos	*Millones de pesos*	*Millones de pesos*	*% del ingreso ajustado*
2005	23.252	11.128,7	-12.123,2	-52,1
2006	33.517	21.612,1	-11.904,5	-35,5
2007	48.811	33.838,9	-14.972,1	-30,7
2008	63.151	44.221,6	-18.929,7	-30
2009	76.883	55.704,2	-21.179,3	-27,5
2010	111.281	62.255	-49.026,1	-44,1

Fuente: cálculo propio con los datos de Milliman México Salud y CNPSS (2007: I: 1) y de los Informes de Resultados de la CNPSS de los años correspondientes.

* Fórmula de cálculo: afiliados reales divididos por afiliados estimados en la valuación CAUSES (2006) multiplicados por el ingreso legal.

** Datos del cuadro 29.

Para el año 2010 la diferencia entre los ingresos reales y los ingresos legales ajustados a la afiliación real son 49.026,1 millones de pesos, o el 44,1%. Es decir, con este método de cálculo el subfinanciamiento del SNPSS resulta todavía mayor que el estimado para 2010 en el cuadro 22, aun incluyendo la ASE.

En la explicación de estos datos debe considerarse que la valuación CAUSES 2006 se basa en el marco legal anterior, o sea, *usa la aportación por familia y no la aportación por persona*.

La razón por la cual la valuación CAUSES 2006 afirma que el SNPSS tiene suficiencia financiera (Milliman México Salud y CNPSS, 2007: III: 1) es que se apega al "Escenario Normativo" que solo tiene un déficit de 2% en 2005, que se convierte en un excedente de 3 a 8% entre 2006 y 2010. Es de señalar que en este cálculo se acepta el costeo de servicios proporcionado por la CNPSS[18] a pesar de que esté subestimado como se vio en el apartado IV.3.2. Sin embargo, en la valuación CAUSES 2006 también se presenta un "Escenario Base" donde el déficit va del 37 al 53%, con un déficit en 2010 de un 45% que coincide cercanamente con el déficit de 44,1% en recálculo del cuadro 30 (Milliman México de Salud y CNPSS, 2007: III. 1). En este cálculo se utiliza otra estimación[19] del costo de los servicios y se señala que uno de los problemas es que no se tienen datos confiables del costo de los servicios en México.

Aunque no tenemos los elementos necesarios para hacer un cálculo propio del costo promedio por persona del CAUSES todos los hallazgos expuestos sugieren que el costo señalado en el tabulador oficial de la CNPSS es mucho más bajo que el requerido para garantizar las intervenciones supuestamente cubiertas. Esto proporcionaría la explicación financiera a variAs de las inconsistencias encontradas en el análisis de la ENIGH presentado en el apartado IV.1.

IV. 4. LA PUGNA DISTRIBUTIVA ENTRE EL SPSS Y LOS INSTITUTOS DE SEGURO SOCIAL LABORAL

Una de las finalidades explícitas del SNPSS es incrementar el gasto público en salud y abatir el gasto privado. En particular, se ha planteado elevar el presupuesto público para la población sin cobertura del seguro social laboral al 1% del PIB. Efectivamente hay un incremento del presupuesto público federal de salud entre 2006 y 2011[20]. Sin embargo,

---

18 Al respecto el documento señala: "[…] los costos que maneja el Seguro Popular se obtienen *'a priori'*, como la suma de servicios e insumos cubiertos, que sus expertos consideran necesarios para atender a cada padecimiento […]" (Milliman México de Salud y CNPSS, 2007: I. 13).

19 Esta estimación es una mezcla de datos de los EE.UU. y datos nacionales.

20 Se elige este periodo en vista de que el presupuesto del SNPSS de los años 2004 y 2005 tiene una presentación distinta en los documentos del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF)

es necesario analizar los datos calculados de distintas maneras para tener una visión más completa.

Con este fin se utilizan los datos oficiales de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) a pesar del subejercicio o cambios que ha sufrido como se analizó en el apartado IV.2. Se optó por esta solución para tener una fuente oficial con información organizada uniformemente aunque solo incluya el gasto público federal. El gasto estatal real es difícil de calcular por la heterogeneidad en la presentación de la información proporcionada por las entidades y, en rigor, solo hay estimaciones de esta parte del gasto público en salud.

Respecto al gasto privado de salud tampoco existe una fuente plenamente confiable ya que los datos de la SSA dados a conocer en México no coinciden con los datos presentados por la misma institución a los organismos internacionales como la OPS, la oficina regional de la OMS en el Continente Americano. Hubiera sido deseable calcular el gasto por persona en cada una de las instituciones, pero no se hizo por la poca confiabilidad de los datos oficiales de cobertura. De este modo, primero se analiza la evolución del presupuesto público federal de salud por institución en pesos constantes[21] y el incremento porcentual anual para el período 2006-2011 en el cuadro 31 de página siguiente.

El incremento del presupuesto público total de salud durante todo el período es de un 36% versus un crecimiento poblacional de un 7%. Es decir, hay un aumento real por encima del crecimiento poblacional.

Sin embargo este aumento varía entre una institución y otra. Destaca el incremento de la SSA de 91,5% que, junto con el presupuesto del FASSA[22], se dedica principalmente a la población sin cobertura del seguro social laboral. Aunque la SSA tiene un incremento todos los años se puede observar que es muy bajo en 2010 y 2011; situación que se explica por el cambio de aportación: de por familia a por persona.

El escenario del IMSS contrasta con el la SSA ya que solo tiene un incremento en el período del 23% e incluso llega a ser negativo en 2010. Ocurre así a pesar de que estaba subfinanciado desde el inicio de los años noventa; situación que empeoró con la reforma de 1995-97. No obstante, estos datos no revelan el tamaño del déficit del gasto de operación de su Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) debido a la carga financiera no compensada del seguro de salud de los pensionados, del pago de pensiones de los trabajadores del propio IMSS y la obligación legal de mantener reservas actuariales como se analizará en el apartado IV. 5.

---

21 Se usa como deflactor el INPC, que es muy similar al índice de "cuidados de la salud".

22 Ver apartado IV.3 para la relación entre el monto del FASSA y el presupuesto del SNPSS.

Cuadro 31

Evolución del presupuesto[1/] federal público de salud por institución en pesos constantes[2/] y porcentaje de incremento anual, 2006-2011

Institución[3/]	2006	2007		2008		2009		2010		2011		Total período
	Presupuesto	*Presupuesto*	*Incremento*	*Presupuesto*	*Incremento*	*Presupuesto*	*Incremento*	*Presupuesto*	*Incremento*	*Presupuesto*	*Incremento*	*Incremento*
Ejército (07)	2.724	2.647,4	-2,8	3.422,4	29,3	3.792,1	10,8	4.224,1	11,4	4.337,7	2,7	59,2
SSA (12) [4/]	48.171,4	63.837,3	32,5	71.884	12,6	86.090,7	19,8	87.402,3	1,5	92.164,6	5,4	91,3
Marina (13)	622,9	824,2	32,3	901,6	9,4	523,3	-42	1.034,8	97,8	1.194,9	15,5	91,8
Ramo 19	9.879,4	9.442,2	-4,4	8.224,3	-12,9	10.46,1	28,2	11.412,3	8,2	11.014,3	-3,5	11,5
FASSA (33)	46.577,2	47.746,4	2,5	48.198,2	0,9	50.759,8	5,3	53.169,2	4,7	54.708,4	2,9	17,5
IMSS (50)	135.926,8	146.559,7	7,8	148.604,6	1,4	166.864,6	12,3	159.179,9	-4,6	167.606,2	5,3	23,3
ISSSTE (51)	30.017,2	30.350,3	1,1	31.885,1	5,1	35.158	10,3	38.672,1	10	42.482,2	9,9	41,5
Total	273.918,8	301.407,5	10	311.469,1	3,3	353.734,7	13,6	355.094,7	0,4	373.508,4	5,2	36,4

Fuentes: cálculo propio con base en el PEF de cada años. Centro de Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados. INEGI. Índice Nacional de Precios al Consumidor.

[1/] Millones de pesos.
[2/] Índice de precios 1 corresponde al 30 de diciembre de 2010.
[3/] Los números entre paréntesis se refieren al ramo de clasificación del PEF.
[4/] Incluye presupuesto del SNPSS.

La evolución del presupuesto del ISSSTE debe interpretarse a la luz de la reforma de 2007 que cambió parcialmente el esquema de aportaciones al regularizar el pago de las instituciones públicas como patrones. Con la reforma el gobierno federal además asignó un presupuesto extraordinario para cubrir las carencias de infraestructura y resolver problemas en el abasto de medicamentos e insumos de esta institución[23]. Estos cambios también se reflejan en el ramo 19 que incluye las aportaciones federales a la seguridad social cuya composición cambia a lo largo del período.

El comportamiento del presupuesto de las Fuerzas Armadas requiere de una interpretación especial, dado el incremento del 91,8% para la Marina y del 59,2% para el Ejercito. Por un lado, las Fuerzas Armadas han adquirido un papel creciente en la llamada "guerra contra el narcotráfico" y gozan de un trato privilegiado por parte del gobierno federal. Por el otro, son las únicas instituciones de seguro social que no han sufrido la reforma neoliberal precisamente a raíz de este trato preferencial. Una situación semejante parece haberse dado en PEMEX, pero a raíz de un cambio en su estatuto legal en 2008 solo hay datos presupuestales federales en 2006 y 2007.

El presupuesto de la SSA incluye el del SNPSS e interesa analizar qué parte corresponde a las actividades propias de la Secretaría y cuales al SNPSS. En el cuadro siguiente se exponen comparativamente los datos del presupuesto total de la SSA y sus incrementos anuales y los del SNPSS, así como el porcentaje que representan estos últimos respecto a los incrementos totales en el período de 2006-2011.

Los datos demuestran que la mayor parte del incremento del presupuesto de la SSA se dedica al SNPSS e incluso en los años 2007, 2010 y 2011 el aumento para el SNPSS es mayor que el incremento de la SSA, lo que significa que el SNPSS aumenta su presupuesto a costa de otros recursos de la SSA. De esta manera el presupuesto del SNPSS como porcentaje del presupuesto de la SSA aumenta año con año de 35,9% en 2006 a 64,7% en 2011. Es más, al final del período apenas hay un aumento del 5% del presupuesto de la SSA excluyendo el del SNPSS. Dicho de otra manera, el incremento de los recursos del SNPSS entre 2006 y 2011 es de 245% lo que contrasta con el aumento del 23% del IMSS.

23 En septiembre y octubre de 2012 se ha revelado que una parte de estos recursos extraordinarios fueron desviados o usados fraudulentamente.

Cuadro 32

Presupuestos* de la SSA y el SNPSS, incremento y porcentaje de incremento, 2006-2011

Año	SSA		SNPSS				Presupuesto SSA menos SNPS**
	*Presupuesto***	*Incremento*	*Presupuesto***	*Incremento*	*% del incremento de SSA*	*Presupuesto SNPSS % respecto SSA*	
2006	48.171,4		17.283,8			35,9	30.887,6
2007	63.837,3	15.665,9	26.320,8	9.037	57,7	41,2	37.516,5
2008	71.884	8.046,7	34.633	8.312,2	103,3	48,2	37.251
2009	86.090,7	14.206,7	43.509,3	8.876,3	62,5	50,5	42.581,4
2010	87.402,3	1.311,6	47.844	4.334,7	330,5	54,7	39.558,3
2011	92.164,6	4.762,3	59.662,3	11.818,3	248,2	64,7	32.502,3

Fuentes: cálculos propios con datos de cuadro 31 y 25.

* En precios constantes de 2010.
** Millones de pesos

Cuadro 33

Evolución del presupuesto público federal de salud como porcentaje del PIB por institución, 2006-2011

Institución*	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Incremento período % del PIB
Población sin seguro social laboral							
SSA (12)	0,37	0,47	0,54	0,65	0,63	0,61	0,24
FASSA (33)	0,36	0,35	0,36	0,38	0,39	0,36	0,002
Subtotal	0,74	0,81	0,89	1,03	1,02	0,98	0,24
Población con seguro social							
IMSS (50)	1,06	1,07	1,11	1,26	1,15	1,11	0,06
ISSSTE (51)	0,233	0,221	0,238	0,266	0,280	0,282	0,05
Ejército (07)	0,021	0,019	0,026	0,029	0,031	0,029	0,008
Marina (13)	0,005	0,006	0,007	0,004	0,008	0,008	0,003
Ramo 19**	0,077	0,069	0,061	0,080	0,083	0,073	-0,003
Subtotal	1,39	1,38	1,44	1,64	1,55	1,51	0,12
TOTAL	*2,1*	*2,2*	*2,33*	*2,67*	*2,57*	*2,48*	*0,36*

Fuentes: cálculo propio con datos del cuadro 32 e Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Producto Interno Bruto (PIB) del año correspondiente.

* Los números entre paréntesis se refieren al ramo de clasificación del PEF.
** Transferencias a la seguridad social.

Caben al respecto dos consideraciones. La primera es que el gran ganador de la puja distributiva dentro del sector salud es el SNPSS, lo que sugiere que es el nuevo eje de la política nacional de salud; hecho que se analizará con más detalle en el siguiente apartado. La segunda consideración es que las otras actividades de la SSA, que incluyen la operación de los hospitales de alta complejidad, la conducción de la vigilancia epidemiológica y de la regulación sanitaria, etcétera, han pasado a un segundo nivel de importancia o a manos de los SES sin que éstos tengan recursos nuevos para realizarlas.

Otra manera de presentar los datos de evolución del presupuesto público federal es como porcentaje del PIB, convencionalmente muy usado, que se observa en el cuadro 33.

En el cuadro se aprecia que el presupuesto público federal llegó a un máximo de 2,67% del PIB en 2009 y retrocede a un nivel de 2,57 y 2,48% en 2010 y 2011, respectivamente. Sin embargo en el valor porcentual del PIB en 2009 influye el decremento del PIB en un 6% como resultado de la crisis.

En el cuadro se separan en dos grupos las instituciones: las dirigidas a la población sin seguro social laboral y los institutos de seguro social. Con esta división se aprecia que el objetivo de alcanzar un presupuesto para la población sin seguro social laboral del 1% del PIB solo se cumple en 2009 y 2010 y, prácticamente, todo el incremento se debe a la SSA que incluye al SNPSS cuyo presupuesto incrementa en 0,24% del PIB mientras que el Fondo de Aportación de los Servicios de Salud (FASSA) solo tiene un incremento de 0,002% a pesar de incluir el presupuesto para acciones preventivas, educativas y promocionales dirigidas a toda la población.

El presupuesto de las instituciones de seguro social sube en 0,12% del PIB en el período. Sigue el mismo patrón que el presupuesto total con su punto más alto en 2009 para luego bajar en 2010 y 2011. La institución cuyo presupuesto incrementa proporcionalmente menos es el IMSS con 0,06%, a pesar de amparar la mayor parte de la población derechohabiente que ha crecido año con año. El incremento del ISSSTE de 0,05% está relacionado con su reforma que también repercute en un decremento del ramo 19. Las Fuerzas Armadas tienen juntas un incremento del 0,01% del PIB que se debe a su lugar privilegiado.

Estos datos vuelven a demostrar que se privilegia al SNPSS y a los seguros sociales de los sectores políticamente sensibles para el gobierno mientras que el IMSS sale perdiendo en la pugna distributiva en salud.

Los datos oficiales que proporciona la SSA, como cabeza de sector, sobre el gasto en salud como porcentaje del PIB difieren de los que ha

reportado a la OPS/OMS que se presentan en el cuadro 34[24]. Una posible explicación de esta discrepancia es que el reporte nacional (cuadro 33) incluya el gasto estatal en los cálculos sobre el gasto público. Sin embargo, como hemos insistido, los datos del gasto público estatal tienen inconsistencias que obedecen a la forma de reportar estos datos por parte de los estados. Por ejemplo, el estado de México contabiliza como presupuesto propio los recursos federales por lo que estos aparecen dos veces, primero como gasto federal y luego como gasto estatal, y se suman erróneamente.

Cuadro 34

Comparación entre datos del gasto público y privado en salud, SSA y OPS/OMS, 2000-2010

Año	Información de SSA			Información de OPS/OMS		
	Público	*Privado**	*Total*	*Público*	*Privado*	*Total*
2000	2,6	3	5,6			
2001	2,7	3,3	6			
2002	2,7	3,5	6,2			
2003	2,6	3,2	5,8			
2004	2,7	3,3	6			
2005	2,6	3,3	5,9			
2006	2,6	3,1	5,7	2,4	3,1	5,5
2007	2,6	3,1	5,8	2,4	2,7	5,1
2008	2,7	3,1	5,8	2,4	2,7	5,1
2009	3,1	3,3	6,4	4,9	2,6	7,5
2010	3,1	3,3	6,3	3,1	3,1	6,1

Fuentes: SSA[25]; OPS/OMS "La situación de salud en las Américas. Indicadores básicos" años correspondientes.

* Calculado como diferencia entre gasto total y gasto público. Incluye gasto en seguros privados.

Hay una notable diferencia entre los datos proporcionados por la SSA a la OPS/OMS y los que la SSA presenta a los mexicanos en sus publicaciones oficiales. De 2006 a 2008 los datos reportados internacionalmente son más bajos que los nacionales pero se duplican en 2009 para luego volver a bajar en 2011. En efecto, el único año en el cual hay coincidencia entre ambos datos del gasto público es en 2010, pero el gasto nacional total en salud nunca coincide.

24 Se presentan los datos de 2000 a 2010 ya que permite apreciar con más claridad las inconsistencias de los datos.

25 Consultar: <www.sinais.gob.mx/descargas/xls/frf_01.xls> acceso 26 de septiembre de 2012.

Como se expuso arriba otro de los objetivos explícitos del SNPSS era disminuir el gasto privado en salud. Los datos de la SSA demostrarían que la brecha entre el gasto público y privado disminuyó en 2009 y 2010, pero en ningún año el gasto privado es menor que el público. De esta manera se puede constatar que el SNPSS no ha logrado bajar sustancialmente el gasto de bolsillo de la población.

IV. 5. LA NUEVA DINÁMICA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Para interpretar los resultados de esta investigación se requiere analizarlos en un marco histórico-político para desentrañar la nueva dinámica de sistema de salud mexicano. Después del período de ajuste de 1983 a 1995 que conllevó el desfinanciamiento de los servicios, debido al recorte del gasto social, la caída de los salarios y del empleo, se abre el período de la reforma neoclásica-neoliberal de salud (Laurell, 1991). El modelo conceptual que se persigue es la competencia administrada o el pluralismo estructurado. O sea, se pretende instalar la competencia y el mercado en el sector salud bajo la premisa, nunca comprobada, de que mejorarían la calidad y contendrían los costos[26]. La primera manifestación de esta política fue la reforma del IMSS en 1995-97 y se instrumentó plenamente en la reforma del ISSSTE en 2007 y es el modelo conceptual del SNPSS.

La importancia económica del sector salud es que corresponde, en México, a entre el 5,8 al 6,4% del PIB del cual un poco menos del 50% corresponde al sector público[27]. En el actual padrón de acumulación esta actividad económica es, junto con la educación, un nuevo campo de alta prioridad para los grandes capitales, nacionales e internacionales que parafraseando el dicho "la salud es demasiado importante para estar en manos de los médicos" sostienen que "la salud es demasiado importante (económicamente) para estar en manos del Estado".

El modelo del pluralismo estructurado favorece, principalmente, al llamado complejo médico industrial (Cordeiro, 1980) que se compone por las empresas hospitalarias, la industria farmacéutica y de biotecnología –particularmente las nuevas vacunas– y de tecnología médica. A ellos se añade un actor, nuevo en México, que es el capital financiero en su forma de administradores de fondos/compradores de servicios.

Hasta ahora los administradores de fondos no han logrado avanzar tan rápido como en otros países latinoamericanos debido a la fortaleza

---

26 El ejemplo más contundente de la falacia de esta premisa es que los EE.UU. donde se han aplicado plenamente gasta el 15,5% del PIB en salud; gasto que ha subido del orden del 1,5 al 2% anualmente sin garantizar el acceso universal a los servicios requeridos (OPS, 2011).

27 Las imprecisiones de los datos oficiales ya fueron analizadas en el apartado IV. 4.

institucional y cobertura poblacional y médica de las instituciones públicas del seguro social, particularmente el IMSS. Parte de esta fortaleza se deriva del hecho de que el IMSS es la principal institución[28] de prestación de servicios de salud del país que es muy complejo de sustituir *so pena* de un colapso nacional de la prestación servicios de salud. Por ejemplo, cada día hábil el IMSS da 471 mil consultas de los cuales 77,4 mil son de especialidad; atiende 48.5 mil urgencias; hospitaliza a 5.456 pacientes; realiza unas 4 mil cirugías; hace 722 mil análisis clínicos; y efectúa 5.255 sesiones de hemodiálisis y 2.075 de radioterapia (IMSS, 2011c).

A pesar de los múltiples intentos de obligar al IMSS a la separación de funciones entre regulación, administración de fondos/compra de servicios y prestación servicios ésta no ha prosperado en el lapso planeado. De allí la importancia del SNPSS como palanca externa para lograr esta separación y usar el poder legal y político de la SSA como máxima autoridad y regulador del sector salud para disciplinar a los institutos de seguro social a realizar los cambios buscados. Para ello el gobierno federal ha constituido un equipo compacto en salud compuesto por políticos y tecnócratas, frecuentemente economistas o administradores sin experiencia en salud pública o en medicina clínica. Es significativo que el anterior comisionado de la CNPSS, el economista Daniel Karam[29], pasara a ocupar el puesto de director general del IMSS y que Salomón Chertorivski, economista con experiencia en el sector privado, lo haya sustituido en la CNPSS para posteriormente ser nombrado secretario de Salud.

Por otra parte, no es casual que la reforma en curso haya empezado en el IMSS por ser la institución pública con los fondos de salud más cuantiosos (Laurell, 1997) cuya transferencia, parcial o total, a los administradores privados era un objetivo importante en la reforma de 1995-97, aunque la administración privada de las pensiones era todavía más significativa. Sin embargo, una serie de medidas posteriores respecto a la administración de los fondos del IMSS ha limitado paulatinamente el presupuesto disponible para la operación de los servicios y el mantenimiento y ampliación de la infraestructura, como ya se expuso en el inciso II.2.2.1.

En 2006 la dirección del IMSS (IMSS, 2006: IV) alertó que su déficit tan solo para infraestructura y equipo médico era de 60 mil millones de pesos[30]. Una ilustración del significado concreto para los de-

---

28 Aunque la SSA/SES reporta más servicios prestados no es comparable ya que se trata de 33 instituciones diferentes.

29 Fue, además, asesor de discurso en la campaña presidencial del Felipe Calderón.

30 2006 es el último año que el IMSS presenta una estimación del déficit total en este rubro. Posteriormente solo ha dado datos del déficit de equipamiento, que en 2011 fue de 12 mil millones (IMSS, 2011b: 148).

rechohabientes de esta situación es que el número de camas por mil[31] bajó de 1,1 en 1997 a 0,83 en 2006 y apenas alcanzó el 0,87 en 2010 (IMSS, 2011a: 197) con la consecuente sobrecarga de los servicios y largas listas de espera.

El IMSS tiene un régimen administrativo distinto a la SSA y está regido por una ley propia, la Ley del Seguro Social (LSS) 1995 que emana del Artículo 123 constitucional sobre los derechos de los trabajadores. Es, de esta manera, un organismo público descentralizado con autonomía fiscal cuyo órgano de dirección permanente es el Consejo Técnico tripartito, presidido por el director general del IMSS. Recauda directamente sus recursos pero su presupuesto se aprueba por el Congreso de la Unión y está sujeto al control presupuestal federal[32]. Adicionalmente, está normativamente subordinado a la SSA, la cabeza del sector salud. Es decir, existen una serie de mecanismos de control sobre el instituto que en ocasiones son contradictorios.

Con los dos gobiernos de derecha (2000-2012) se han hecho numerosos cambios a la LSS para incrementar el control sobre el IMSS y restringir la independencia en la administración de sus fondos. Los cambios más relevantes en este terreno son: la prohibición de usar *cruzadamente* los fondos de los distintos seguros desde 1997; la obligación de constituir reservas operativas y actuariales; la prohibición de crear nuevas plazas que no estén previamente respaldas presupuestalmente y de usar las cuotas obrero-patronales para pagar el régimen de jubilaciones y pensiones (RJP) de los trabajadores del propio IMSS; y cambios en la cotización de estos trabajadores para constituir fondos de reserva para garantizar el pago del pasivo laboral.

Durante los últimos años los informes, que el IMSS a diferencia del SNPSS está obligado a entregar al Congreso de la Unión, al Ejecutivo Federal y al Consejo Técnico, se han centrado en las valuaciones actuariales de sus cinco seguros, donde particularmente el seguro médico y de maternidad (SEM) muestra una situación financiera crítica. De esta manera, el IMSS reportó que el déficit del SEM, acumulado en el periodo 2011-2050, correspondía al 17,5% del PIB (IMSS, 2011b: 8). Este dato dramático ha sido retomado mediáticamente sin hacer la aclaración de que es una estimación basada en supuestos que no necesariamente se cumplirán[33] y que se carga al año 2011 el monto total

31 La norma internacionalmente aceptada es de un por mil aunque actualmente está en revisión por el incremento de, por ejemplo, las cirugías ambulatorias.

32 Es decir, tiene que sujetar su ejercicio presupuestal a los ordenamientos de la Secretaría de Hacienda.

33 Resulta interesante señalar que con un procedimiento semejante se sostenía que el IMSS resolvería su crisis financiera con la reforma de 1995-97.

que el instituto tendría que pagar durante 40 años. Tampoco se aclara al público que el 74% del déficit del SEM se debe al Seguro Médico para Pensionados (SMP).

Así se ha regresado al mismo discurso catastrofista sobre la próxima quiebra del IMSS que antecedió la reforma de 1995-97 (Laurell, 1995). Este discurso parece plausible a los derechohabientes que se enfrentan a una serie de fallas en los servicios como son instalaciones deterioradas, largas esperas para lograr una consulta de especialidad o una cirugía programada o la falta de medicamentos. La opinión pública recibe, además, mensajes mediáticos sistemáticos de problemas de atención, de corrupción y de los números gigantescos del déficit actuarial que obedecería a los pasivos laborales del IMSS y a la transición demográfica y epidemiológica. Son verdades a medias que van generando la percepción de la necesidad de un cambio a fondo.

Simultáneamente, se han promovido con insistencia los avances del Seguro Popular a pesar de que éste tiene problemas de atención mucho más graves que el IMSS y el ISSSTE, empezando por su limitado paquete de servicios; su falta de unidades médicas, personal, equipo y medicamentos; su presupuesto insuficiente para garantizar lo que promete; etcétera. De esta manera las autoridades de salud están usando mediática y políticamente al SNPSS para presionar al IMSS para que se alinee al modelo conceptual del pluralismo estructurado. Para ello es crucial que las máximas autoridades del IMSS compartan el compromiso político de implantar este modelo a pesar de que tendrían argumentos de fondo, legales y operativos, para oponerse. Así, el IMSS está cediendo el poder que tiene como el principal prestador nacional de servicios de salud y con el mayor presupuesto público de salud.

En su Informe de Labores (IMSS, 2011b: II), presentado ante el Consejo Técnico, el director del IMSS hace explícito que se pretende establecer tres ámbitos operativamente independientes dentro del instituto con vistas a preparar el IMSS para formar parte del "Sistema Integrado de Salud" en el contexto de la cobertura universal. Estos son: i) el aseguramiento; ii) la prestación de servicios; e iii) la recaudación.

El mismo documento ilustra la alineación del IMSS con la política gubernamental, en el mejor de los casos de la idea de la subsidiaridad del Estado pero en los hechos de ideología neoliberal, al adoptar como su tercer eje rector de actuación preparar al IMSS para formar parte del "Sistema Integrado de Salud". Este eje consta de tres componentes: la portabilidad del seguro médico; la convergencia de los servicios de salud; y el desarrollo del mercado de salud (IMSS, 2011b: VI-VII). Los tres componentes incluyen explícitamente al sector privado. De esta manera la "portabilidad" significa hacer válido cualquier seguro, pú-

blico o privado, con cualquier prestador de servicios médicos, público o privado. Para ello se promueve la "convergencia de los servicios" que no significa para los directivos del IMSS la construcción de un servicio de salud único y público sino establecer protocolos de tratamiento, decidir qué servicios incluir en el seguro (paquete de servicios) y fijar su precio. Estas son acciones encaminadas y necesarias para la creación del mercado de compra-venta de servicios de salud, respaldado con capacidad de compra a través de los seguros.

Otra evidencia de la alineación del IMSS con el pluralismo estructurado son sus propuestas para resolver las dificultades financieras del instituto. Así, propone bajar los porcentajes cotizados a los seguros superavitarios –los de Riesgos de Trabajo y de Vida e Invalidez– para incrementar la cotización al Seguro Médico para Pensionados (SMP) del 1,5 al 2,25% sobre el Salario Base de Cotización (SBC); incrementar la cuota fija del gobierno federal para los estudiantes de educación superior[34]; introducir una cuota fija del gobierno federal para el SMP; y traspasar al gobierno federal el 50% del costo de la atención de diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y VIH/SIDA (IMSS, 2011a: 224).

En ningún momento el IMSS ha propuesto las otras dos medidas que, junto con la cuota fija para el SMP, resolverían definitivamente su crisis financiera actual. La primera es abandonar la cuota fija patronal que es muy regresiva[35] y volver a la aportación patronal de un porcentaje fijo sobre el SBC que incrementaría los ingresos del IMSS al 13,72% sobre la SCB, o en 1,5%, respecto a los ingresos actuales. Todavía mejor y más justa sería una aportación patronal progresiva al igual, que lo es la aportación obrera. Esto demuestra que no se está en disposición de tomar medidas redistributivas que afectarían a los grandes empresarios, sino que se prefiere cargar al erario público los nuevos recursos requeridos.

La segunda medida sería que el gobierno federal asumiera el pasivo laboral del IMSS dado que los nuevos trabajadores del IMSS ya tienen el mismo régimen pensionario que los trabajadores asegurados por el IMSS. Al respecto cabe señalar que este ha sido el procedimiento cuando otras instituciones públicas adoptaron el sistema de capitalización individual. El IMSS tiene, además, reservas para respaldar una parte del costo de su pasivo laboral. Por último, el IMSS tampoco ha usado sus facultades legales y recaudatorias para incrementar su cobertura a todos los asalariados, a pesar de que actual-

34 Todos los estudiantes de las universidades públicas están asegurados por IMSS.

35 La regresividad consiste en que a mayor salario del trabajador menor es la cuota patronal en términos porcentuales.

mente no está asegurado el 46% de ellos[36], que lo confirmaría como la institución pública eje de la construcción de un sistema público único e integrado de salud.

Las propuestas del IMSS no son las que puedan salvar el instituto de la quiebra sino que parecen estar encaminadas a desarrollar una estrategia de cobertura-acceso universal que empuje a los derechohabientes a acudir a los servicios privados o pugnar por un seguro privado como parte de sus prestaciones contractuales.

De esta manera no se han considerado los manifiestos fracasos del SNPSS y la quiebra del sistema colombiano de salud (Franco, 2012), tampoco parece haber llevado a un replanteamiento a fondo del modelo de reforma impulsado durante 15 años en México. Al contrario, hay una coincidencia notable entre varios de los principales actores institucionales, políticos y privados (el Secretario de Salud, los funcionarios del CNPSS, los funcionarios del IMSS, el Partido Revolucionario Institucional y su presidente electo, el Partido Acción Nacional, Fundación Mexicana para la Salud, Funsalud; y las organizaciones patronales) sobre el futuro del sistema de salud mexicano que no es otro que transitar a la plena implantación de la competencia regulada, denominada por la presidenta ejecutiva[37] de Funsalud como la "reforma de segunda generación al Seguro Popular" (*La Jornada,* 8 de agosto de 2010: 33).

Los elementos básicos de esta reforma de segunda generación serían establecer un impuesto (directo o indirecto) etiquetado para salud a cambio de eliminar las contribuciones patronal, obrera y estatal al seguro médico de los institutos de seguro social; propuesta que ahorraría a los patrones alrededor de 120 mil millones de pesos tan solo en el rubro de salud[38]. Los nuevos recursos fiscales irían a un fondo único de salud que sería el comprador de servicios a los prestadores públicos o privados o, alternativamente, el intermediario para canalizar el dinero a administradoras-compradoras de servicios, públicos o privados, o sea a las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES). En este esquema los prestadores de servicios serían unidades médicas públicas autónomas desmembradas (SSA, SES, IMSS, ISSSTE) o privadas.

Es el mismo esquema que se propuso para la reforma del IMSS en 1995-97 con una diferencia importante. En rigor se trataría de un sistema de aseguramiento obligatorio y universal donde los recursos financieros son movilizados por el Estado federal vía los impuestos. Con

---

36 Cálculo propio con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (INEGI, 2012).

37 Mercedes Juan fue nombrada secretaria federal de Salud en diciembre de 2012.

38 Estimado con datos del Decreto de Egresos de la Federación (IMSS, 2013: Tomo V).

ello se garantizaría un mercado estable de administración de fondos y compra-venta de servicios en el cual competirían las empresas privadas y públicas. Prevé además el concurso del capital privado en la construcción de la infraestructura de salud a través de los llamados Proyectos para Prestación de Servicios (PPS) o la Asociación Pública Privada (APP), que fue legalmente reconocida con la aprobación de la ley correspondiente en 2011(Ley de Asociaciones Público Privadas, 2012).

La incógnita de esta propuesta es si en efecto llevaría a garantizar el acceso oportuno a los servicios requeridos a todos los mexicanos sin distinción, o sea, al acceso universal a los servicios de salud como se declara. En primer lugar significaría inevitablemente la definición de uno o varios paquetes de servicios cuyo contenido no está explícito hasta ahora. En la lógica del financiamiento con recursos fiscales es previsible que se establezca un paquete único básico, probablemente el del Seguro Popular, lo que significaría una reducción sustancial de los servicios actualmente otorgados por los institutos de seguro social a sus derechohabientes. Esto prefigura el establecimiento de seguros complementarios, que podrían ser voluntarios públicos o privados y/o obligatorios de seguridad social. En ambos casos habría una cobertura de servicios estratificada en función del pago realizado como ocurre en Colombia y Chile.

Un segundo problema es si los prestadores privados pueden o quieren asumir la atención. La apuesta a la prestación privada de servicios para suplir la falta de recursos humanos y físicos del sector público parece obedecer más a razones ideológicas que a evidencias reales. Aunque haya un crecimiento de consultorios y hospitales privados su desarrollo, por definición, se rige por el interés de lucro y difícilmente se expandirían a las zonas pobres del país donde están las carencias más importantes.

La constitución de un fondo único de salud, que ampara la compra de servicios, puede dar un impulso a la demanda de servicios respaldada con dinero pero está limitada por el contenido del paquete de servicios. Sin embargo, tanto la idea de los médicos sobre donde quieren trabajar como la base de sustentabilidad económica de un hospital, contravienen la suposición de que vayan a resolver la desigualdad en el acceso a los servicios.

Un tercer problema se refiere a los escasos recursos físicos de salud. La suposición de que la inclusión del sector privado como prestador de servicios y constructor de infraestructura de salud resolvería este problema estructural del sistema de salud no parece tener ningún fundamento robusto, considerando la extrema desigualdad socio-geográfica de dicha infraestructura, que no podría resolverse con mecanismos de mercado. Requiere de una estrategia nacional de planificación

de infraestructura sustentada con recursos financieros, realizada en función de las necesidades de salud, y no con criterios económicos.

Asimismo, hay poca certeza sobre los rendimientos de la inversión privada en infraestructura de salud salvo con contratos con una garantía estatal de las ganancias. Los contratos de asociación público-privado, suscritos para la construcción de hospitales regionales de alta especialidad realizados hasta ahora tienen esta característica, al garantizar el pago por parte del gobierno al inversionista independientemente de la demanda de los servicios realmente prestados (Herrera y Laurell, 2010). Es decir, la suposición de que fueran autofinanciables no se ha cumplido. Es más, en muchas ocasiones estos hospitales han servido más a las aseguradoras privadas que para ampliar la atención de alta complejidad del sector público. Llama la atención, por ejemplo, que ofrecen muchas intervenciones no incluidas entre las de gastos catastróficos del SNPSS.

Una cuarta cuestión es que la premisa de la "reforma de segunda generación" es que la competencia interna entre las instituciones públicas y externa con los privados contiene costos y mejora la calidad a pesar de que nunca ha sido comprobada en el ámbito de salud. Por el contrario toda la evidencia empírica apunta a que lo inverso ocurre.

La única certeza sobre los efectos de "la reforma de segunda generación al SP" es que abriría la salud como campo de acumulación de capital en la prestación de servicios de salud y, ante todo, a las aseguradoras y administradores de fondos de salud, o sea, al capital financiero.

De esta manera, el futuro del sistema de salud sigue siendo concebido con un enfoque económico-financiero y no en función de su capacidad de satisfacer las necesidades de salud de la población.

Si se adopta la mirada analítica de la contradicción básica del Estado capitalista, entre su papel de promotor de la acumulación y simultáneamente como legitimador del orden social (Offe, 2007), aparece un equilibrio bastante inestable de esta "reforma de segunda generación del SP". Con este enfoque el eje de acumulación pesa mucho más que el eje de legitimación. La reforma promueve efectivamente la acumulación en los viejos campos del complejo médico-industrial, o sea, las industrias farmacéutica y de tecnología médica, ampliadas por el rápido cambio en la biotecnología y la tecnología de diagnóstico y tratamiento, frecuentemente poco útil pero muy publicitada. Es así, porque amplía su mercado incluyendo a más clientes. Sin embargo, el nuevo actor del sector salud, el capital financiero en su forma de administrador y comprador de servicios, es el más favorecido porque la reforma introduce la necesidad de establecer seguros complementarios, obligatorios o voluntarios, para cubrir la atención que no se garantiza con los paquetes básicos de servicios.

Simultáneamente, se vislumbra un impulso importante a la prestación privada de servicios médicos al garantizar el pago, sea por el subsidio estatal o por los nuevos seguros. En este contexto adquiere un papel decisivo la reducción de los servicios públicos bajo la presión de la competencia desigual con los privados como el caso colombiano ha demostrado contundentemente (Hernández y Torres, 2010; Franco, 2012). La competencia desigual favorece por varias vías a los privados. Por un lado, los privados pueden disminuir sus costos fijos en personal e instalaciones usando formas de pago por atención realizada, que no implica legalmente una relación laboral, o subcontratando servicios auxiliares. Por su parte, las instituciones públicas se rigen por contratos colectivos con plenos derechos laborales. Los privados pueden, además, rechazar los pacientes "caros" y reciclarlos al sector público que tiene dificultades en negar la atención. Es igualmente previsible que los sindicatos y sectores de empleados lucharán, como parte de sus reivindicaciones, por la cobertura de un seguro privado tal como ha ocurrido en Brasil donde actualmente un 30% de la población tiene algún tipo de seguro, generalmente de baja cobertura (Cohn, 2008; Ocké-Reis, 2012).

Del lado de la función legitimadora del Estado cuenta que el aseguramiento universal genera la percepción de que habrá servicios de salud para todos y equidad con el mismo seguro público para todos y pagado por el Estado. Sin embargo inicialmente el público no distingue que significa liberar a los empresarios de su obligación de garantizar todos los servicios de salud a sus trabajadores. Es decir, no se percibe que se trata de una universalidad modificada y no de la universalidad a secas. No es casual que nadie de los que promueven la "reforma de segunda generación al SP" haya definido la cobertura médica o paquete de servicios que ofrecería.

La debilidad de la función del Estado de legitimar el orden social aparecerá cuando se constate en los hechos que el aseguramiento universal no garantiza el acceso oportuno a los servicios requeridos, al amparar solo el acceso a un paquete de servicios. Esta debilidad se hará todavía mayor cuando se descubra que habrá que adquirir un seguro adicional para acceder, incluso, a los servicios que los derechohabientes del seguro social tenían cubiertos anteriormente.

A ello se añade que, con el tiempo, se harán manifiestas las fallas del mercado para distribuir equitativamente los recursos de salud. La premisa de que la regulación corregirá estas limitaciones es una ilusión que no se cumple siquiera en los EE.UU. donde llevan años intentándolo (Jesilow, Geis y Harris, 1995). Y entonces se descubrirá que esta "segunda reforma del SP" no garantiza el acceso a los servicios y menos el derecho a la salud.

V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

LA INVESTIGACIÓN REALIZADA HA PERMITIDO responder a las preguntas e hipótesis explicativas que fueron planteadas. En estas conclusiones se presentarán primero, resumidamente, los hallazgos en el orden que fueron planteadas las preguntas, y luego se hará la discusión interpretativa en el marco del conocimiento existente sobre el tema del "aseguramiento universal" y su significado en el proyecto de rearticulación global de las relaciones económicas y sociales sobre el principio del mercado.

El Informe del CNPSS 2011 reporta que se ha logrado la cobertura universal dado que están afiliadas 51,8 millones de personas al Seguro Popular (CNPSS, 2012:19). De ellas 12,4 millones fueron afiliadas en 2010 y 8,3 millones en 2011, según esta fuente. Los resultados del análisis comparativo entre los datos de afiliación de la CNPSS y de la ENIGH de 2010, que mostraron que 35,5 millones de personas, o el 32% de la población, no estaban afiliadas a ningún seguro nos permite concluir que la afirmación de la CNPSS es equivocada o falsa. Es decir, no hay aseguramiento universal en México y el porcentaje de población sin algún tipo seguro[1] correspondería a un 25%. Este dato

1 En este cálculo se incluyen los afiliados del reporte de la CNPSS de 2011 aunque probablemente no es correcto.

es mucho más alto que el de Chile con un 7% y Colombia con un 10% sin algún tipo de seguro.

La explicación de estos datos sería que la afiliación se hace sin informarles a las personas de su pertenencia al SP y, por tanto, de sus derechos como afiliadas. Este hecho desmiente, además, que una de las ventajas de un paquete explícito de servicios (el CAUSES y las enfermedades de gasto catastrófico incluidas) es que permite a los individuos exigir sus derechos, porque no los conocen. Las razones del sobre registro de afiliados son económicas y políticas. Las entidades federativas requieren demostrar incrementos en la afiliación para acceder a recursos financieros frescos que se han dado principalmente a través del SNPSS y no del FASSA (ver cuadros 32 y 33). De esta manera el presupuesto de FASSA aumentó en 17,5% entre 2006 y 2011 y el del SNPSS en 245%. Para el gobierno federal la cobertura universal ha sido una de sus principales prioridades políticas y ha incentivado que los estados cumplan sus metas de afiliación aunque no sean reales. En el contexto de la cobertura universal es, sin embargo, interesante que las autoridades de la SSA y el titular del Poder Ejecutivo no hicieron una declaratoria nacional especial de que se había alcanzado este objetivo.

Aunque el SP originalmente se concibiera como un derecho de toda persona carente de un seguro de salud de origen laboral, a partir de 2007 adquirió el perfil de un programa para combatir a la pobreza. Tendría además un enfoque de género. Según el registro de la CNPSS (ver cuadro 4) el SP cubre principalmente a la población más pobre ya que clasifica al 96,2% de los afiliados en los deciles 1 y II y solo el 0,6% en los deciles V-X. Estos datos empero son inverosímiles, porque significarían que el 37% de la población total se encuentra en los deciles correspondientes al 20% de la población. La explicación de esta inconsistencia de los datos es que la cédula de clasificación para ubicar las familias en un decil no recoge el ingreso sino que se basa en las condiciones de la vivienda y los bienes de ésta. Es decir, es un instrumento inadecuado.

Los datos de la ENIGH arrojan resultados muy distintos ya que solo el 47,5% de los afiliados al SP pertenece a los deciles I y II y el 25,3% a los deciles V a X (ver cuadro 5). La población muy pobre sigue siendo mayoritaria en el SP pero los afiliados se distribuyen entre todos los deciles. La distribución de las personas sin un seguro de salud o médico es semejante, y el 29,7% se ubica en los deciles I y II. Es un hallazgo importante porque demuestra que el SP no cubre a 10,5 millones de personas que se encuentran en extrema pobreza, lo que corresponde al 36,7% de las personas de los deciles I y II. Nuestra hipótesis original era que habría una sobreposición entre los afiliados al SP y los

derechohabientes del seguro social laboral en cuanto a su adscripción por decil. Esto no ocurre según los datos de la ENIGH, ya que el 75% de las personas con este tipo de seguro pertenecen a los deciles V a X. Para interpretar este dato cabe señalar que tres SMDF, considerados convencionalmente como el monto de sobrevivencia familiar, se ubican entre el decil VIII y IX lo que significa que apenas un 25% de los derechohabientes del seguro social laboral está por encima de esta línea (Laurell, 2011)[2].

El enfoque de género se demostraría, según la CNPSS, por el hecho de que el 81% de los titulares del SP son mujeres. La ENIGH no confirma este dato ya que el SP es el tipo de aseguramiento que tiene la jefatura femenina más baja (cuadro 3) con el 18,5% mientras que la categoría no asegurado tiene el 20,2%. La discrepancia entre las dos fuentes seguramente se deriva de una política de la CNPSS, aunque tiene implicaciones para el uso masculino de los servicios. Es además un indicio de que el SP está principalmente enfocado a cubrir la problemática materno-infantil de salud.

La segunda pregunta que se planteó en la investigación era sobre la relación entre la afiliación al SP y el acceso a los servicios. Los resultados encontrados establecen que la afiliación al SP no conduce al acceso a los servicios requeridos. Incluso la comparación entre los datos de la CNPSS y los datos oficiales de la SSA (cuadro 14) indican que los afiliados al SP tienen la frecuencia más baja de atención de consulta, urgencias y hospitalización, particularmente en comparación con los derechohabientes del seguro social laboral.

El análisis comparativo entre los tipos de aseguramiento (cuadro 8) demuestra que, teniendo problemas de salud, el 12,5% de los afiliados al SP, o unas 900 mil personas, no accede a los servicios requeridos en comparación con el 15,9% de los no asegurados y el 6,4% de los derechohabientes de un seguro laboral. Estos datos son diferentes para los menores y mayores de 12 años. Así, entre los de 12 años o menos solo el 4,4% con SP no acceden a los servicios en comparación con el 4,7% de los no asegurados y el 1,9% con un seguro laboral. En cambio,

2 La medición multidimensional de pobreza de CONEVAL clasifica al 46,2% de la población mexicana como pobres con el 10,4% en la pobreza extrema. Asimismo, el 29,4% de la población tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo y el 52,2% recibe un ingreso inferior a la línea de bienestar y el 24,9% no tiene acceso a la alimentación (CONEVAL, 2012: 25). El ingreso corriente monetario mensual *per cápita* en 2010 era, en dólares estadounidenses: para el decil I 25, el II 56, el III 79, el IV 102, el V 126, el VI 156, el VII 190, el VIII 244, el IX 346 y el X 859 (CONEVAL, 2012: 117). Cabe añadir que dentro del decil X debería de desglosarse el 1% de mayores ingresos ya que concentra una proporción alta del ingreso, pero que no se puede hacer con una encuesta con las características del ENIGH.

los mayores de 12 años sin acceso son el 15,4% para el SP, el 18,7% para los no asegurados y el 7,3% para los con un seguro laboral. De estos datos se concluye que el tipo de aseguramiento que mayor acceso ofrece es el seguro médico del seguro social laboral. La diferencia entre el SP y el no aseguramiento se da principalmente entre los adultos, pero la protección del SP frente a la falta de un seguro entre los menores de 12 años es pequeña.

Los obstáculos al acceso son distintos según el tipo de aseguramiento (cuadro 9). De esta forma, la barrera económica es reportada en un 43% para el SP y en un 62% para los no-asegurados. O sea, la discrepancia del 19% sería la protección económica real que ofrece el SP, a pesar de que la protección financiera es uno de sus principales objetivos. En cambio la población con seguro social laboral solo refiere esta barrera en un 13,4%, lo que demuestra su superioridad sobre el SP en cuanto a la protección financiera.

La barrera institucional es la más mencionada por los asegurados con un 75% para el SP y con un 64% de los derechohabientes del seguro social laboral. Esto refleja una problemática seria de las instituciones públicas que las desprestigia y que favorece la idea de que éstas no resuelven los problemas de salud y promueve la implantación de pluralismo estructurado, o sea el modelo mercantilizador que persiguen las actuales reformas. Los afiliados al SP reportan además, en un 16%, que no había los medicamentos necesarios a pesar de que es otro objetivo importante del SP.

Las razones del no acceso a los servicios requeridos por parte de los afiliados al SP se analizan en el inciso IV.2. Las principales causas son que el CAUSES y las enfermedades de gasto catastrófico no cubren muchos padecimientos comunes y los que tienen un alto costo para el paciente, como por ejemplo la mayoría de los cánceres, los traumatismos múltiples, el infarto del corazón, el accidente vascular-cerebral, la insuficiencia renal crónica, entre otros. También se establece que la afirmación de que el SP cubre el 100% de las consultas y el 98% de las hospitalizaciones no se sostiene confrontando el contenido del CAUSES con los diagnósticos de egresos (cuadro 16). A ello se añade que en varias regiones del país no existen los recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para cubrir las intervenciones del CAUSES por lo que el paciente tendría que trasladarse para recibir la atención, pagando este traslado y la estancia fuera de su lugar de origen.

El 61% de las hospitalizaciones (cuadro 16) se relaciona con el embarazo y parto sin que se haya bajado la mortalidad materna establemente. La atención a los hombres solo es mayor que la de las mujeres antes de los cinco años pero cae a un 5,7% en el grupo de edad de 15 a 45 años (cuadro 15). Esto revela que el SP tiene una

orientación materno-infantil que desprotege a los hombres en edad productiva; situación que también se discernió en los datos de titularidad femenina del SP.

La información sobre los casos atendidos de enfermedades de gasto catastrófico (cuadros 17, 18 y 19) revela discrecionalidad y burocratismo en su tratamiento. Además, se observa una desigualdad geográfica grande debido a la falta de los recursos necesarios para atenderlos. Por otro lado, el procedimiento para autorizar el número de casos a atender cada año se decide en función de los recursos disponibles, lo que invalida el principio legal de que todas las personas que requieren tratamiento de enfermedades de gasto catastrófico reconocidas deberían recibirlo.

Como ya se señaló, la protección financiera es uno de los principales objetivos del SP y los datos de la ENIGH sugieren que no se cumple adecuadamente. De esta manera, los afiliados al SP gastan anualmente 51,2 mil millones en salud o el 2,5% de su gasto monetario. Los datos correspondientes de los no asegurados son 93,8 mil millones o el 3,1% y de los derechohabientes de un seguro laboral 125,4 mil millones o el 2,4% (cuadro13). Es decir, la diferencia del gasto de bolsillo total en salud entre los afiliados al SP y los no asegurados es de 42.6 mil millones de pesos, o del 0,6% de su gasto monetario total, lo que sería el monto total de la protección financiera del SP. Calculado el promedio por persona los afiliados al SP gastarían $1.636 contra $2.640 de los no asegurados. Los más protegidos por el SP son los afiliados del decil I que gastan 1% menos de su gasto total que los no asegurados mientras que en el resto de los deciles los porcentajes del gasto total son semejantes para estas dos categorías. El gasto de los derechohabientes de un seguro laboral es el más alto; pero los deciles I a IV solo gastan en salud alrededor del 1 al 1,4% de su gasto total y son los que tienen la mejor protección financiera en salud. Porcentualmente los no asegurados gastan más en hospitalización que los del SP que gastan en consultas y medicamentos que deberían estar cubiertos.

Examinando el tema del gasto con relación al posible empobrecimiento de las familias se encontraron datos interesantes. La cuantificación de los gastos en salud (cuadro 13) erogados por los afiliados del SP demostró que por cada peso de gasto de bolsillo la CNPSS gastó $0,93. Todavía más relevante, el 58% del gasto de bolsillo corresponde a los deciles I a IV, o sea a los más pobres. Los derechohabientes del seguro social tienen el gasto de bolsillo más alto, 125,4 mil millones, pero por cada peso de gasto de bolsillo de sus derechohabientes los institutos de seguro social gastan $1,35. Además respecto al gasto de bolsillo los deciles I a IV solo gastan el 5,6% de la cantidad total o 22,6 mil millones menos que los del SP. Estos datos son otra

evidencia de que el seguro social es el que ofrece la mejor protección a sus derechohabientes.

Estos hallazgos llevan a la cuestión de la suficiencia del monto de $1.999,54 por persona destinado por la CNPSS para pagar los servicios incluidos en el CAUSES. En ausencia de un costeo transparente de los servicios se comparó esta cantidad con el costeo inicial del CASES de 126 intervenciones con un costo de $1.705 por persona. Este monto actualizado con el INPC correspondería a $2.280 pesos corrientes de 2010, lo que da una diferencia de 280 pesos por persona o un subfinanciamiento del 14% a pesar de que no incluye el costo del personal de salud. Es de subrayar que tampoco se tomó en cuenta que el CAUSES 2010 incluye 275 intervenciones, o sea 149 más que las 126 del costeo de 2003. Esto nos lleva a sostener que el CAUSES está seriamente subfinanciado.

Para corroborar esta afirmación se analizó la valuación actuarial del CAUSES 2006 encargada por la CNPSS a una empresa privada que confirmaría su suficiencia financiera. El resultado de este análisis es que los datos calculados en la valuación CAUSES 2006 discrepan de los datos reales de financiamiento de la CNPSS (cuadro 29) y el déficit anual fluctúa entre el 27,2 y el 56,8%. En 2010 es del orden de 82 mil millones de pesos; dato que coincide cercanamente con el déficit calculado en 2007 por la Auditoría Superior de la Federación para este año. Aun corrigiendo los datos de afiliados, usados en las proyecciones de la valuación CAUSES 2006, a la afiliación reportada anualmente por la CNPSS se tiene un déficit del orden de 49 mil millones de pesos (cuadro 30). O sea, es innegable que el SNPSS carece de los recursos financieros suficientes para cubrir el costo del CAUSES y los padecimientos de gastos catastróficos.

¿Cuál es, entonces, el origen de este subfinanciamiento si la LGS establece claramente cómo se financia el SNPSS? Para responder a esta pregunta se compararon el monto legal de la Cuota Social (CS) y la Aportación Solidario Federal (ASF) con el monto real de estas aportaciones federales (cuadro 22) y el impacto financiero del cambio en el esquema de financiamiento al pasar de la aportación por familia a la aportación por persona afiliada (cuadro 21).

Este análisis demostró varios problemas. En primer lugar se constata que la transferencia federal a los estados es menor a la legalmente establecida. Así, en total, la CNPSS transfirió a los estados en 2010 un 27,2% menos del monto legalmente establecido, lo que corresponde a 13,8 mil millones de pesos (cuadro 22). La disminución de la transferencia varía entre los estados pero todos reciben menos que el monto legal en un rango de menos 11 a 52%. Por otra parte se observa que la ASF, que legalmente está fijada en 1,5 veces del CS, en la práctica

casi es absorbida por el mecanismo de la llamada alineación de recursos y prácticamente se extinguiría con la cobertura universal. Sin embargo también se descubrió que una parte de la disminución de las transferencias obedece a que la CNPSS ni siquiera pagó el monto correspondiente a la CS, que legalmente es irreductible. Con estos datos se explica que los Servicios Estatales de Salud no tienen los recursos financieros suficientes para proporcionar los servicios del CAUSES.

En este contexto es importante considerar que en el año 2010 se modificó el esquema de financiamiento del SNPSS. El cambio consistió en que la CS, el ASF y las aportaciones estatales se compute por persona y no por familia. Al aplicar este cambio la CNPSS ajustó el número de personas por familia (cuadro 20) y recalculó el monto de las aportaciones a los estados (cuadro 21). Este nuevo cálculo resultó en una pérdida total de unos 13.5 mil millones para los estados justo cuando se debería de haber realizado un esfuerzo especial para lograr el aseguramiento universal. Con estos hechos se puede objetar la idea de que el desfinanciamiento del SNPSS se debe a la falta de aportaciones de los estados y las familias afiliadas (Lakin, 2010), ya que su origen principal es la disminución ilegal de aportaciones federales.

Las otras fuentes de financiamiento del SNPSS, o sea la aportación solidaria estatal (ASE) y la familiar, son mal calculadas y sobreestimadas en los informes de la CNPSS. La ASE puede aportarse en dinero o con la comprobación de ciertos gastos en salud de la entidad federativa o los municipios. A pesar de que la CNPSS registra el monto legal del ASE en sus cálculos, en la realidad la mayor parte de la aportación no es líquida. También es un hecho que los estados no reportan adecuadamente cómo ejercieron el presupuesto transferido, que es una causa legal para que se suspendan las nuevas transferencias. Por último, la prima familiar prácticamente no se paga por los sucesivos cambios en la legislación y por la equivocada clasificación de las familias por decil. La poca contribución de la prima familiar al financiamiento del SPSS significa que es un seguro esencialmente financiado con recursos fiscales federales y en menor medida estatales.

A la insuficiencia de origen del presupuesto del SNPSS se añade además un subejercicio sistemático a nivel federal y estatal de los recursos asignados. Este subejercicio tiene varias etapas y empieza con la discrepancia entre el presupuesto aprobado y el ejercido que, en los años 2008, 2009 y 2010, fueron de -8,1; -4,8 y -7% respectivamente (cuadro 24). Este hallazgo sorprende porque se suponía que eran los años cruciales para llegar a la cobertura universal del aseguramiento, comprometida para el 2010.

Una segunda etapa del subejercicio obedece a la distribución de los recursos financieros entre los rubros del SP (cuadro 25). El ele-

mento clave de esta distribución es que se canaliza al Fideicomiso de Protección Social en Salud (FPSS) un porcentaje mucho mayor que el legalmente establecido (cuadro 28). De esta manera en el periodo de 2006 a 2010 el depósito en el fideicomiso representa del 18,6 al 25,7% del presupuesto total del SP a pesar de que la LGS lo fija en el 11%. El mecanismo de este subejercicio es que la asignación de estos recursos al fideicomiso los sustrae de las aportaciones para el CAUSES –la CS y la ASF. Sin embargo este procedimiento no aparece como un subejercicio ya que se registran contablemente como ejercidos una vez asignados los recursos al FPSS.

Se podría argumentar que el mayor depósito en el FPSS ampliaría la capacidad de la CNPSS de atender las enfermedades de gasto catastrófico o, alternativamente, destinarlos al fortalecimiento de la infraestructura de salud. Sin embargo este no es el caso porque hay un subejercicio considerable de los recursos destinados a estas enfermedades (cuadro 17) y tampoco hay evidencias de que se hayan usado para construir infraestructura de salud. En cambio, el FPSS ha ido acumulando fondos (cuadro 28) que eran del orden de 31,7 mil millones de pesos en 2011. Es probable que estos recursos constituyan una reserva que se puede usar temporalmente a discreción por la SSA o por el gobierno federal; suposición que es difícil de comprobar pero constituiría un desvío grave de fondos.

A pesar de las sucesivas disminuciones de su presupuesto respecto a lo legalmente establecido, el SPSS ha ganado la pugna distributiva dentro el sector salud, particularmente frente al IMSS. Así el SNPSS tuvo un incremento presupuestal del 245% entre 2006 y 2011, dato que contrasta con el aumento del 23% del IMSS (cuadro 31). Esto sugiere que el SNPSS se ha convertido en el eje de la política de salud.

El presupuesto público total de salud se incrementó en 0,36 puntos como porcentaje del PIB en el periodo 2006 a 2011, o sea un porcentaje bajo. La mayor parte del aumento corresponde a la SSA con 0,24 puntos versus un aumento para el IMSS del 0,06. Además, el objetivo de alcanzar un gasto para la población sin seguridad social de 1% del PIB solo se alcanzó en 2009 y 2010 (cuadro 33). Por otra parte, la relación entre el gasto público y el privado se ha mantenido casi inalterado (cuadro 33); otro hecho que confirma la poca capacidad del SP de abatir el gasto de bolsillo.

Paralelamente a la promoción del SNPSS se ha sujetado al IMSS a una serie de limitaciones en su ejercicio presupuestal obligándolo a destinar una parte de sus recursos a reservas actuariales y a respaldar su pasivo laboral, lo que le ha impedido mejorar sus servicios aunque sea la institución pública que más ha invertido en recursos físicos. A la par, los medios han reforzado la idea de que este instituto tiene graves

problemas de corrupción y está cercano a la quiebra. El propio IMSS no está proponiendo los cambios que resolverían sus problemas presupuestales. La explicación de este hecho es que el gobierno federal ha formado un equipo tecnocrático compacto, animador del modelo del pluralismo estructurado.

El relevo gubernamental no ha cambiado esta política ya que el presidente electo para el periodo 2012-2018 y su Secretaría de Salud, siguen promoviendo la "segunda reforma del SP" cuyo contenido principal es la creación de un seguro universal de salud igual para todos los mexicanos. Esta propuesta consiste en crear un fondo de salud financiado con recursos fiscales a través del incremento del impuesto indirecto, medida impositiva regresiva, y eliminar la contribución empresarial al seguro social. Sin embargo, no se ha especificado cuál sería el paquete de servicios cubierto por el seguro universal y tampoco que serían necesarios seguros complementarios para garantizar la cobertura a los servicios excluidos del paquete básico, lo que significaría abrir un mercado a las aseguradoras/compradores de servicios de salud. También es preciso señalar que esta investigación demuestra que no hay un uso cruzado interinstitucional de servicios (cuadro 10) lo que significaría un espacio para el sector privado.

Las restricciones impuestas al IMSS y la ausencia de una dirección defensora de este instituto parecen haberse convertido en el mecanismo para obligarlo a introducir la competencia administrada y exponerlo a una desigual competencia de mercado.

Los resultados de la investigación demuestran que el SNPSS y el SP tienen un funcionamiento muy distinto al panorama de éxito que presentan sus diseñadores y el gobierno federal mexicano (cfr. Knaul *et al.*, 2012). Este modelo ha fracasado en conseguir prácticamente todos sus objetivos explícitos como se ha visto a lo largo de este texto. Por eso es erróneo proponerlo como el ejemplo a seguir por otros países, si no fuera con el propósito de impulsar la segunda reforma de salud y avanzar en la mercantilización de la salud y ampliar este campo de acumulación capitalista, particularmente para las aseguradoras y empresas médicas. Esta investigación añade otro caso nacional a la experiencia colombiana que refuta que el aseguramiento universal sea la panacea para garantizar el derecho a la salud, entendido éste como al acceso oportuno a los servicios requeridos y una acción sostenida para mejorar las condiciones de trabajo y vida. Reafirma, además, que el seguro de salud del seguro social público es un modelo mucho más adecuado para garantizar el derecho a la salud en México. Sin embargo en este contexto debe advertirse contra la propuesta de convertirla en una seguridad social universal básica, que falsea su contenido y

propósitos al abandonar los principios de universalidad, igualdad y solidaridad (Cichon, Behrendt y Wodsak, 2011).

Desde el punto de vista de la investigación científica y su capacidad de contribuir a la formulación de políticas públicas se constata que se requiere de una postura crítica ante los datos y el discurso. Es ineludible subrayar que toda la base numérica de esta investigación proviene de fuentes oficiales aunque ha sido procesada con otra perspectiva. Las diferencias de los resultados presentados por los responsables de las políticas, en este caso destacadamente por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y los resultados encontrados en esta investigación obedecen a los distintos enfoques empleados. Demuestran también que los datos y documentos no hablan por sí solos, sino que se requiere de un marco teórico-interpretativo para elegirlos y confrontarlos entre sí. Aunque sería deseable tener registros administrativos confiables para evaluar las políticas públicas se constata que corren el riesgo de ser acomodados a fin de mostrar que éstas han cumplido sus propósitos. Estos registros no son necesariamente falsificados, pero sobre una temática tan compleja como la política de salud es decisivo determinar qué datos recolectar y cómo presentarlos.

La primera recomendación que se desprende de esta investigación es que se debe adoptar una posición crítica ante la premisa de que el aseguramiento universal garantice el acceso a los servicios y disminuya sustancialmente el gasto de bolsillo. Debe quedar claro que este aseguramiento solo es una forma de financiamiento que ignora muchos aspectos de la compleja problemática de los sistemas de salud en América Latina. Dado que el seguro de salud concierne particularmente el financiamiento, habría que preguntar si este es suficiente o no para alcanzar el objetivo de garantizar el acceso a los servicios requeridos.

En este contexto es también necesario plantear si la creación de una nueva estructura administrativa y el aumento de los costos de transacción tienen alguna ventaja frente a la propuesta de establecer un servicio único, público y gratuito de salud. En los hechos el SNPSS ya lo es, en vista de que la prima pagada por las familias es una parte insignificante (el 0,45%) del total de los recursos. Al respecto habría que hacer explícito si se busca disminuir la barrera económica que obstruyen el acceso o si solo se busca ofrecer en paquete limitado y básico de servicios de salud, o sea una universalidad "modificada".

El Seguro Popular mexicano, y sus equivalentes de Chile y Colombia, son los principales casos donde el paradigma del aseguramiento universal se ha aplicado y madurado. Los resultados que han tenido en estos países deben llevar a un serio replanteo respecto a su capacidad de garantizar el derecho a la salud, entendido como el acceso oportuno de los servicios de calidad requeridos. El argumento de que los países

no disponen de los recursos financieros para realizar este derecho debe analizarse en el contexto de las prioridades que los gobiernos fijan y el enorme desvío de recursos que significa la corrupción y el tráfico de influencias de los poderosos grupos de interés, particularmente el complejo médico-industrial y las aseguradoras.

Aunque algunos países de América Latina son pobres en términos absolutos[3] en su gran mayoría sufren de una distribución extremadamente desigual de la riqueza nacional que se podría corregir con una decisión política firme. Si esto se hiciera y las prioridades de los gobiernos cambiaran existiría la posibilidad de financiar un sistema público de acceso igualitario y desmercantilizado, en el cual ni la inserción productiva ni la capacidad económica significaría la exclusión de nadie del derecho de acceder a la atención necesaria para el florecimiento humano de todos.

3 Es decir, aunque su PIB se distribuyera igualitariamente no alcanzaría a cubrir las necesidades básicas de su población.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, Guillermo y Brachet, Viviane (eds.) 2007 *Salud Pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile y México (1980-2000)* (México D.F.: El Colegio de México).

Arbelaez, María Patricia *et al.* 2004 "Tuberculosis control and managed competition in Colombia" en *Int J Health Plann Mgmt,* N° 19: S25-S43.

Ardón Centeno, Nelson *et al.* 2010 *Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia).

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) 2010 "Accidentes y enfermedades. Estadística anual (SESA) 2010" (México: AMIS). En <www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/SESA%20AyE%202010.pdf> acceso 30 de septiembre de 2012.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) 2003 *Modernización del Estado. Documento de Estrategia* (Washington D.C.: BID).

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) 2009 *Políticas sociales y laborales para tiempos tumultuosos* (Washington D.C.: BID).

Banco Mundial (BM) 1993 *Invertir en Salud* (Washington D.C.: BM).

Banco Mundial (BM) 1997 *Informe del Banco Mundial. El Estado en un mundo en transformación* (Washington D.C.: BM).

Banco Mundial (BM) 1998 *Más allá del Consenso de Washington: la hora de la reforma institucional* (Washington D.C.: BM).

Breilh, Jaime, 1979 *Epidemiología: economía, medicina y política* (Quito: Universidad Central).

Breilh, Jaime, Franco Saúl, Laurell, Asa Cristina y Nunes, Everardo 1991 *Debates en Medicina Social*. (Quito: Organización Panamericana de la Salud / ALAMES).

Cichon, Michael; Behrendt, Christina y Wodsak, Veronika 2011 *La Iniciativa del Piso de Protección Social de las Naciones Unidas* (Frankfurt: Fundación F. Ebert).

Clavijo, Sergio 2008 *Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances* (Washington D.C.: IMF) WP 09/58.

Cohn, Amélia 2008 "La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal" en *Medicina Social/Social Medicine,* Vol. 3, N° 2.

Comisión Presidencial de Salud 2010 "Informe Comisión Presidencial de Salud" (Santiago de Chile: *mimeo*) diciembre.

Commission on Macroeconomics and Health 2001 *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. *Report of the Commission on Macroeconomics and Health* (Ginebra: WHO).

Commission on Social Determinants of Health 2008 *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. *Commission on Social Determinants of Health final report* (Ginebra: WHO). En <www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html> acceso 26 de abril de 2012.

Cordeiro, Hesio 1980 *A indústria da saúde no Brasil* (Rio de Janeiro: Graal).

Dahlgren, Göran y Whitehead, Margaret 2006 *Levelling-up part 2* (Copenhague: WHO European Office).

Defensoría del Pueblo 2009 *La tutela y el derecho a la salud 2006-2008* (Bogotá: Defensoría del Pueblo).

Díaz, Daniela (coord.) 2010 *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna* (México D.F.: FUNDAR).

Doyal, Len y Gough, Ian 1991 *A Theory of Human Need* (Londres: Macmillan).

Enthoven, Alain 1988 "Managed competiton: an agenda for action" en *Health Affairs,* Vol. 7, N° 3: 25-47.

Esping-Andersen, Göran 1990 *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (Princeton: Princeton University Press).

Estafanía, Joaquín 2000 *Contra el pensamiento único* (Madrid: Punto de Lectura).

Facultad Nacional de Salud Pública 2009 "Pronunciamiento sobre la Declaratoria de Emergencia Social en Salud" (Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública) *mimeo*.

Fleury, Sonia 2003 "Reforma del Estado" *en Instituciones y Desarrollo*, N° 14/15: 81-122.

FONASA, 2007 *Protección Social en Salud en Chile* (Santiago de Chile: Fondo Nacional de Salud).

Franco, Saúl 2012 "El colapso del sistema de salud y las alternativas en ciernes" en <www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/2958-el-colapso-del-sistema-de-salud-y-las-alternativas-en-ciernes.html>.

Frenk, Julio 2006 "Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico" en *Lancet,* N° 368: 954-961.

Frenk, Julio *et al.* 2006 "Health system reform in Mexico 1" en *Lancet,* N° 368: 1.524-34.

Funsalud, 1994 *Economía y salud* (México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud).

Gakidou, Emmanuela *et al.* 2006 "Health system reform in Mexico 5" en *Lancet, N°* 368: 1.920-35.

Gilson, Lucy *et al.* 2007 *Final Report. Knowledge Network on Health Systems* (Ginebra: WHO-Commission on the Social Determinants of Health).

Giovanella, Ligia y Fleury, Sonia 1995 "Universalidade de Atençao á Saúde: Acesso como categoria de análise" en Eibenschutz, C. (org.) *Política de saúde: o público e o privado* (Rio de Janeiro: Fiocruz) pp. 177-190.

González, Alejandra y Munar, Wolfgang 2003 *The Political Economy of Social Sector Reform* (Washington D.C.: Interamerican Development Fund).

Gottret, Pablo y Schieber, George 2006 *Health Financing Revisited* (Washington D.C.: WB).

Hernández, Mario 2003 "El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después" en Franco, Saúl (ed.) *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia).

Hernández, Mario y Torres, Mauricio 2010 "Nueva reforma en el sector salud en Colombia" en *Social Medicine/Medicina Socia*l, Vol. 5, N° 4: 24-45.

Herrera Ronquillo, Joel y Laurell, Asa Cristina 2010 "Proyectos de Prestación de Servicios. Una nueva forma de privatización" en

Peña Saint Martín, Florencia y León Parra, Beatriz (eds.) *La Medicina Social en México II* (México D.F.: Eón).

Holmes, Dave *et al.* 2006 "Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences" en *J Evid Based Health,* N° 4: 80-186.

Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio 2009 "Twenty-five years of convoluted health reforms in Mexico" en *PLoS Med,* Vol. 6, N° 8: e1000124.

Holzmann, Robert y Steen, Jorgensen 1999 *Social Protection as Social Risk Management. Conceptual Underpinnings for the Social Protection Sector Strategy* (Washington D.C.: WB) SP Working Paper 9904.

Holzmann, Robert; Sherburne-Benz, Lynne y Tesliuc, Emil 2003 *Social Risk Management: The World Bank's Approach to Social Protection in a Globalizing World* (Washington D.C.: WB).

Jesilow, Paul; Geis, Gilbert y Harris, John C. 1995 "Doomed to repeat our errors: Fraud in emerging health-care systems" en *Social Justice,* Vol. 22, N° 2:125-138.

King, Gary *et al.* 2009 "Public policy for the poor?" en *Lancet,* N° 373: 1.447-54.

Knaul, Felicitas *et al.* 2006 "Health System Reform in Mexico 4". *Lancet,* N° 368: 1.828-41

Knaul, Felicitas *et al.* 2012 "The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico" en *Lancet*. En <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X>.

Krieger, Nancy 2011 *Epidemiology and the people's health* (Nueva York: Oxford University Press).

Lagarde, Mylene y Natasha, Palmer 2008 "The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence?" en *Bulletin of the World Health Organization,* N° 86: 839-848.

Lakin, Jason 2009 Mexico's Health System: "More Comprehensive Reform Needed" en *PLoS Medicine,* Vol. 6, N° 8. En <www.plosmedicine.org>.

Lakin, Jason 2010 "The end of insurance? Mexico's Seguro Popular 2001-2007" en *J Health Politics, Policy and Law,* N° 35: 3.

Laurell, Asa Cristina 1989 "The social analysis of health in Latin-America" en *Soc. Sci. Med*., Vol. 28, N° 11: 1.183-91.

Laurell, Asa Cristina 1991 "Crisis, neoliberal health policy and political processes in Mexico" en *Int. J. Health Serv,* Vol. 21, N° 3: 457-470

Laurell, Asa Cristina 1992 "Avanzar al pasado. La política social del neoliberalismo" En Laurell, Asa Cristina (coord.) *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo* (México D.F.: Fundación F. Ebert).

Laurell, Asa Cristina 1995 *La Reforma de los Sistemas de Salud y Seguridad Social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales* (México D.F.: Fundación F. Ebert).

Laurell, Asa Cristina 1997 *La reforma contra la salud y la seguridad social* (México D.F.: Era / Fundación F. Ebert).

Laurell, Asa Cristina 1998 "El Banco Mundial en la reforma de los servicios médicos del IMSS" *Salud Problema* Vol. 3, N° 4: 57-62.

Laurell, Asa Cristina 2007 "Health system reform in Mexico. A critical review" en *Int J Health Serv,* Vol. 37, N° 3: 515-535.

Laurell, Asa Cristina 2011 "Los seguros de salud mexicanos. Una cobertura universal incierta" en *Ciencia & Saúde Colectiva,* Vol. 16, N° 6: 2.795-2.806.

Laurell, Asa Cristina y Herrera, Joel 2010 "La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios" en *Salud Colectiva,* Vol. 6, N° 2: 137-148.

Laurell, Asa Cristina y López Arrellano, Oliva 1996 "Market commodities and poor relief" en *Int J Health Serv,* Vol. 26, N° 1: 1-18.

Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio 1997 "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America" en *Health Policy,* N° 41: 1-36

Lozano, Rafael *et al.* 2006 "Health System Reform in Mexico 3" en *Lancet,* N° 368: 1.729-41.

López, Arrellano Oliva y Blanco, José 2007 "Las vertientes privatizadoras del Seguro Popular de salud en México" en *Salud Problema,* Vol. 2-1, N° 2: 56-62.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2011 "Proyecto de Decreto por el cual se reglamenta la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el componente de servicios de salud, mediante las herramientas de Redes Integradas de Servicios de Salud y Equipos Básicos de Salud" (Bogotá: MSyPS).

McIntyre, Diana y Mills, Ann 2012 "Research to support universal coverage reforms in Africa" en *Health Policy Plan,* Vol. 27, Suplemento 1, marzo.

Mesa-Lago, Carmelo 2005 *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social* (Santiago de Chile: CEPAL).

Molina, Carlos Gerardo (ed.) 2006 *Universalismo Básico. Una nueva política social para América Latina* (Washington D.C.: BID / Planet).

Navarro, Vicente 1997 *Neoliberalismo y Estado del Bienestar* (Barcelona: Ariel).

Navarro, Vicente 2002 *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life* (Amityville: Baywood).

Nigenda, Gustavo 2005 *El Seguro Popular de salud en México* (Washington D.C.: BID).

Ocké-Reis, Carlos Octávio 2012 *SUS o el desafío de ser único* (Río de Janeiro: Fiocruz).

Offe, Claus 2007 "Some contradictions of the Modern Welfare State" en Pierson, Christopher y Castles, Francis G. *The Welfare State Reader* (Cambridge: Polity Press) pp. 66-75.

Oficina Panamericana de la Salud (OPS) 2011 *La situación de salud en las Américas* (Washington DC: OPS).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005a "Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad", Presentado en la *58Asamblea Mundial de la Salud* (Ginebra: OMS) WHA 58.33.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005b *Achieving universal health coverage: developing the health financing system* (Ginebra: OMS) Serie: Technical Briefs for Policy Makers N° 1.

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008 *Informe sobre la Salud en el Mundo. La Atención Primaria en Salud* (Ginebra: OMS).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010 *Informe sobre la Salud en el Mundo. Financiamiento de la cobertura universal* (Ginebra: OMS).

Ozslak, Oscar 1999 "De menor a mejor. Los desafíos de la segunda reforma del Estado" en *Nueva Sociedad,* N° 160: 81-100.

Perticara, Marcela 2008 *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos* (Santiago de Chile: CEPAL) Serie Políticas Sociales N° 141.

Possas, Cristina 1989 *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil* (San Pablo: Hucitec).

R Foundation for Statistical Computing 2011 *R version 2.12.2 (25-02-2011)* (s/d: R Foundation for Statistical Computing).

Rosen, George 1972 "The evolution of social medicine" en Freeman, Howard; Levine, Sol y Reeder, Leo *Handbook of medical sociology* (Englewood Cliffs: Prentice Hall) pp. 30-62.

Shengelia, Bakhuti *et al.* 2005 "Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy" en *Soc Sci Med,* Vol. 61, N° 1: 97-109.

Scott, John 2006 "Seguro Popular incidence analysis" en *Decentralized Service Delivery for the Poor* (Washington D.C.: WB) Vol. II: 147.

STATA 2011 "College Station" (Texas: Stata Corp. LP).

Tavares Ribeiro, Laura 1999 *Ajuste neoliberal e desajuste social en América Latina* (Rio de Janeiro: Universidade Estadual de Rio de Janeiro).

Tetelboin, Carolina 2003 *La transformación neoliberal del Sistema de Salud. Chile: 1973-1990* (México D.F.: UAM).

Torres, Mauricio 2008 "Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado" *Saude em Debate,* Vol. 32, N° 78/79/80: 207-19

Tsounta, Evridiki 2009 "Lessons for the Eastern Caribbean and beyond" (Washington D.C.: IMF) Working Paper, Universal Health Care 10.

Unger, Jean-Pierre *et al.* 2008 "Chile's Neoliberal Health Reform" en *PLoS Medicine*, Vol. 5, N° 4: 79, abril. En <www.plosmedicine.org>.

United Nations - High Commissioner for Human Rights (UN) / WHO 2007 "The right to health" (Nueva York: UN) Fact sheet N° 31.

Vergara Iturriaga, Marcos y Martínez Gutiérrez, María Soledad 2005 "Financiamiento del sistema de salud Chileno" en *Salud Pública de México,* Vol. 48, N°6:512-521.

Whitehead, Margaret y Dahlgren, Göran 2006 *Levelling-up part 1* (Copenhagen: WHO European Office).

Wilkinson, Richard y Pickett, Kate 2010 *The spirit level. Why greater equality makes societies stronger* (Nueva York: Bloomsbury Press).

World Bank (WB) 2006 *Health financing revisited* (Washington D.C.: WB).

World Bank (WB) 2008 *Suministro de Seguros de Salud Subsidiados para los Pobres. Reaching the Poor. Policy Briefs* en <www.worldbank.org/wbi/healthandaids>.

World Bank (WB) s/f "Mexico: Health System Reform" *mimeo*.

World Health Organization (WHO) 2011 *Noncommunicable diseases country profiles 2011* (Geneva: WHO).

Zambrano, Andrés *et al.* 2008 ¿"Qué muestran las Encuestas sobre Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia?" en *Cad. Saúde Pública*, Vol. 24, N° 1: 122-130.

DOCUMENTOS OFICIALES

Auditoría Superior de la Federación 2007 *Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2005* (México D.F.: ASF) Informe ejecutivo, pp. 179-181.

Auditoría Superior de la Federación 2010 "Auditoría Financiera y de Cumplimiento" (México: ASF) 10-0-12U00-02-0946 DS-053: 25.

Centro de Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados *Presupuesto Federal de Egresos* en <www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/006_centros_de_estudio/02_centro_ de_estudios_de_finanzas_publicas_1> acceso 20 de septiembre de 2012.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2007 *Lineamientos para la integración de la aportación solidaria estatal del sistema de Protección social en salud*. Diario Oficial de la Federación 31 de diciembre.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2008 Informe de Resultados al primer semestre de 2008 (México D.F.: CNPSS).

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2009 *Informe de Resultados 2008* (México D.F.: CNPSS).

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2010a *Primer Informe de Resultados 2010* (México D.F.: CNPSS).

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2010b *Tabulador oficial del CAUSES 2010* (México D.F.: CNPSS).

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2010c *Catálogo Universal de Servicios de Salud 2010* (México D.F.: CNPSS).

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2011a *Informe de Resultados 2010*. (México D.F.: CNPSS).

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2011b *Informe de resultados 1er semestre 2011* (México D.F.: CNPSS).

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 2012 *Informe de Resultados 2011* (México D.F.: CNPSS).

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) 2011 *Pobreza en México y en las entidades federativas, 2008-2010*. En <http://web.coneval.gob.mx/Informes/Interactivo/Medicion_pobreza_2010.pdf> acceso 7 de julio de 2011.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) 2012 *Informe de Pobreza en México 2010: el país, los estados y los municipios* (México D.F.: CONEVAL).

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) s/f *Evaluación estratégica de protección social en México* (México D.F.: CONEVAL) en prensa.

Dirección General de Epidemiología 2011 "Mortalidad Materna" <www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/2012A_Morta_%202010_FINAL_Junio%202012.pdf> acceso 7 de octubre de 2012.

Dirección General de Información en Salud 2010 "Recursos financieros, 2000-2008" en: <www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros /index.html> Acceso 3 de junio de 2012.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 2006 *Informe al ejecutivo federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del instituto mexicano del seguro social 2006-2007* (México D.F.: IMSS).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 2011a *Informe al ejecutivo federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010-2011*(México D.F.: IMSS).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 2011b *Informe de labores y programa de actividades 2010-2011*(México D.F.: IMSS).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 2011c en <www.imss.gob.mx/estadisticas/dis/Pages/default.aspx> acceso 10 de octubre de 2012.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2011 *XIII Censo de Población y Vivienda*, *2010* en <www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2011 *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2010* (México D.F.: INEGI). En <www.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=27896&upc=702825002423&s=est&tg=0&f=2&pf=EncH> acceso 5 de mayo de 2011.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2011 "Índice Nacional de Precios al Consumidor" en <ww.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/inp/inpc.aspx> acceso 20 de septiembre de 2012.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2011 "Tabulados básicos" en *XIII Censo de Población y Vivienda, 2010* en <www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27303&s=est> acceso 19 de octubre de 2012.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2012 *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. (México D.F.: INEGI). En <www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=25433&t=1> acceso 26 de octubre de 2012.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) s/f "Producto Interno Bruto" en <www.inegi.org.mx/Sistemas/

BIE/Default.aspx?Topic=0&idserPadre=1020003500700050 #D1020003500700050> acceso 20 de septiembre de 2012.

"Ley de Asociaciones Público Privadas" 2012 en *Diario Oficial de la Federación*, 16 de enero.

"Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado" 2007 en *Diario Oficial de la Federación*, 31 de marzo.

"Ley del Seguro Social" 1995 en *Diario Oficial de la Federación* el 21 de diciembre.

"Ley General de Salud" 2004 en *Diario Oficial de la Federación* 2 de junio.

Milliman de México Salud y CNPSS 2007 *Valuación de la suficiencia de la prima y cálculo de los potenciales pasivos que genera el sistema de protección social en salud (Seguro Popular)* (México D.F.: Secretaria de Salud).

Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades* 2012 en <www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/programa_de_desarrollo_humano_oportunidades> acceso 7 de junio de 2012.

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2009 "Reglas de operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades" en *Diario Oficial,* 29 de diciembre. En <www.oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/1576/RO_Oportunidades_2010_con_links_2.pdf> acceso 7 de junio de 2012.

"Reglamento de la Ley General de Salud" 2004 en *Diario Oficial de la Federación*, 5 de abril. En <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/marco/02.pdf> acceso 7 de agosto de 2012.

Secretaría de Salud (SSA) 2002 *Estimación del costo de producción de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento médico* (México: D.F.: SSA).

Secretaría de Salud (SINAIS) 2009 "Indicadores. Recursos materiales y humanos" en <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/rfmy _h_ssa_i_001.xls5> acceso 3 de junio de 2012.

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) 2010 "Morbilidad" en *Boletín de Información Estadística*, Vol. II: 30. En <www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/index.html> acceso 26 diciembre, 2012.

ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

ASE	Aportación Solidaria Estatal
ASF	Aportación Solidaria Federal
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud
BID	Banco interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
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
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CS	Cuota Social
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FASSA-P	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de la Persona
FGC	Fondo de Gastos Catastróficos
FONASA	Fondo Nacional de Salud

FPP	Fondo de Previsión Presupuestal
FPSS	Fideicomiso de Protección Social en Salud
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ISES	Institución de Seguros Especializados en Salud
ISSSTE	Instituto de Servicios Sociales y Salud de los Trabajadores al Servicio del Estado
LGS	Ley General de Salud
LSS	Ley del Seguro Social (IMSS)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PEF	Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación
REPSS	Régimen de Protección Social en Salud
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones (del IMSS)
SBC	Salario Base de Cotización
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad (del IMSS)
SES	Servicio Estatal de Salud
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SMP	Seguro Médico de Pensionados
SNPSS	Sistema Nacional de Protección Social en Salud
SP	Seguro Popular
SSA	Secretaría de Salud federal

ANEXO I

ANEXO METODOLÓGICO

LA METODOLOGÍA QUE SE APLICÓ en la cuantificación de los hechos a estudiar consiste en el procesamiento y análisis de datos de fuentes oficiales. Asimismo se utilizaron textos y documentos oficiales no numéricos como la legislación aplicable, informes, auditorias realizadas por el Congreso de la Unión, valuaciones de suficiencia de recursos, entre otros.

I. FUENTES CUANTITATIVAS

I. 1 ENCUESTA NACIONAL DE INGRESO Y GASTO DE LOS HOGARES 2010.

La fuente más importante de información numérica es la ENIGH 2010 (www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/presentacion.aspx). La ENIGH se levanta cada dos años y contiene un módulo de salud y se utiliza también por el CONEVAL para su medición multidimensional de la pobreza. En esta investigación se usó la ENIGH 2010 que es la última disponible. Los resultados de este análisis se presentan principalmente en el inciso IV.1.

La ENIGH se levantó del 21 de agosto al 28 de noviembre de 2010. Su esquema de muestreo es probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados, donde la unidad última de selección es la vivienda y la unidad de observación es el hogar; en consecuencia, los resultados

obtenidos de la encuesta se generalizan a toda la población. La muestra efectiva es de 35,146 viviendas con 107,781 integrantes. Tiene representatividad a nivel nacional y cuenta con un ponderador, el "factor de expansión", para que un hogar represente a un grupo de hogares. Este ponderador se encuentra en las tablas de "hogares" y "concentrado" y está ubicado en la columna llamada "factor" y para obtener cualquier tipo de información se requiere multiplicar el valor de la variable en estudio, por el factor mencionado.

La ENIGH contiene información de los hogares y de los integrantes de éstos. Es decir, tiene dos niveles de unidades de análisis –el colectivo-hogar y el individual. Es importante tener presente que en ocasiones las características del individuo son las mismas que las del hogar al cual pertenece, por ejemplo gastos e ingresos del hogar, mientras que en otras son las del individuo, por ejemplo tipo de seguro de salud.

Se utilizaron para el análisis dos tablas que se enlazan con el folio de vivienda y el folio de hogar. Estas tablas son:

- **Concentrado**: contiene 130 variables tomadas de las otras tablas de la base de datos. Registra el resumen concentrado de características socio-demográficas así como ingresos y gastos trimestrales en toda modalidad posible por hogar. Contiene el factor de expansión. Las variables utilizadas de esta tabla son 9, 12, 25, 59, 90-93.
- **Población** contiene 155 variables que provienen de la tabla origen "Hogares". Identifica las características sociodemográficas de los integrantes del hogar y el acceso a las instituciones de salud que tienen los integrantes del hogar. Las variables utilizadas de esta tabla son 51 a 57, 66-78, 80-102.

En vista de que varias de las variables utilizadas cuentan con un número importante de categorías se agruparon para disminuir la dispersión de los datos. El agrupamiento más relevante se refiere al tipo de aseguramiento que es la variable más usada en esta investigación comparativa. De esta manera se construyeron los siguientes grupos: 1) Seguro Popular = Individuos que sólo cuentan con este seguro; 2) Seguro Social = Individuos que pertenecen a cualquier instituto de seguro social de las cuales algunos están adicionalmente afiliadas al Seguro Popular[1] y; 3) Sin seguro = Individuos que no cuentan con un seguro de salud o

1 Esto es una irregularidad ya que no son elegibles para ser incluidos en el Seguro Popular.

médico. En la construcción de algunos de los cuadro del texto se utilizaron varias variables para presentar la información relevante.

El procesamiento de los datos de la ENIGH se hizo con los programas STATA (2011) y R versión 2.12.2 (R, 2011) con los cuales se hicieron frecuencias simples y cruce de variables.

I. 2. OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN NUMÉRICA

I.2.1 Registros administrativos de las instituciones públicas de salud

La fuente más relevante son los datos publicados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) en sus informes semestrales y la información publicada en su página de internet (www.seguro-popular.salud.gob.mx/ index.php?option=com_web links&view=category&id=41&Itemid=163 conforme las reglas de transparencia establecidas en el decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

Con estos datos se realizó el estudio comparativo con los datos de la ENIGH en lo referido a las características socio-económicas de las familias del SP.

La misma fuente sirvió para analizar el acceso y el financiamiento del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) en los apartados IV.2 y IV. 3.1 a IV.3.3.

En vista de que la afiliación de personas al SNPSS fue un proceso continuo durante todo el año 2010 se calculó el promedio de personas afiliadas en el periodo junio-diciembre sumando las de junio y las de diciembre, reportadas los Informes de Resultados 1er semestre y final de 2010 dividido entre dos para tener el promedio total de afiliados de este año que corresponde a 40'168,638 personas cuadro 20. Este promedio es el denominador para los cálculos de servicios prestados y las transferencias federales.

Para el cálculo del Aportación Solidaria Federal (ASF) a transferir a las entidades federativas se basó en las especificaciones de la Ley General de Salud y los *Lineamientos* de alineación de recursos (CNPSS, 2007). De esta manera los datos del Cuadro 22 es una estimación de los recursos que la CNPSS debería transferir a las entidades federativas. En este cálculo se utiliza el promedio de afiliados como un estimado de personas que efectivamente deberían haber recibido el CS y el ASF. Posteriormente se calculó la proporción que representa el promedio de personas respecto a las personas objetivo del SNPSS; dato que se tomó del Informe de Resultados del 1er semestre de 2011 p. 21. Esta proporción se aplicó al FASSA-P (PEF, 2010) a fin de calcular el monto que debería de tomarse en cuenta para la alineación de recursos en el monto del ASF a transferir a las entidades federativas. En el Cuadro 22 se incorpora el monto de los

recursos del programa Oportunidades que corresponden a cada entidad para la alineación de recursos en el ASF. Esto permite calcular el monto legal que debería ser transferido a las entidades federativas.

I.2.2 Otros registros administrativos

La segunda fuente de registros administrativos es el Sistema Nacional de Información en Salud (www.sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html) que proporciona información sobre morbi-mortalidad; recursos físicos, humanos y financieros de las instituciones públicas de salud y en menor medida de las privadas. Sin embargo esta fuente no está debidamente actualizada y generalmente tienen datos hasta 2009 o en ocasiones de 2010.

Para la elaboración del apartado IV. 4 se usaron algunos datos de los Informes anuales del IMSS al Consejo Técnico y al Ejecutivo Federal y al Congreso de a Unión o de la página web del IMSS www.imss.gob.mx/estadisticas/dis/Pages/default.aspx

I.2.3 Datos oficiales de otras secretarías del Poder Ejecutivo federal.

Las fuentes más relevantes son los publicados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Se utilizó como la fuente más importante el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) de cada año que se publica en hojas de xcel por el Centro de Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados. Estos datos se usaron, junto con los de la CNPSS, para elaborar los incisos IV. 3.1 a IV.3.3. En la elaboración de este también se utilizaron la Cuenta Pública 2008-2011 y los Informes de la SSA a la Secretaría de Hacienda Pública de 2006 y 2007.

II. FUENTES DOCUMENTALES NO CUANTITATIVAS.

Para la realización del análisis documental se eligieron:

1. Textos oficiales de las instituciones públicas de salud –Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los institutos públicos de seguro social (IMSS e ISSSTE) y la legislación que las rigen.
2. de la Auditoría Superior de la Federación (AFS) del Congreso de la Unión.

II.1 LEGISLACIÓN DEL SECTOR SALUD

Para el cálculo de las aportaciones y la alineación de recursos para las transferencias federales y estatales del SP se usaron la "Ley General de Salud", Artículo 77 bis y los "Lineamientos para la integración de la aportación solidaria estatal del sistema de Protección social en salud."

El análisis de la reglamentación del IMSS y los cambios legislativos del periodo 2000 a 2010 se basó la "Ley del Seguro Social" con los cambios realizados hasta 2009.

II.2 INFORMACIÓN DEL IMSS

Para el análisis en el apartado IV. 4 se usaron el *Informe al ejecutivo federal y al Congreso de a Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010-2011*, el *Informe de labores y programa de actividades 2010-2011* y la Ley del Seguro Social. De estos dos documentos se extrajeron las políticas institucionales, los resultados de las valuaciones actuariales y las propuestas para refinanciar el Seguro de Enfermedad y Maternidad del IMSS.

II. 3 INFORMACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL COSTEO DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DE PADECIMIENTOS DE GASTOS CATASTRÓFICOS

La información utilizada para el análisis presentada en los incisos VI.3.4 y 3.5 se tomó del "Tabulador oficial del CAUSES 2010", la "Estimación del costo de producción de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento médico" de 2002, el "Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2005 VII.1.1.3.1. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud" y "Valuación actuarial CAUSES 2006" realizada por Milliman México de Salud SA de CV y CNPSS-SSA. Con esta finalidad se confrontaron las metodologías usadas en cada uno de los textos y los resultados numéricos obtenidos.

El análisis de la valuación CAUSES 2006 también sirvió para estimar por otra vía el subfinanciamiento del SNPSS. Para tal efecto se recalculó los montos legales que deberían de haberse transferido con base en el número real de afiliados (cuadro 30). Es decir se calculó la proporción de afiliados reales dividido por los afiliados estimados en la valuación CAUSES 2006 que se multiplicó con el monto proyectado en esta valuación.

ANEXO II

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2010

CAUSES

I. SALUD PÚBLICA

• RECIÉN NACIDO Y MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

1. Vacuna BCG.
2. Vacuna antihepatitis B.
3. Vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DpaT+ VIP+Hib).
4. Vacuna triple viral SRP.
5. Vacuna contra rotavirus.
6. Vacuna anti influenza.
7. Vacuna DPT.
8. Vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin.
9. Acciones preventivas para recién nacido.
10. Acciones preventivas para menores de 5 años.

• 5 a 9 AÑOS

11. Acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años.

• ADOLESCENTES

12. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.
13. Acciones preventivas para adolescentes de 10 a 19 años.
14. Vacuna antihepatitis B.

• ADULTOS

15. Vacuna doble viral SR (contra sarampión y rubéola).

16. Toxoide tetánico y diftérico (Td).
17. Acciones preventivas para la mujer de 20 a 59 años.
18. Acciones preventivas para el hombre de 20 a 59 años.
19. Examen médico completo para mujeres de 40 a 59 años.
20. Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años.
21. Prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres.

• ADULTOS MAYORES

22. Vacuna antineumocócica para el adulto mayor.
23. Vacuna anti influenza para el adulto mayor.
24. Acciones preventivas para el adulto mayor de 60 años en adelante.

II. CONSULTA DE MEDICINA GENERAL/FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD

• CONSULTA GENERAL/FAMILIAR

25. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva y por deficiencia de vitamina B12.
26. Diagnóstico y tratamiento de deficiencia de vitamina A.
27. Diagnóstico y tratamiento de rubéola.
28. Diagnóstico y tratamiento de sarampión.
29. Diagnóstico y tratamiento de varicela.
30. Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda.
31. Diagnóstico y tratamiento de tos ferina.
32. Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa.
33. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común).
34. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis.
35. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica.
36. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico.
37. Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda.
38. Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis.
39. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea.
40. Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster.
41. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis.
42. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea.
43. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Clamidia -incluye tracoma-.
44. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Trichomona.
45. Diagnóstico y tratamiento de sífilis.
46. Diagnóstico y tratamiento de cistitis.
47. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda.
48. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda.
49. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal.

50. Diagnóstico y Tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis.
51. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis.
52. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis.
53. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equinococosis.
54. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equistosomiasis (bilharziasis).
55. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis.
56. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis.
57. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis.
58. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis.
59. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis.
60. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis.
61. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis.
62. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis.
63. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales.
64. Diagnóstico y tratamiento de onicomicosis.
65. Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa.
66. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto.
67. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica.
68. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes.
69. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal.
70. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa.
71. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica.
72. Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares.
73. Diagnóstico y tratamiento del acné.
74. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A.
75. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda.
76. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable.
77. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 2.
78. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de hipertensión arterial.
79. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis.
80. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia.
81. Otras atenciones de medicina general.
82. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH).
83. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos.
84. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino.
85. Atención prenatal en embarazo.

• CONSULTA DE ESPECIALIDAD

86. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

87. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo (Autismo).
88. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea.
89. Atención del climaterio y menopausia.
90. Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística.
91. Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial.
92. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica.
93. Diagnóstico y tratamiento de endometriosis.
94. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral.
95. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.
96. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas Intraepiteliales de alto grado.
97. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes.
98. Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor.
99. Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional.
100. Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición.
101. Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis agudas.
102. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa.
103. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda.
104. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos.
105. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños.
106. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES).
107. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis fármacorresistente.
108. Prevención, diagnóstico y tratamiento de psoriasis.
109. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo.
110. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica.
111. Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia.
112. Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo.
113. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos.
114. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 1.
115. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica.
116. Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis.
117. Diagnóstico y tratamiento de gota.
118. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide.
119. Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (Distimia, depresión y trastorno afectivo bipolar).
120. 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]).

121. Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (Esquizofrenia, ideas delirantes, psicóticos y Esquizotípico). (BENEFICIO DESGLOSADO)
122. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia.
123. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad de Parkinson.
124. Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera.
125. Rehabilitación de fracturas.
126. Rehabilitación de parálisis facial.
127. Prevención selectiva e indicada de adicciones (Consejería).
128. Diagnóstico y tratamiento de adicciones.

III. ODONTOLOGÍA

129. Prevención de caries y enfermedad periodontal.
130. Sellado de fosetas y fisuras dentales.
131. Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio.
132. Eliminación de focos de infección, abscesos (incluye drenaje y farmacoterapia).
133. Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados (no incluye tercer molar no erupcionado).
134. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar.
135. Diagnóstico y tratamiento de absceso maxilar.
136. Extracción de tercer molar.

IV. URGENCIAS

137. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva.
138. Estabilización de urgencia del paciente diabético.
139. Manejo de urgencia del síndrome hiperglucémico no cetósico.
140. Estabilización en urgencias por angina de pecho.
141. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por fenotiazinas.
142. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por álcalis.
143. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria.
144. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos.
145. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol metílico.
146. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por organofosforados.
147. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono.
148. Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente.
149. Diagnóstico y tratamiento del alacranismo.
150. Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos.

151. Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos.
152. Extracción de cuerpos extraños.
153. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas).
154. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15).
155. Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado.
156. Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical.
157. Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro.
158. Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo.
159. Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano.
160. Diagnóstico y tratamiento de esguince de la rodilla.
161. Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie.

V. HOSPITALIZACIÓN

162. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis
163. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis
164. Diagnóstico y tratamiento de bronquitis aguda.
165. Diagnóstico y tratamiento de meningitis.
166. Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis.
167. Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis.
168. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños.
169. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en el adulto y adulto mayor.
170. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano.
171. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria.
172. Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto
173. Diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino.
174. Atención del parto y puerperio fisiológico.
175. Pelviperitonitis.
176. Endometritis puerperal.
177. Diagnóstico y tratamiento del choque séptico puerperal.
178. Atención del recién nacido.
179. Ictericia neonatal.
180. Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones.
181. Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia.
182. Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer.
183. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia.
184. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa.
185. Diagnóstico y tratamiento de eclampsia.
186. Hemorragia obstétrica puerperal.
187. Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

188. Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica.
189. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis renal y ureteral.
190. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias inferiores.
191. Diagnóstico y tratamiento de dengue hemorrágico.
192. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9- 13).
193. Diagnóstico y tratamiento conservador de pancreatitis aguda.
194. Manejo hospitalario de crisis convulsivas.
195. Manejo hospitalario de hipertensión arterial.
196. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda (edema pulmonar).
197. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
198. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica secundaria a diabetes.
199. Manejo hospitalario de quemaduras de segundo grado.
200. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva.
201. Diagnóstico y tratamiento de síndrome de HELLP.
202. Diagnóstico y tratamiento de corioamnioítis.
203. Diagnóstico y tratamiento de embolias obstétricas.
204. Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional.
205. Diagnóstico y tratamiento de cardiopatía funcional en la mujer embarazada.
206. Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada.

VI. CIRUGÍA

207. Laparotomía exploradora.
208. Apendicectomía..
209. Esplenectomía.
210. Tratamiento quirúrgico de enfermedad divertículos.
211. Tratamiento quirúrgico de isquemia e infarto intestinal.
212. Tratamiento quirúrgico de obstrucción intestinal.
213. Tratamiento quirúrgico de perforación gástrica e intestinal.
214. Tratamiento quirúrgico de vólvulo colónico.
215. Tratamiento quirúrgico del absceso rectal.
216. Tratamiento quirúrgico de fístula y fisura anal.
217. Hemorroidectomía.
218. Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal
219. Tratamiento quirúrgico de hipertrofia congénita de píloro.
220. Hernioplastía crural.
221. Hernioplastía inguinal.
222. Hernioplastía umbilical.

223. Hernioplastía ventral.
224. Colecistectomía abierta.
225. Colecistectomía laparoscópica.
226. Tratamiento quirúrgico de condilomas.
227. Tratamiento quirúrgico de fibroadenoma mamario.
228. Tratamiento quirúrgico de quistes de ovario.
229. Tratamiento quirúrgico de torsión de anexos.
230. Salpingoclasia (Método definitivo de planificación familiar)
231. Atención quirúrgica de la enfermedad trofoblástica.
232. Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico.
233. Legrado uterino terapéutico por aborto incompleto.
234. Atención de cesárea y puerperio quirúrgico.
235. Reparación uterina.
236. Ablación endometrial.
237. Laparoscopía por endometriosis.
238. Miomectomía.
239. Histerectomía abdominal.
240. Histerectomía vaginal.
241. Colpoperineoplastía.
242. Vasectomía (Método definitivo de planificación familiar).
243. Circuncisión.
244. Orquidopexia.
245. Prostatectomía abierta.
246. Resección transuretral de próstata.
247. Extirpación de lesión cancerosa de piel (no incluye melanoma).
248. Extirpación de tumor benigno en tejidos blandos.
249. Amigdalectomía con o sin adenoidectomía.
250. Escisión de papiloma faríngeo juvenil.
251. Palatoplastía.
252. Reparación de labio hendido.
253. Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo.
254. Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo.
255. Tratamiento quirúrgico de glaucoma.
256. Escisión de pterigión.
257. Tratamiento quirúrgico de hidrocefalia.
258. Colocación y retiro de diversos catéteres.
259. Disección radical de cuello.
260. Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax.
261. Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera.
262. Tratamiento quirúrgico del pie equino en niños.
263. Safenectomía.
264. Reducción quirúrgica por luxaciones.
265. Reducción quirúrgica de fractura de clavícula.

266. Reducción quirúrgica de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis).
267. Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis).
268. Reducción quirúrgica de fractura de mano.
269. Reducción quirúrgica de fractura de cadera (incluye hemiprótesis con acetábulo).
270. Reducción quirúrgica de fractura de fémur (incluye material de osteosíntesis).
271. Reducción quirúrgica de fractura de tibia y peroné (incluye material de osteosíntesis).
272. Reducción quirúrgica de fractura de tobillo y pie.
273. Artroplastía de rodilla (incluye cirugía artroscópica)
274. Amputación de miembro inferior secundaria a pie diabético
275. Tratamiento de quiste sinovial.

INTERVENCIONES DEL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
1. Tuberculosis del Sistema Nervioso A17
2 Tuberculosis Miliar A19
3 Listeriosis A32
4 Tétanos neonatal A33.X
5 Septicemia no especificada (incluye choque séptico) A41.9
6 Sífilis congénita A50
7 Encefalitis viral, no especificada A86
8 Enfermedad debida a virus citomegálico B25
9 Toxoplasmosis B58
Tumores
10. Tumor benigno de las glándulas salivales mayores (Ránula) D11
11. Tumor benigno del mediastino D15.2
12 Hemangioma de cualquier sitio D18.0
13 Tumor benigno de la piel del labio D23.0
14 Tumor benigno del ojo y sus anexos D31
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
15. Deficiencia hereditaria del factor VII. Deficiencia hereditaria del factor IX. Otros defectos de la coagulación. D66, D67, D68
16. Púrpura trombocitopénica idiopática D69.3

17. Inmunodeficiencia con predominio de defectos de los anticuerpos D80

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

18. Intolerancia a la lactosa E73

19 Trastornos del metabolismo de los glucosaminoglicanos E76

20 Fibrosis quística E84

Enfermedades del sistema nervioso

22 Parálisis de Bell G51.0

22 Síndrome de Guillain-Barré G61.0

Enfermedades del ojo

23 Retinopatía de la prematuridad H35.1

Enfermedades del oído

24 Hipoacusia neurosensorial bilateral severa y profunda (Prótesis auditiva externa y sesiones de rehabilitación auditiva verbal) H90.3

25. Implantación prótesis cóclea, rehabilitación postquirúrgicay sesiones de rehabilitación auditiva verbal hasta por cinco años. 20.96 a 20.98 (CIE9 mc)

Enfermedades del sistema circulatorio

26 Miocarditis aguda I40

27 Fibroelastosis endocárdica I42.4

28 Insuficiencia cardiaca I50

Enfermedades del sistema respiratorio

29 Neumonía por Influenza por virus identificado J10.0

30 Neumonía por Influenza por virus no identificado J11.0

31 Piotórax J86

32 Derrame pleural no clasificado en otra parte J90.X

33 Derrame pleural en afecciones clasificadas en otra parte J91.X

34 Neumotórax J93

35 Parálisis del diafragma J98.6

Enfermedades del sistema digestivo

36 Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes K00

37 Estomatitis y lesiones afines K12

38 Otras obstrucciones intestinales K56.4

39 Constipación K59.0

Enfermedades de la piel

40 Síndrome estafilocócico de la piel escaldada (Síndrome de Ritter) L00.x

41 Quiste epidérmico L72.0

Enfermedades del sistema osteomuscular

42 Artritis piógena M00

43 Artritis juvenil M08

44 Poliarteritis nodosa y afecciones relacionadas M30

45 Fascitis necrotizante M72.6

Enfermedades del sistema genitourinario
46 Síndrome nefrítico agudo N00
47 Siíndrome nefrótico, anomalía glomerular mínima N04.0
48 Uropatía obstructiva y por reflujo N13
49 Insuficiencia renal aguda N17
50 Insuficiencia renal terminal N18.0
51 Divertículo de la vejiga N32.3
52 Hidrocele y espermatocele N43
53 Torsión del testículo N44.X
54 Orquitis y epididimitis N45
55 Fístula vesicovaginal N82.0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
56 Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre P00.0
57 Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de membranas P01.1
58 Feto y recién nacido afectados por drogadicción materna P04.4
59 Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal P05
60 Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer P08
61 Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento P10
62 Otros traumatismos del nacimiento en el sistema nervioso central P11
63 Traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo /(incluye cefalohematoma) P12
64 Traumatismo del esqueleto durante el nacimiento P13
65 Traumatismo del sistema nervioso periférico durante el nacimiento P08
66. Otros traumatismos del nacimiento P15
67 Hipoxia intrauterina P20
68 Asfixia al nacimiento P21
69 Taquipnea transitoria del recién nacido P22.1
70 Síndromes de aspiración neonatal P24
71 Neumomediastino originado en el periodo perinatal P25.2
72 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal P26
73 Displasia broncopulmonar originada en el periodo perinatal P27.1
74 Otras apneas del recién nacido P28.4
75 Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve P38.X
76 Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido P52
77 Enfermedad hemorrágica del feto y del recién nacido P53.X
78 Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido P55

79 Hidropesía fetal debida a enfermedad hemolítica P56
80 Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas P58
81 Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas P59
82 Coagulación intravascular diseminada en el feto y el recién nacidoP60.X
83 Policitemia neonatal P61.1
84 Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido P 70
85 Trastornos neonatales transitorios del metabolismo del calcio y del magnesio P71
86 Alteraciones del equilibrio del sodio en el recién nacido P74.2
87 Alteraciones del equilibrio del potasio en el recién nacido P74.3
88 Síndrome del tapón de meconio P76.0
89 Otras peritonitis neonatales P78.1
90 Enterocolitis necrotizante P77
91 Convulsiones del recién nacido P90.X
92 Depresión cerebral neonatal P91.4
93 Encefalopatía hipóxica isquémica P91.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
94 Anencefalia Q00.0
95 Encefalocele Q01
96 Estenosis y estrechez congénitas del conducto lagrimal Q10.5
97 Otras malformaciones congénitas del oído (Microtia, macrotia, oreja supernumeraria, otras deformidades del pabellón auricular, anomalía de la posición de la oreja, oreja prominente) Q17
98 Seno, fístula o quiste de la hendidura branquial Q18.0
99 Malformaciones congénitas de la nariz Q30
100 Malformación congénita de la laringe (Incluye laringomalacia congénita) Q31
101 Malformaciones congénitas de la tráquea y de los bronquios Q32
102 Malformaciones congénitas del pulmón Q33
103 Otras malformaciones congénitas del intestino (Incluye divertículo de Meckel, Enfermedad de Hirschsprung y malrotación intestinal) Q43
104 Malformaciones congénitas de vesícula biliar, conductos biliares e hígado (Incluye atresia de conductos biliares y quiste de colédoco) Q44
105 Páncreas anular Q45.1
106 Síndrome de Potter Q60.6
107 Duplicación del uréter Q62.5
108 Riñón supernumerario Q63.0
109 Riñón ectópico Q63.2
110 Malformación del uraco Q64.4

111 Ausencia congénita de la vejiga y de la uretra Q64.5
112 Polidactilia Q69
113 Sindactilia Q70
114 Craneosinostosis Q75.0
115 Hernia diafragmática congénita Q79.0
116 Ictiosis congénita Q80
117 Epidermólisis bullosa Q81
118 Nevo no neoplásico, congénito Q82.5
119 Anormalidades cromosómicas (Diagnóstico) Q90 – Q99
Síntomas y signos generales
120 Choque hipovolémico R57.1
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas
121 Traumatismo superficial del cuero cabelludo S00.0
122 Traumatismo intracraneal con coma prolongado S06.7
123 Herida del cuero cabelludo S010
124 Avulsión del cuero cabelludo S080
125 Herida del tórax S21
Quemaduras y corrosiones
126 Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo T223,T233, T243,T253, T293 T303
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica
127 Efectos adversos de drogas de afectan primariamente el sistema nervioso autónomo Y52
128 Efectos adversos de vacunas bacterianas Y58