

Seguro Popular: logros y perspectivas

Salomón Chertorivski-Woldenberg*

Secretario de Salud, México

Resumen

Los sistemas de salud se organizan fundamentalmente en torno a dos modelos: sistemas de seguridad social, que vinculan el acceso a la salud con el estatus laboral, y sistemas universales de salud, que vinculan el acceso a un derecho ciudadano. México adoptó desde la institucionalización de los servicios de seguridad social y salud en 1943 un sistema mixto, con la seguridad social para los trabajadores asalariados, y servicios asistenciales para el resto de la población. A principios del siglo XXI el sistema de salud mexicano entró en crisis al no cumplirse las condiciones para expandir la cobertura en salud a través del régimen de seguridad social y mantener servicios asistenciales insuficientes. En respuesta se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (2004) como un mecanismo para hacer efectiva la reforma del artículo cuarto constitucional de 1983 que garantiza el derecho a la salud para toda persona. El Seguro Popular es el mecanismo de financiamiento que mediante contribuciones federales y estatales busca proteger financieramente a la población sin acceso a los servicios de salud de la seguridad social, evitando así el empobrecimiento causado por gastos catastróficos y gastos de bolsillo en salud.

PALABRAS CLAVE: Protección social en salud. Financiamiento de la salud. Sistemas de salud.

Abstract

Healthcare systems are organized following one of two basic models: social security systems, which link access to health services to labor status, and national health systems, which grant access to health as a citizen's right. Mexico adopted, since the institutionalization of social security and healthcare services in 1943, a mixed system. Social security institutions covered the salaried workers and public assistance was granted to the remaining of the population. At the beginning of the XXI century the Mexican health system entered a crisis as the conditions to expand health coverage through social security were not met and public assistance services were insufficient. In order to address these developments, the Healthcare Social Protection System was founded (2004) as a mechanism to effectively guarantee every person's right to health as established after the constitutional amendment of article fourth in 1983. Seguro Popular is the mechanism that through federal and states' contributions seeks to financially protect the population without access to social security's health services, and thus prevent impoverishment due to out of pocket and catastrophic health expenditures.

KEY WORDS: Social protection in health. Health financing. Health systems.

Introducción

La reforma de la Ley General de Salud realizada en 2004, que dio origen al SPSS (identificado comúnmente con el nombre de Seguro Popular)¹, supuso un viraje

en la concepción del derecho a la protección en salud para los mexicanos. El modelo de seguridad social adoptado por México se mostró insuficiente para extender la cobertura en salud para toda la población y distribuir sus beneficios equitativamente.

En este artículo se analiza, en primera instancia, cómo los dos modelos generales de atención a la salud en el mundo incidieron en la construcción del Sistema Nacional de Salud (SNS). Posteriormente, se describen los retos a los que el Estado debía responder

Correspondencia:

*Salomón Chertorivski-Woldenberg

Secretaría de Salud

Lieja, 7

Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D. F.

E-mail: salomon.chertorivski@salud.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 04-10-2011

Fecha de aceptación: 11-10-2011

en materia de salud a principios del siglo XXI, los cuales propiciaron el Seguro Popular. Posteriormente, se describen los principales resultados del SPSS desde su creación hasta la actualidad. Finalmente, se plantean los retos para la construcción de un sistema único de salud que asegure la equidad, sea sustentable financieramente y garantice el acceso universal a los servicios de salud a todos los mexicanos.

Antecedentes: los modelos de atención a la salud

Los primeros sistemas públicos de protección a la salud surgen como parte de las instituciones de seguridad social en el último tercio del siglo XIX en Europa. El objetivo de estas instituciones de seguridad social es prevenir y reducir los riesgos de empobrecimiento de las familias causados por la pérdida temporal o permanente del ingreso laboral. En consecuencia, la seguridad social cubre al trabajador y a su familia ante los riesgos que supone la enfermedad, los accidentes laborales y la cesantía producto de la vejez. Desde esta óptica, los servicios de salud como parte de la seguridad social forman parte de un esquema de prestaciones a los trabajadores que asegura un nivel mínimo de ingreso y bienestar.

El primer esquema general con tales características lo encontramos en la Alemania Imperial bajo el gobierno de Bismarck (1871-1890). Durante esta época, el gobierno alemán ratificó diversas leyes de protección hacia los trabajadores, incluyendo la seguridad social. Este sistema parte de un modelo general de bienestar que considera a los trabajadores, vinculados a una empresa mediante un salario, y sus dependientes económicos (es decir, la familia inmediata) como los receptores de bienes y servicios básicos para sostener un nivel de vida y redes de protección ante imprevistos. El sistema bismarckiano ya presentaba las características esenciales que definen a la seguridad social hasta el presente:

- El financiamiento de los beneficios como resultado de las aportaciones de los patrones, los trabajadores y el estado.
- Los beneficios son accesibles únicamente para los trabajadores y sus familias, es decir, derivan del estatus laboral de la persona, no de su estatus como nacional o ciudadano, o incluso como persona.

El modelo de seguridad social es el que predomina hasta que a mediados del siglo XX surge un esquema cuyos supuestos son diferentes. En 1943, en Reino

Unido, se da a conocer el reporte Beveridge, el cual contiene un plan para la reorganización del sistema de bienestar inglés. Este plan sería implementado al término de la Segunda Guerra Mundial generando una transformación del sistema de salud durante las décadas de 1950 y 1960. El Plan Beveridge contiene los fundamentos del modelo conocido como SNS y las formas para crear las estructuras de aseguramiento general de la población.

Este modelo parte de la premisa de que es obligación del Estado proveer aquellos bienes y servicios básicos que permitan el ejercicio efectivo de la ciudadanía. En consecuencia, todos los individuos tienen el derecho a acceder a los servicios de salud sin importar su estatus laboral; lo anterior es una condición esencial para generar individuos integrados y participativos en la sociedad.

Operativamente, el financiamiento del sistema deja de ser tripartito (cuota patronal, cuota trabajador y cuota del estado) y se opta por sufragar su costo a través de impuestos generales progresivos. El objetivo que se busca con tal modificación es asegurar que toda la población participe solidariamente en la provisión de la salud mediante el pago de las contribuciones en la medida de su riqueza o ingreso.

Construcción del Sistema Nacional de Salud

En México no se puede hablar en estricto sentido de la idea de un modelo de aseguramiento en salud sino hasta ya avanzado el siglo XX². Si bien la Constitución de 1917 ya contempla algunas previsiones relevantes sobre salud pública y las responsabilidades del Estado al respecto, el aseguramiento en salud no se concretó sino hasta mediados del siglo (el art. 53 Fac. XVI otorga facultades al Congreso de la Unión para legislar en materia de salud, al tiempo que da al poder ejecutivo federal el carácter de autoridad sanitaria). Los esfuerzos en salud entre el comienzo del siglo XX y la tercera década del mismo son más bien de tipo organizativo, y buscaron generar regulación básica para los servicios de salud, principalmente en las áreas urbanas³. Así, en 1917, se funda el Departamento de Salubridad Pública, que se enfocó en atención hospitalaria muy básica, creación de misiones de salud para la población rural así como esfuerzos de operar campañas sanitarias y de promoción de hábitos de salud preventiva e higiene⁴.

En el caso mexicano podemos hablar propiamente de aseguramiento de la salud a raíz de la creación, en 1943,

del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), que opera desde entonces bajo la lógica del modelo bismarckiano, es decir, vinculando el acceso a los servicios de salud al estatus laboral (trabajador asalariado) de la persona y financiando los servicios a partir de cuotas tripartitas (patrón, empleado y estado). Esta institución otorga prestaciones para los empleados del sector privado, en tanto los trabajadores del sector público serían incorporados posteriormente.

La creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en 1960, constituye una ampliación de la cobertura de aseguramiento a la salud bajo el mismo paradigma bismarckiano. Con la creación de este instituto, los trabajadores del Estado gozarían de acceso a servicios de salud y otras prestaciones sociales como pensiones, jubilación, vivienda y otros servicios a partir de su vínculo laboral asalariado con el Estado. El financiamiento del ISSSTE, al igual que en el caso del IMSS, sería sufragado por las contribuciones de los trabajadores (en este caso los trabajadores del Estado) y el Estado, siendo en este caso concreto idénticas las dos últimas figuras.

Tras la creación del IMSS, se pensó que la población remanente que no llegara a incorporarse al sistema de seguridad social contributivo (financiado por cuotas) sería pequeña y en los márgenes de la economía, por lo que se podría atender mediante un sistema que proveyera los servicios de manera esporádica. Esta idea se vio reforzada tras la creación del ISSSTE, lo que disminuyó de forma importante el número de personas sin acceso a servicios de salud. La población «abierta», es decir, quienes estaban fuera del sistema de seguridad contributivo, debía ser atendida por los servicios y hospitales de la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (como fue originariamente denominada en su reestructuración mediante la Ley de salud en 1943), además de llevar a cabo sus funciones como entidad rectora y reguladora del sistema de salud, atendía en sus hospitales a la población sin seguridad social, que carecía de los recursos económicos suficientes como para acceder a la medicina privada. Los servicios médicos y hospitalarios se otorgaban de forma asistencial, es decir, que la población debía pagar por la atención médica según su nivel económico. Estos cobros, denominados «cuotas de recuperación», no cubrían los costos de medicamentos, ni de otros materiales y exámenes de laboratorio necesarios para continuar con la atención médica en intervenciones complejas y de larga duración. Todos estos gastos terminaban siendo pagados por

las familias generando un fuerte gasto privado y, en el caso de familias pobres, el riesgo de empobrecimiento agudo⁵.

Problemas estructurales del sistema de salud a principios del siglo XXI

La fragmentación del sistema de salud mexicano en instituciones de seguridad social contributivas, por un lado, y de atención asistencial, por el otro, fue la característica definitoria del sistema de salud mexicano durante el último tercio del siglo XX. Este sistema se sostiene financieramente mediante las cuotas obligatorias de trabajadores, patrones y Estado en tanto subsiste la relación laboral. El sistema asistencial dependía para su financiamiento de los presupuestos generales asignados por la Cámara de Diputados al sector salud y de las capacidades de pago de la población abierta, así como de la disponibilidad del servicio y recursos destinados específicamente a los diferentes establecimientos controlados directamente por la Secretaría Federal o los sistemas estatales de salud.

En tanto la trayectoria de crecimiento económico del país hiciera del pleno empleo un escenario factible, un esquema bismarckiano de seguridad social resultaba una solución atractiva al problema del aseguramiento médico. El crecimiento económico detonaría la creación de empleo, que a su vez generaría impuestos y cuotas para financiar la seguridad social y el aseguramiento médico. En México, este círculo virtuoso se interrumpió a principios de la década de 1980, producto de los problemas económicos estructurales y la rigidez para generar un mayor número de plazas asalariadas en el empleo formal. Ello hizo visibles los límites para avanzar hacia la cobertura universal en salud bajo un esquema que vinculara el estatus laboral a la provisión de los servicios de salud. Las recurrentes crisis económicas hicieron igualmente visibles las desigualdades del sistema y los problemas estructurales que ahora abordaremos⁶.

En primer lugar, el sistema de aseguramiento de la salud basado en el estatus laboral había dejado sin acceso a servicios de salud a cerca de la mitad de la población del país (entre el 50-60% del total nacional). Las plazas de empleo formal no crecían al mismo ritmo que lo hacía la población económicamente activa, además de que en la fase de expansión del ciclo económico no se creaban tantos empleos formales como el número de empleos que se perdían en las fases de recesión.

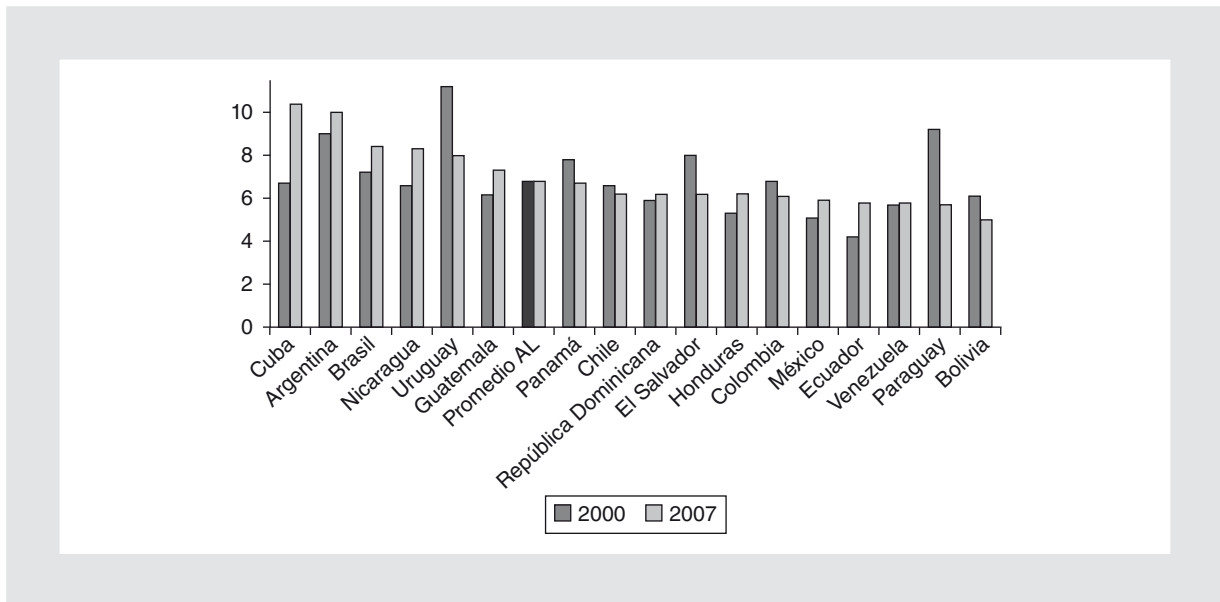


Figura 1. Gasto total en salud como porcentaje del PIB en países de América Latina en 2000 y 2007 (adaptado de Organización Mundial de la Salud, 2010).

En segundo término, el gasto total en salud era bajo. Al hacer un comparativo con los países de la región de América Latina, México se encontraba por debajo del promedio. Dada la estructura de financiamiento del sistema de seguridad social y el carácter asistencial de la atención para población abierta, los montos erogados por el erario público eran menores a lo deseable. Si bien la situación ha mejorado, México aún destina un porcentaje relativamente bajo de su PIB al gasto total en salud (Fig. 1).

Simultáneamente, el gasto público, además de ser relativamente bajo, presentaba una distribución inequitativa en dos dimensiones. En primera instancia, los recursos per cápita destinados a las instituciones de seguridad social eran mucho más cuantiosos que los destinados a la población no asegurada. Éste era un resultado derivado de la visión original del sistema en el que la atención asistencial era residual. El único sector administrado por la Secretaría de Salud que contaba con recursos presupuestarios adecuados lo constituían los Institutos Nacionales de Salud, que son hospitales de tercer nivel y de alta especialidad e investigación, por lo que su capacidad de atención al público es limitada.

La segunda desigualdad corresponde al reparto territorial del gasto público. El proceso de descentralización del sector salud, llevado a cabo durante la década de 1990, no supuso un cambio en el esquema de financiamiento que premiaba a las entidades con mayor capacidad instalada (generalmente aparejado

con mayor potencial económico). La federación transfería más recursos a los estados con mayor número de hospitales y una plantilla de personal más grande. No se consideraron los rezagos o necesidades en salud de distintos grupos de población en las diferentes entidades, o la posibilidad de establecer un parámetro nacional en que la transferencia fuese equitativa en términos per cápita para cualquier ciudadano en cualquier entidad federativa. El artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal señala que el Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud (FASSA) se distribuye entre las entidades federativas a partir de cuatro criterios: a) el inventario de infraestructura médica y plantillas de personal transferidos a los estados; b) las previsiones para servicios personales contenidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), dentro de las cuales se incluyen todos los posibles incrementos salariales y prestaciones laborales; c) los gastos de operación e inversión comprometidos con anterioridad por los estados; d) recursos que, en su caso, se destinen expresamente en el PEF a fin de promover la equidad en los servicios de salud. De estos criterios únicamente el último supone un componente redistributivo, en tanto los restantes son inerciales⁷.

Los incentivos financieros de la descentralización no atacaron el problema del elevado gasto privado en salud que representaba, y aún lo hace, una alta proporción del gasto total en salud. En particular, para la población fuera de los servicios contributivos, toda atención médica representaba un gasto de bolsillo que

debía enfrentar sin aseguramiento de ninguna especie. Los gastos son tanto más elevados conforme aumenta la complejidad de la intervención en el caso de las intervenciones hospitalarias generales y aquellas de especialidad. Este gasto privado, en aquellos casos de enfermedades de alta especialidad y alto costo, se convierte casi por definición en un gasto catastrófico, es decir, un gasto equivalente al 30% o más del ingreso disponible de un hogar⁸. Un gasto catastrófico produce efectos empobrecedores, que reducen el patrimonio de las familias y los individuos, comprometiendo su nivel de vida en aras de sustentar el cuidado de la salud de un miembro del hogar mediante el endeudamiento u otras prácticas adversas al bienestar familiar e individual de largo plazo.

Además de lo ya señalado, existían otras desventajas para la población abierta en este sistema asistencial, una de las más importantes era no generar una relación continua y preventiva con el sistema de salud. La población abierta asistía al sistema de salud sólo en caso de urgencias, es decir, que empleaba los servicios de salud para situaciones que no podían dejar de ser atendidas, pero no se generaba una cultura de la prevención ni las condiciones para generar paulatinamente una mejor integración al sistema de salud. Esto en un contexto de cambio epidemiológico en que las enfermedades de carácter crónico degenerativas están sustituyendo a las transmisibles como principales causas de morbilidad y mortalidad.

Hacia el año 2000 era claro que el sistema de salud enfrentaba una serie de retos trascendentales producto del modelo de seguridad social bismarckiano de aseguramiento médico por el que se había optado. Se requería una reforma que fuera capaz de responder a estos desafíos estructurales de tal forma que fuera posible extender la cobertura del aseguramiento médico, y en el proceso cerrar las brechas existentes en el financiamiento y gasto, volviendo al sistema más igualitario⁹.

El Sistema de Protección Social en Salud como respuesta a la problemática del Sistema Nacional de Salud

El SPSS es una política pública que responde a cada uno de los retos mencionados en el apartado anterior, teniendo como metas la ampliación de la cobertura, la disminución del gasto privado en salud, en especial el catastrófico, y el incremento del gasto público bajo criterios equitativos de distribución, mediante las diversas propuestas e intervenciones contenidas en su diseño.

– Ampliación de cobertura. El SPSS recupera el espíritu de la reforma constitucional de 1984, que incluyó el derecho a la protección de la salud como una garantía individual. Este reconocimiento constitucional de la salud como un derecho social universal requería de un vehículo para implementarse efectivamente. De lo contrario, *de facto*, aun con la reforma constitucional, el acceso a la salud continuaría –como lo hizo hasta el año 2004– vinculado exclusivamente a la condición laboral. Esta vinculación generó un estancamiento en la cobertura de salud que hizo patente la necesidad de nuevos mecanismos para garantizar el acceso a la salud, particularmente para todos aquellos que no fuesen trabajadores asalariados públicos o privados.

El SPSS, desde su fase de piloteo en 2002-2003 y su posterior inclusión en la Ley General de Salud (LGS) en 2004, constituyó la base para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud desvinculado del estatus laboral de la persona. Todo mexicano puede afiliarse voluntariamente siempre que carezca de acceso a alguna institución pública de seguridad social. El sistema busca alcanzar la cobertura universal haciendo de la salud un derecho social efectivo de los ciudadanos instaurando un marco legal, operativo y financiero que le diera viabilidad. Bajo este esquema, consistente con el espíritu ciudadano del modelo de SNS del Plan Beveridge, al mes de abril de 2011 ha sido posible afiliar a 46 millones de individuos en tan sólo 7 años de operación a nivel nacional (Fig. 2).

– Protección financiera contra gastos de bolsillo y gastos catastróficos. El Seguro Popular otorga protección social en salud a sus afiliados, es decir, financiamiento para el acceso a los servicios de salud, con el objetivo de evitar el empobrecimiento de las familias por motivos de salud. Cuenta con dos mecanismos operativos: aseguramiento subsidiario, y un componente de seguro médico propiamente.

El principal mecanismo de aseguramiento subsidiario del SPSS, aunque no el único, es el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); los otros mecanismos con los que el sistema cuenta son: el programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), Estrategia Embarazo Saludable, el Fondo de Previsión Presupuestal, el componente de salud del programa Oportunidades, y el programa Cirugía Extramuros. El carácter

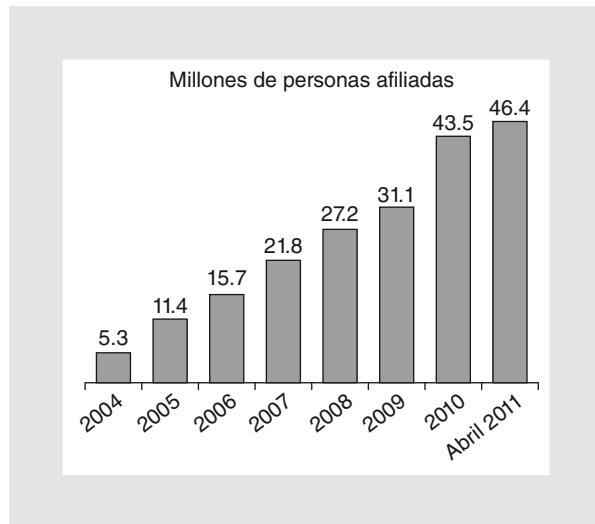


Figura 2. Personas afiliadas al SPSS 2004-2011 (adaptado de Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2011).

del CAUSES como instrumento subsidiario radica en que opera a través de un financiamiento general, no atado a eventos específicos, que paga *ex ante* a través de una transferencia per cápita a las entidades federativas para la compra de insumos y tratamientos médicos para el primer y segundo niveles de atención. Este instrumento se organiza entorno a intervenciones de salud; éstas comprenden la descripción e identificación del padecimiento, el diagnóstico sintomático, el tratamiento (incluyendo los medicamentos e insumos de curación, el costo de la atención médica, y estudios y auxiliares de diagnóstico asociados), y el seguimiento de complicaciones del padecimiento. En la actualidad el CAUSES cubre 275 intervenciones que garantizan la protección financiera del afiliado para todo padecimiento resoluble en el primer nivel (salud preventiva básicamente) y para alrededor del 90% de las causas de egresos hospitalarios del segundo nivel de atención (procedimientos quirúrgicos comunes, de bajo costo de atención y patologías simples).

La importancia del aseguramiento subsidiario se refleja en los indicadores de uso de los servicios de salud en primer y segundo nivel de atención. Durante 2010 se registraron 56 millones de consultas de afiliados al SPSS en todo el país, que representa un incremento del 35% respecto al total de 2009 (41.5 millones). Para el mismo 2010, entre los beneficiarios del programa Oportunidades, cuyo componente de salud administra el Seguro Popular, se tiene registro de 45.4 millones

de consultas, cifra que representa un aumento del 7.8% respecto de 2009.

En segundo nivel de atención, una muestra del avance en la cobertura es el número de partos atendidos en establecimientos financiados por el Seguro Popular. En 2009, el total de nacimientos registrados con certificados de nacimiento ascendió a 2,058,707. De éstos el 48.03% (988,825) correspondió a partos atendidos por la Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud. Al interior de este universo, en 647,898 de los nacimientos la familia manifestó estar afiliada al Seguro Popular (Secretaría de Salud, 2009).

El mecanismo de seguro de gastos médicos se utiliza para financiar la atención en intervenciones de alto costo y baja incidencia, es decir, padecimientos cuya atención se da en unidades de alta especialidad, a diferencia de CAUSES. Este financiamiento se hace bajo la lógica de pago por evento médico, tal como operan las compañías aseguradoras, por lo que éste es el esquema que más podría asemejarse a un seguro médico propiamente. Se cuenta con dos instrumentos: el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y las intervenciones de alto costo del SMNG. Hoy día, el SPSS otorga financiamiento para la atención de 56 padecimientos catastróficos de los 110 catalogados en esta categoría por el Consejo de Salubridad General. Éstos se agrupan en los siguientes grupos de enfermedades: cáncer cervicouterino, cáncer de mama, cuidados intensivos neonatales, cáncer en niños y adolescentes, trasplantes de médula ósea en niños y adultos (a partir de 2011), trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos, cataratas, VIH/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), hemofilia, cáncer testicular, infarto agudo al miocardio, enfermedades lisosomales, trasplante de córnea y linfoma no Hodgkin en adultos. Con los recursos del FPGC, al cierre del año 2010, se han validado y pagado más de 360,000 casos de enfermedades catastróficas.

En conjunto, a través del CAUSES y del FPGC, se ha logrado la reducción en el gasto de bolsillo de los afiliados, así como en el gasto catastrófico. Entre 2004-2008¹⁰ se observa que el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud ha disminuido poco más de un punto porcentual, y es muy alta la probabilidad de que continúe una tendencia a la baja (el último año con información disponible para realizar este cálculo, toda vez

que los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 [ENIGH] continúan procesándose). En cuanto al gasto catastrófico, usando la misma fuente estadística para el periodo 2002-2008, se verificó una reducción importante. El gasto catastrófico como porcentaje del gasto total en salud de los hogares disminuyó de 2.9 a 2.5, es decir, una reducción del 16%, y sigue una tendencia a la baja.

- Crecimiento de la inversión pública en salud. Para hacer viable esta expansión de la cobertura del aseguramiento médico fue necesario sumar recursos al SNS. El crecimiento de los recursos debía acompañar al crecimiento del sistema en términos de afiliados. Además, los mecanismos de financiamiento debían reflejar el compromiso tanto de la federación como de las entidades federativas en materia de salud, siendo ésta una materia concurrente en el ordenamiento jurídico mexicano, y contribuir a revertir la histórica desigualdad en el financiamiento entre instituciones de salud y entre entidades federativas.

La reforma de la LGS que crea el SPSS incorpora la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y la equidad entre entidades en la fórmula básica de financiamiento del sistema, y establece su arquitectura financiera, el origen y el destino de los recursos. El SPSS se financia a través de contribuciones federales, la cuota social (CS) y la aportación solidaria federal (ASF), y contribuciones estatales, la aportación solidaria estatal (ASE). Adicionalmente, el SPSS contempla una cuota familiar para aquellas familias que pertenezcan al quinto decil de ingresos y superiores. Sin embargo, los recursos capturados por este concepto son en extremo reducidos, pues el número total de familias que contribuyen al sistema es minúsculo. En caso de que la familia tenga entre sus integrantes a una mujer embarazada o a un menor afiliado al SMNG, o sea beneficiaria de algún programa de lucha contra la pobreza, sólo deberán pagar cuota familiar quienes se encuentren en el séptimo decil de ingreso o superior. Originalmente, la exención de cuota familiar sólo era aplicable a los primeros cuatro deciles de ingreso.

En conjunto, la suma de estos fondos genera una cifra a pagar per cápita, que está definida en la LGS de tal forma que sea la misma para el conjunto de las entidades federativas. La fórmula de financiamiento tiene dos virtudes iniciales: a) hace que el financiamiento se otorgue conforme al número

de afiliados y no a las plantillas de personal médico y capacidad instalada, y b) genera un monto equitativo de gasto para cada uno de los afiliados sin importar en qué parte del país se encuentren. No obstante, el mecanismo de financiamiento para mantener el trato igualitario debía también considerar los recursos destinados al sector salud, que son transferidos a las entidades a través de otras fuentes presupuestales.

Con tal propósito, en la determinación de la ASF se contabilizan los recursos transferidos mediante otras fuentes presupuestales para alcanzar el equivalente a 1.5 veces la CS¹¹ (las otras fuentes proceden de programas del ramo 12 y ramo 33 del PEF asignados por la Cámara de Diputados directamente). Ello permite equilibrar los montos transferidos a las entidades buscando que en conjunto los recursos del SPSS por afiliado sean equiparables en todo el territorio nacional. Los recursos del Seguro Popular observan la siguiente distribución conforme a su origen: cinco sextas partes provienen de recursos federales (CS y ASF), y la sexta parte restante proviene de las entidades federativas a través de la ASE (Fig. 3).

La reforma de la LGS supuso también definir el destino de los recursos de forma clara y explícita para ambos mecanismos de atención: transferencias a las entidades federativas para atender el primer y segundo nivel, y el pago por evento para atender la alta especialidad. En conjunto, las transferencias concentran el 89% de los recursos del Seguro Popular, las cuales se transfieren directamente a las entidades federativas, de forma *ex ante*. Las entidades federativas pueden destinarlo únicamente a ciertos rubros conforme señala el PEF¹¹, ya que se establece en el artículo 41 que las entidades podrán gastar hasta 40% en pago de recursos humanos, hasta 30% en la compra de medicamentos e insumos de curación, al menos 20% en acciones de promoción y prevención, y 6% en gastos de operación. Los porcentajes no suman 100%, dado que no todas las categorías operan con techos de gasto sino que algunas lo hacen con pisos.

En las transferencias está incluido el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que financia la demanda imprevista por servicios de salud que no fuese cubierta; para ello se destina el 1% de los recursos del Seguro Popular. Además, el FPP financia la construcción y mejoramiento de infraestructura de acuerdo con el Plan Maestro de

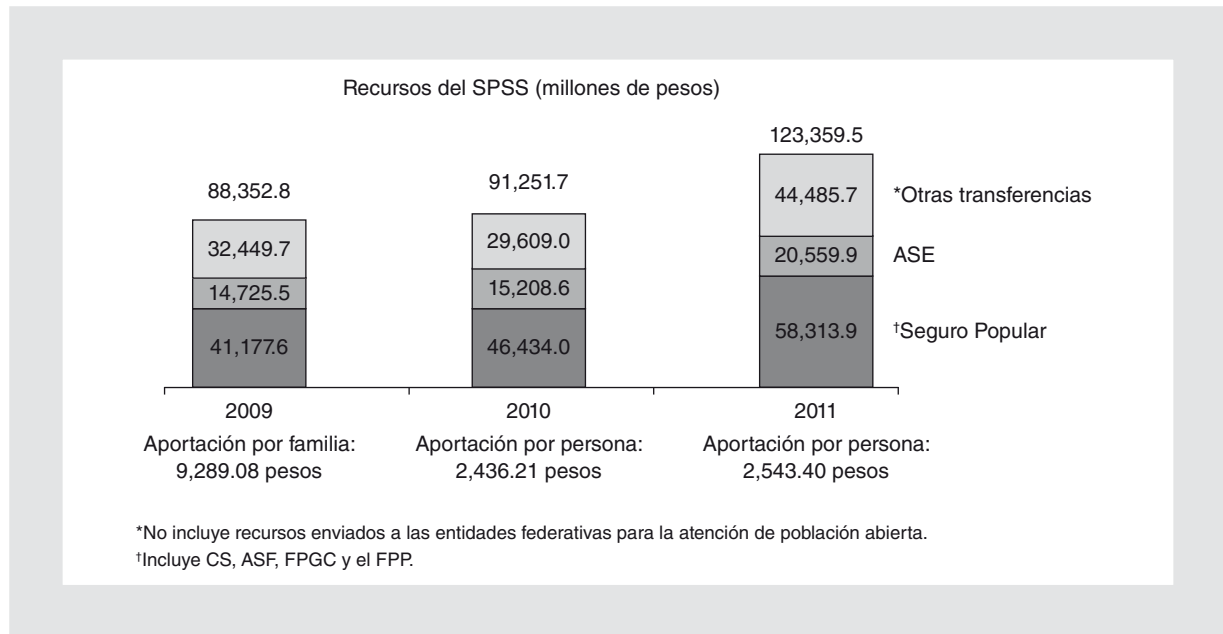


Figura 3. Fuentes y montos de financiamiento del Seguro Popular (adaptado de Informe de resultados varios años, Comisión Nacional de Protección Social en Salud).

Infraestructura de la Secretaría de Salud; el monto de recursos destinado a esto equivale al 2% de los recursos del Seguro Popular. A diciembre de 2010, a través del FPP se han apoyado más de 2,000 obras de infraestructura y equipamiento con una inversión de cerca de 3,168 millones de pesos. El pago por evento, que es lo más parecido a un seguro de gastos médicos, se financia con el restante 8% de los recursos totales del SPSS. Este monto no se transfiere directamente a los estados sino que se integra en el fideicomiso del FPGC, sin restricciones de anualidad, por lo que al cierre del ejercicio fiscal sus remanentes se reinvierten en el fideicomiso con el fin de capitalizarlo y asegurar su sostenibilidad financiera. A diferencia del aseguramiento subsidiario, el fideicomiso del FPGC siendo un seguro médico propiamente, paga por evento y de forma *ex post* los casos de enfermedades catastróficas. Las transferencias se hacen directamente a los proveedores de los servicios, es decir, a las unidades de salud, en caso de ser organismos públicos descentralizados (como lo son p. ej. los Institutos Nacionales de Salud) o entes privados (Fig. 4).

- Cierre de las brechas de desigualdad. A través de sus mecanismos financieros, el SPSS ha contribuido no sólo a incrementar la inversión pública en salud sino a cerrar las brechas en el financiamiento producidas por el modelo bismarckiano de

seguridad social. Las reglas explícitas de la LGS buscan asignaciones progresivas, o al menos neutras, que rompan el patrón regresivo de la asignación que privilegiaba a las instituciones de seguridad social, lo que a su vez se traducía en favorecer a las grandes ciudades y zonas urbanas de tamaño mediano.

La convergencia en el gasto público en salud per cápita entre la población con y sin acceso a la seguridad social se ha acelerado notablemente a partir de la creación del SPSS.

En 4 años, entre 2004-2008, el Seguro Popular incrementó en 12.5% la proporción del gasto en salud per cápita destinada a la población sin seguridad social, generando una distribución mucho más equitativa a la observada históricamente. Los montos destinados al gasto público per cápita en salud para la población con seguridad social y aquella sin acceso se han vuelto casi idénticos, acelerándose esta tendencia con la entrada en funcionamiento del Seguro Popular (Fig. 5).

Los retos para la construcción de un sistema universal de salud

A pesar de los avances notables que ha significado la puesta en marcha del SPSS, existen retos a afrontar para construir un sistema único de salud más equitativo, que parta del precepto de la salud como derecho

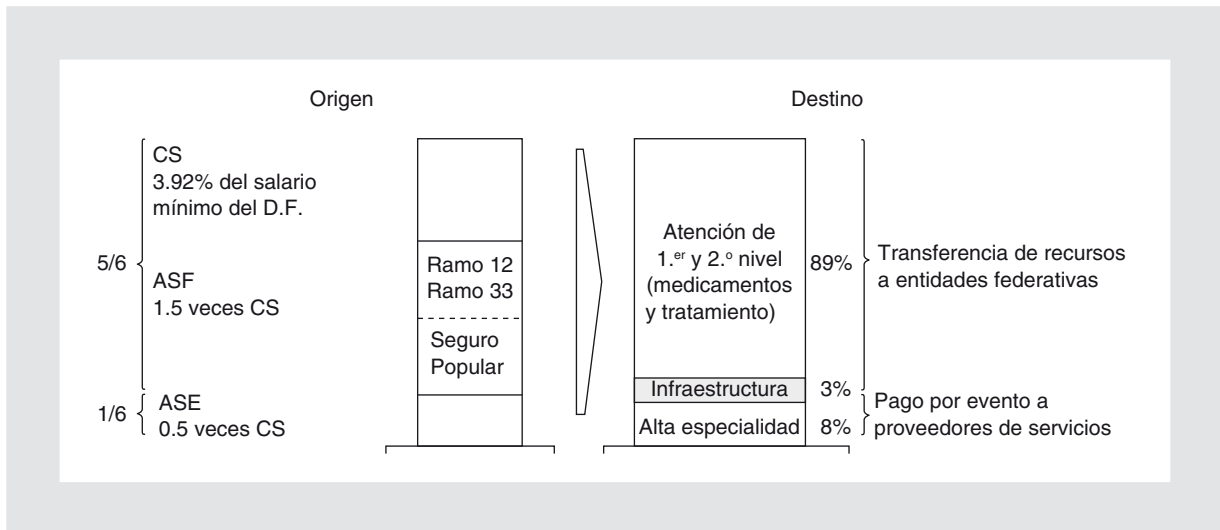


Figura 4. Origen y destino de los recursos del Seguro Popular (adaptado de Informe de Resultados 2010, Comisión Nacional de Protección Social en Salud).

social universal, y que sea viable en el largo plazo. Algunos de los elementos que deben considerarse en este esfuerzo se han comenzado a reflejar ya en los procedimientos actuales que se manejan en el Seguro Popular; dichos procesos podrían ser tomados en consideración para implementar un sistema universal de salud: la consolidación de las fuentes de financiamiento público en un fondo, la definición de un paquete de beneficios homogéneo, la gestión administrativa que establezca la separación de funciones entre proveedor

y financiador de servicios médicos y la utilización complementaria, preventiva y curativa de la infraestructura médica de todo el sistema de salud, entre otros aspectos¹². Esto implica transitar de la égida de la seguridad social bismarckiana al modelo de SNS del Plan Beveridge¹³.

La consolidación de las fuentes de financiamiento públicas en un solo fondo con un solo administrador permitirá tratar igualitariamente a todos los ciudadanos, asignando un mismo valor a la atención médica

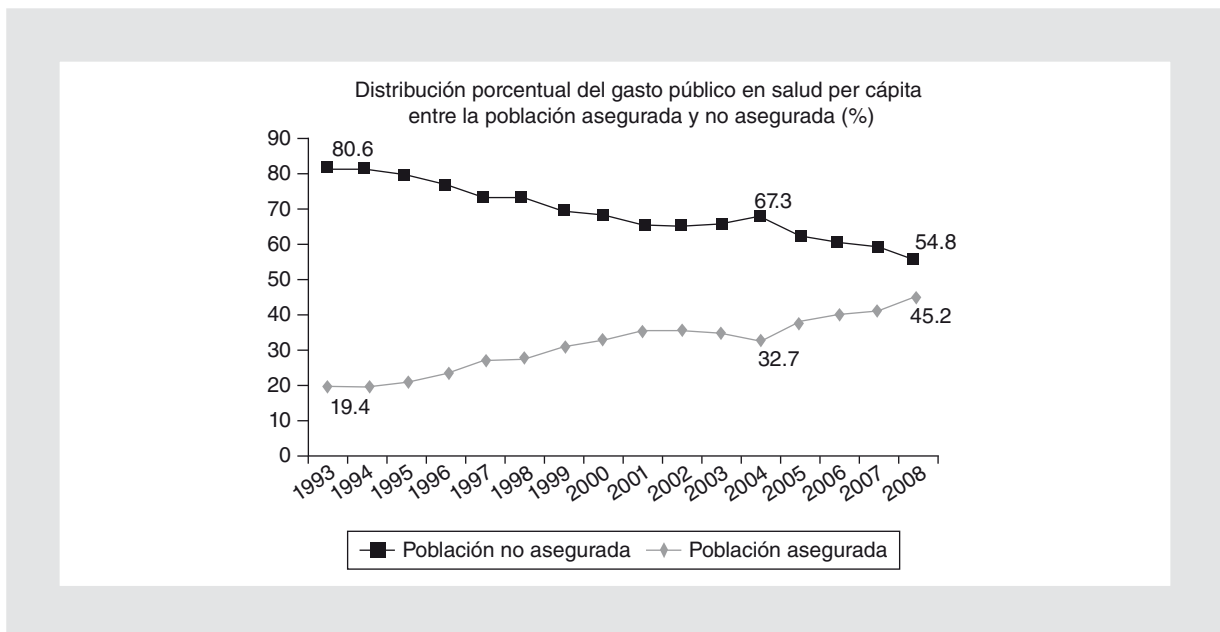


Figura 5. Desigualdad entre población con y sin seguridad social (adaptado de Dirección General de Información en Salud, SICUENTAS, 2009).

de cada individuo, sin importar el lugar en que reciba tratamiento. El origen del financiamiento para tal sistema puede ser vía impuestos generales, impuestos al consumo etiquetados para este fin, o una combinación de distintas fuentes. Para decidir cuál de ellas es más conveniente es necesario hacer un análisis exhaustivo sobre las bondades y deficiencias de los distintos esquemas de financiamiento. Reviste particular importancia asegurar que el mecanismo de financiamiento del paquete de beneficios homogéneo, de acceso universal y gratuito sea lo más progresivo posible. Las restantes fuentes de financiamiento se utilizarán para sufragar intervenciones adicionales¹⁴.

El modelo de gestión administrativa es una pieza clave del sistema que se debe construir hacia el futuro. Este modelo debe hacer de la separación de funciones entre el ente regulador, el financiador y el proveedor de servicios un elemento fundamental. Esto permitirá clarificar el carácter de las distintas instituciones del sector salud, asignando claramente responsabilidades y eliminando duplicidades en las estructuras burocráticas. Además, esta separación permite generar mejores mecanismos de rendición de cuentas y vigilancia, pues las instituciones tienen interés en supervisarse mutuamente. En ninguna instancia, una sola institución deberá convertirse en «juez y parte».

Una mejor gerencia conlleva ganancias en eficiencia para el sistema en su conjunto. Las ganancias son el resultado de un mejor uso de la capacidad instalada y de los recursos humanos en salud. Al separar el financiamiento de la provisión de servicios se genera una sana competencia entre proveedores de salud públicos y privados. En la medida en que los ciudadanos puedan escoger libremente entre los diversos proveedores de servicios de salud se desarrollarán complementariedades y sinergias entre unidades e instituciones médicas a través de la especialización que favorece un mejor uso de la infraestructura médica. Lo anterior es más eficiente que construir tres clínicas con las mismas especificaciones técnicas y recursos humanos para atender a un mismo núcleo de población.

Finalmente, debido al cambio en el perfil epidemiológico (aumento de la morbilidad y mortalidad causadas por padecimientos cronicodegenerativos en detrimento de las enfermedades infecciosas) y demográfico (el envejecimiento paulatino de la población), se requiere un sistema que tenga a la prevención y el

seguimiento de las personas como uno de sus principales objetivos¹⁵. De lo contrario, no existirá ni la capacidad técnica ni financiera para atender las necesidades de salud de una población envejecida con altas prevalencias de enfermedades crónicas. La prevención de la enfermedad es una acción prioritaria, tanto en términos de la sustentabilidad financiera del sistema como de la eficacia terapéutica de los tratamientos.

Esto significa un cambio en el modelo de atención a la salud que privilegia sin duda el nivel de atención primaria. Para ello habrá que apoyarse en la transformación gerencial ya descrita, considerando esquemas de incentivos alineados entre todos los actores del sector salud. Convertir la atención primaria en un nicho de actividad médica atractiva para los profesionales de la salud implicará una revisión a profundidad de los mecanismos de contratación, de las prestaciones laborales, y de las oportunidades de carrera profesional. Sólo adecuando estos mecanismos será posible subsanar los déficits históricos de personal médico en el primer nivel de atención, condición *sine qua non* para implementar un sistema con un enfoque de salud preventivo.

Bibliografía

1. Ley General de Salud, Cámara de Diputados, México, D.F. en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
2. Pozas HR. El desarrollo de la seguridad social en México. *Rev Mex Sociol.* 1992;54(4):27-63.
3. Dion M. The Political Origins of Social Security in Mexico during the Cárdenas and Ávila Camacho Administrations. 2005. *Mexican Studies/Estudios Mexicanos.* 2005;21(1):59-95.
4. Rodríguez de Romo AC, Pérez MER. Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* 1998;5(2):293-310.
5. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaut FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet.* 2006;368:1524-34.
6. Segura-Ubierno A. The political economy of the welfare state in Latin America globalization, democracy, and development. New York: Cambridge University Press; 2007.
7. Ley de Coordinación Fiscal, Cámara de Diputados, México, D.F. en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/31.pdf>.
8. Owen OO, Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing Health equity using household survey data. Washington, D.C.: World Bank Institute; 2008. p. 203-12.
9. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet.* 2006;368:954-61.
10. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. México, D.F.: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2009.
11. Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2011, Cámara de Diputados, México, D.F. en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2011.pdf.
12. Narro RJ, Moctezuma ND, Orozco HL. Hacia un nuevo modelo de seguridad social. *Economía UNAM.* 2010;7(20):7-33.
13. Donald WL. Universal health care: lessons from the British experience. *Am J Public Health.* 2003;93(1):25-30.
14. Mesa-Lago C. Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press; 2007.
15. De la Fuente J. La salud en un México en transición. *Salud Pública de México.* 2004;46(2):164-8.