

El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro

Gustavo Nigenda

Nota Técnica de Salud No. 2/2005

Abril 2005

Banco Interamericano de Desarrollo
Departamento de Desarrollo Sostenible
División de Programas de Desarrollo Social

Gustavo Nigenda tiene una maestría en antropología social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia de México, una maestría en planificación y financiamiento de salud en la London School of Hygiene and Tropical Medicine y es Doctor en Economía y Ciencia Política por la London School of Economics and Political Science. Desde 1980 trabaja con investigación aplicada en áreas de economía, antropología y políticas de Salud. Ha ocupado diversos cargos públicos en el gobierno y en la academia en México. Fue director del área de Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y actualmente es Director del Centro de Análisis Social y Económico de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

El autor aprecia el apoyo obtenido de parte de Felicia Knaul, Gustavo Olaiz, Steffano Bertozzi, José Arturo Ruiz y Héctor Arreola. También agradece el apoyo de Héctor Hernández-Llamas y Mauricio Bailón quienes, durante la etapa inicial, eran miembros de la Coordinación General del Seguro Popular de Salud. La coordinación actual del programa también ofreció un importante apoyo a través de cifras recientes sobre el financiamiento del programa. Las autoridades de salud y el personal técnico en Colima y Campeche, pusieron a disposición de la evaluación todos los medios disponibles para su realización. Dentro del Instituto Nacional de Salud Pública y la Fundación Mexicana para la Salud se agradece el esfuerzo del grupo de trabajo que recogió la información directamente en campo para las evaluaciones 2002 y 2003 del programa A Israel de Anda en la elaboración de gráficas y figuras.

El autor agradece a los comentarios de Alfredo Solari (SDS/SOC), Mark Homonov (RE2/SO2) y André Medici (SDS/SOC) del Banco Interamericano de Desarrollo. Una versión inicial de este trabajo fue elaborada con el apoyo financiero del BID a través de la CT-7277-RG y presentada en el 1er. Encuentro Latino Americano de Economía de Salud, realizado en Rio de Janeiro (Brasil) en diciembre del 2004.

Este informe se publica con el único objeto de contribuir al debate de un tema de importancia en los países de la Región. Su publicación por este medio tiene como propósito generar comentarios y sugerencias de las personas interesadas en el tema. No representa la posición del Banco Interamericano de Desarrollo.

Prólogo

La crisis del aseguramiento público tradicional, a través de formas de financiamiento de salud basadas en la nómina salarial, ha sido uno de los principales elementos que llevó a la reducción de cobertura de las poblaciones latino-americanas en los noventa. Tal fenómeno ha llevado, en algunos casos al crecimiento del gasto público directo como forma de cubrir la salud de las poblaciones desprotegidas, pero también al crecimiento de nuevas modalidades de seguros públicos de salud basadas en mecanismos no contributivos. La característica principal de este nuevo modelo es el aseguramiento de paquetes definidos de prestaciones garantizados a través de financiamiento público, como son los casos del seguro básico de salud de Bolivia, del seguro campesino en Ecuador o del piso de atención básica (PAB) en Brasil, operado a través del Programa de Salud de la Familia. Este aseguramiento se dirige a los grupos más pobres de la población y es integralmente subsidiado por el Estado, pero, una vez que se basa en coberturas y paquetes definidos, permite un uso más racional de los recursos y el seguimiento de los progresos alcanzados en su población objetivo. Entre las modalidades de aseguramiento público que surgen bajo este nuevo modelo, el Seguro Popular de Salud de México se perfila como una de las más innovadoras, por su carácter voluntario y por combinar el subsidio público con el pago de los usuarios.

México, entre los países Latino Americanos, es uno de los que presenta el mayor porcentaje de gasto de salud del bolsillo, incluso entre los grupos más pobres. Esto demuestra la disponibilidad de las familias en pagar por bienes y servicios de salud cuando no hay suficiente cobertura de las estructuras públicas tradicionales. El gasto del bolsillo, bajo el punto de vista de las prestaciones y medicamentos que brindan a las familias, ha sido caracterizado por ser regresivo y de baja efectividad, ya que es utilizado, en la mayoría de los casos, cuando surgen problemas agudos y emergencias. La creación de mecanismos de aseguramiento utilizando parte de los recursos gastos voluntariamente por las familias, permite aumentar la racionalidad y efectividad del gasto, lo que, cuando asociado al subsidio público, lleva a la reducción de las inequidades y al aumento de la cobertura.

Por primera vez en la historia mexicana, un programa de aseguramiento voluntario dirigido a poblaciones pobres, ubicadas en el fondo de la estructural salarial y sin acceso a servicios de seguridad social fue iniciado por la presente administración de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, la cuál tiene su gestión enmarcada en el período 2000-2006. En su fase piloto el programa fue capaz de afiliar a más de un millón de personas entre 2001 y 2003. La población tiene que pagar una proporción de la prima de acuerdo a su ingreso y el resto es subsidiado por fondos públicos.

Después de un largo proceso de negociaciones entre la Secretaría de Salud, el Congreso Nacional y los Gobiernos de los Estados, en febrero de 2005 el programa había logrado ya incorporar a 31 estados. El programa ofrecía inicialmente un paquete de 78 intervenciones que más tarde fue ampliado a 91. Cada estado tiene la posibilidad de agregar intervenciones al paquete de acuerdo a su conveniencia y capacidad financiera. Basado en la demanda observada, el programa entró en una nueva fase en el 2004.

Aunque la Ley General de Salud fue modificada para incluir la responsabilidad de los niveles federal y estatal en el financiamiento del programa, la falta de acuerdo para aprobar una reforma fiscal en el congreso en diciembre de 2003 generó un conjunto de retos importantes para la sustentabilidad financiera del programa. El presente documento expone en detalle los avances del programa y discute las opciones que se tienen en el futuro en un ambiente financiero restrictivo.

André Medici (Editor)
(BID/SDS/SOC)

Acrónimos

ALC – América Latina y el Caribe

FUNSALUD – Fundación Mexicana para la Salud

IDH - Índice de Desarrollo Humano

IMSS – Instituto Mexicano de Seguridad Social

INSP – Instituto Nacional de Salud Pública de México

PAC - Programa de Ampliación de Cobertura

PASSPA - Programa de Apoyo a los Servicios de Salud a Población Abierta

PEC – Programa de Extensión de Cobertura

PIB – Producto Interno Bruto

PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PRI – Partido Revolucionario Institucional

PROGRESA – Programa de Educación, Salud y Alimentación

SSA – Secretaría de Salud

Índice

Introducción

1

El Seguro Popular de salud

4

La Implementación del Seguro Popular de Salud

6

Impacto inicial en la operación del programa

8

Cambios en la estructura financiera del sistema

10

Financiamiento del seguro popular

12

¿Qué sigue para el futuro?

15

Conclusiones

17

Referencias

19

Anexo 1

20

Introducción

La década de los 1980 cambió radicalmente la estructura económica y social de muchos países de América Latina. Las consecuencias de una crisis tan devastadora sucedida en esos años se experimentan todavía 20 años después y una de sus expresiones más sobresalientes en México es la gran desigualdad social en la distribución del ingreso y en la existencia de más de 50 millones de mexicanos viviendo en condiciones de pobreza. (Lustig y Székely, 1997). En 2002, de acuerdo con el índice de desarrollo humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), México se posicionaba en el lugar 53 del total de países en el contexto mundial. Esta estructura social polarizada reduce las oportunidades de educación, vivienda y salud para millones de mexicanos que no pueden cargar con el peso económico de enviar a sus hijos a la escuela o contar con servicios de salud de buena calidad.

Uno de los aspectos más sobresalientes de las economías en América Latina fue el agotamiento de la política de desarrollo basada en la sustitución de importaciones que buscaba el fortalecimiento de la industria local y del mercado interno que duró desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta finales de los 1970 (Basáñez, 1991). A fin de ofrecer apoyo a esta política, el estado mexicano creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 con el propósito específico de proteger las condiciones de salud de los trabajadores empleados en el sector formal de la economía. Basado en un crecimiento sostenido de 7% al principio del período, las estimaciones con relación al esquema de seguridad social señalaban que eventualmente podría cubrir prácticamente al 100% de la población hacia el fin del siglo XX. Sin embargo, este no fue el caso y la seguridad social se convirtió en un área del sistema de salud que concentró una gran cantidad de recursos pero que fue incapaz de crecer más allá de sus límites (es decir, alrededor 50% del total de la población del país) (Mesa-Lago, 1991).

Para principios de los 1980s el crecimiento económico se estancó y las finanzas públicas quedaron crecientemente comprometidas con el pago de la deuda externa, mientras que los presupuestos públicos para programas sociales, incluyendo salud se reducían de manera importante. Por esos años, las autoridades de salud reportaban que más de 10 millones de mexicanos carecían absolutamente de acceso a servicios formales de salud, que la mitad de la población utilizaba servicios públicos y no de seguridad social para atender sus necesidades de salud y que la capacidad de éstas últimas instituciones para incorporar más trabajadores a la prestación de sus servicios, se mantenía sin cambios.

Las condiciones de salud de la población mexicana en este período sin embargo mejoraron de manera importante. La expectativa de vida se incrementó de 65 a 75 años en los últimos 20 años, la mortalidad materna se redujo en un tercio y la mortalidad infantil en una cuarta parte (Frenk, et al, 2003). Además, desde 1982, el gobierno puso en marcha una serie de programas adicionales a los de la Secretaría de Salud para ampliar la estructura con el fin de cubrir a más poblaciones pobres, tales como el IMSS-Solidaridad, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), más recientemente convertido en OPORTUNIDADES.

Como se señaló, la estructura segmentada del sistema de salud mexicano ha sido un obstáculo importante para obtener las metas de cobertura, no sólo porque cada segmento del sistema tiene capacidades distintas de negociación de recursos fiscales sino también por la competencia existente por los fondos para cubrir a poblaciones no aseguradas. (Nigenda y Solorzano, 1999). El gobierno federal canaliza 2.4 veces más recursos per capita a la población cubierta por la seguridad social que a la población atendida por la Secretaría de Salud (SSA, 2003). La estructura todavía refleja el modelo de política corporativista creado en los años 1940 que organizaba la prestación de servicios a poblaciones de acuerdo a su capacidad de estar formalmente empleada.

La seguridad social creció por espacio de 30 años en tanto el estado mexicano daba impulso a su modelo de desarrollo económico interno pero para los años 1970 empezó a mostrar síntomas claros de fatiga. (Lustig and Székely, 1991). En los años siguientes el número de familias nuevas aseguradas se estancó conforme el sector formal de la economía detuvo su expansión. México se convirtió entonces en una economía cuya principal característica fue la terciarización y la impresionante expansión del sector informal cuyos trabajadores no podían acceder a la seguridad social. Añadido a este fenómeno se encuentra el de la creciente pobreza y desigualdad que afecta a segmentos cada vez más grandes de la población (Ros, 2003).

Aunque las cifras de desempleo en México han sido estables comparadas con otras economías de América Latina y el Caribe (ALC), la verdad es que ellas ocultan un fenómeno creciente de la economía informal. Estimaciones recientes muestran que la economía informal representa un tercio del Producto Interno Bruto (PIB). Tal tipo de estructura económica llama a la redefinición de la forma en la que la salud es provista. A estos factores, el tema de la migración también debe ser considerado debido a que millones de mexicanos buscan permanentemente oportunidades de trabajo en los Estados Unidos y dejan a sus familias sin protección, y al mismo tiempo son capaces de enviar enormes cantidades de divisas a sus familias (la segunda fuente más importante de capital externo) que no es capturada para financiar programas públicos.

La segmentación entre la seguridad social y la estructura de servicios de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (SSA) sigue existiendo y supone un reto mayor en el avance de cualquier programa social en el campo de salud que busque ofrecer garantías y servicios a la población no asegurada. A principios de los años 1980 la SSA declaró el inicio de una reforma estructural que llevó a la descentralización de los servicios bajo su administración. La descentralización se llevó a cabo en dos fases, la primera entre 1984 y 1988 y la segunda entre 1994 y 2000. Sólo 14 estados optaron por la descentralización en la primera fase,

principalmente aquellos que pudieron movilizar recursos locales para pagar una proporción del costo de los servicios. El resto no fueron descentralizados ya que no fue posible llegar a un acuerdo con el IMSS para incorporar al proceso a la estructura del entonces IMSS-Solidaridad en aquellos estados donde el programa tenía una presencia importante. Este programa había sido creado a finales de los 1970 para extender la cobertura de población no asegurada dependiendo totalmente de recursos financieros públicos federales, pero administrado por el IMSS.

Más tarde, nuevos programas financiados parcial o totalmente por bancos de desarrollo fueron lanzados con el objetivo de extender la cobertura a poblaciones pobres a través de la provisión de paquetes básicos de intervenciones (alrededor de 13) de salud. Entre 1990 y 2003, un conjunto de programas (PASSPA, PAC, PEC) lograron construir una red de unidades de atención y dotarlas con personal para prestar servicios fijos o itinerantes a las poblaciones más alejadas en el país. Todos ellos han sido administrados por la SSA y operados bajo el mecanismo de subsidios a la oferta.

A partir de 1994 un programa de alcance nacional, PROGRESA (más tarde OPORTUNIDADES), coordinado por la Secretaría de Desarrollo Social inició un sistema de subsidios en efectivo enfocado a familias pobres a fin de garantizar el cumplimiento de metas educativas, sanitarias y nutricionales. La coordinación del PROGRESA identificó a las familias beneficiarias del Programa y vinculó la entrega de dichos subsidios al cumplimiento de controles de servicios sociales por las familias, incluidos algunos servicios de salud, pero tales servicios siguieron siendo prestados por la Secretaría de Salud. Este ha sido el primer programa en la historia del país que opera con subsidios monetarios a la demanda para promover la utilización de servicios de salud.

De acuerdo con observadores externos, el programa ha sido altamente exitoso en alcanzar las metas definidas lo cual significa que su objetivo de reducir las condiciones de pobreza en el país han sido logrados (Gertler, 2000). Sin embargo algunas opiniones han cuestionado el valor de PROGRESA para impedir el crecimiento de la pobreza y las

persistentes desigualdades en la distribución del ingreso (Damián y Boltvinik, 2003).

De esta forma, hasta ahora, los programas de extensión de cobertura no han sido capaces de redefinir la estructura del sistema de salud la cual ha reforzado la inequidad a través de los segmentos sociales, particularmente en la distribución de recursos financieros (Programa

Nacional de Salud, 2001). Cualquier incremento del porcentaje del PIB debería ser dedicado a proteger la salud de los sectores más pobres de la población. Es bien sabido que México es un país que gasta un porcentaje bajo de su PIB en salud (5.6%) en comparación con el promedio de ALC (7.0%) y que en la actualidad pocos esfuerzos se han hecho para incrementar este porcentaje.

El Seguro popular de salud

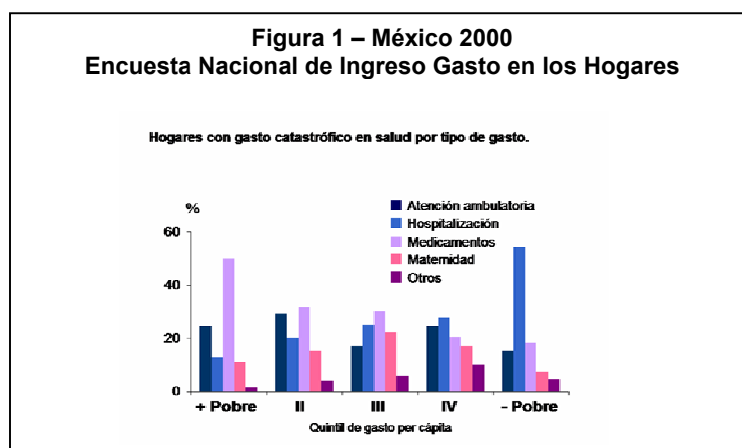
Ir más allá de la descentralización de la estructura del sistema de salud era un reclamo generado por diversos actores de la sociedad civil en la primera década de los años 1990 (FUNSALUD, 1994). Este llamado implicaba la necesidad de reestructurar la arquitectura financiera del sistema de salud, la interconexión formal de sus diferentes componentes a fin de incrementar la capacidad de respuesta, asimismo, mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto y finalmente una reorientación hacia la atención primaria basada en la distribución de recursos para la salud vía diferentes modalidades de oferta de servicios.

El cambio estructural en salud de los años 1980 inició con una agresiva política de descentralización que más tarde fue denominada reforma del sector salud. En el lado financiero, sólo la descentralización implicaba cambios basados en el hecho de que aquellos estados descentralizados entre 1984 y 1988 tenían que participar en el financiamiento para la operación de los servicios. Hoy día existen estados que aportan alrededor de 50% del presupuesto público en salud para ofrecer servicios a las poblaciones no aseguradas mientras que otros dependen casi en su totalidad del presupuesto federal. La

No fue sino hasta el año 2001 con la primera administración post-PRI¹, que la necesidad de una reforma financiera en las instituciones públicas de salud fue identificada y los primeros pasos fueron dados para diseñar e implantar políticas.

Las razones por las cuales se busca crear un esquema de aseguramiento público dirigido a poblaciones pobres son diversas y éstas no son sólo de ampliación de cobertura. La primera de ellas es que la población pobre del país se encontraba expuesta no sólo a riesgos epidemiológicos a los que había que hacer frente ampliando la cobertura, sino también a riesgos financieros ya que la mayor parte del financiamiento en salud en México proviene del pago de bolsillo, el cual asume un carácter catastrófico en los hogares más pobres (ver Figura 1).

En el primer campo se había ya avanzado de manera importante con los programas que buscaron ampliar la oferta de servicios. A través de estos programas, la población sin acceso a servicios formales de salud se redujo de 10 millones de mexicanos en 1985 a 3 millones en 1999. A pesar del aumento en la cobertura, estos programas se basaban en la prestación de paquetes



necesidad de una reforma financiera real para reducir la distribución desigual de fondos públicos en el sistema de salud, se ha mantenido latente pero, hasta recientemente, ningún movimiento se había puesto en marcha para alcanzar esa meta.

¹ Partido Revolucionario Institucional (PRI). El PRI gestó y desarrolló la estructura política corporativista que dominó al país durante más de 70 años, (1930-2000).

mínimos de servicios (alrededor de 13 intervenciones) que no cubrían muchas de las necesidades de atención de las poblaciones pobres. El seguro popular busca ampliar la capacidad de oferta de la infraestructura, reduciendo las barreras financieras existentes, particularmente aquella relacionada al gasto de bolsillo en medicamentos. Se ha estimado que alrededor de 1.5 millones de familias en México se empobrecen trimestralmente a consecuencia de los gastos en que incurren para pagar servicios de salud y el seguro popular busca reducir esta cifra ya que los gastos catastróficos² se concentran principalmente en las poblaciones más pobres y que no tienen acceso a la seguridad social (Knaul et. al., 2003).

Otro de los elementos que justifican la creación del seguro popular es la reasignación a los estados de fondos federales frescos. La tendencia histórica de asignación generó diferencias importantes en las últimas 6 décadas. Por ejemplo para el año 2000 existía una diferencia de 5 veces entre el estado que más presupuesto federal recibía y el que menos recibía. Los fondos estatales también se asignan sin criterios explícitos y esto ha creado diferencias importantes. Así entre el estado que más presupuesto por familia gasta en salud y el que menos gasta existe una diferencia de casi 100 veces. Dado que se consideró políticamente inviable modificar el esquema de reasignación de los fondos asignados históricamente, a partir de la disponibilidad de fondos frescos generados como consecuencia de la modificación a la Ley de Salud, la asignación se realiza de acuerdo al número de familias afiliadas al programa.

Un último elemento y no menos importante para la creación del programa fue el establecimiento de un flujo financiero bajo el esquema de subsidios a la demanda. Hasta la fecha, este esquema ha avanzado de manera parcial ya que la asignación presupuestal se hace una vez que las familias se registran, sin embargo el esquema debe garantizar en un futuro que las familias tengan la capacidad de seleccionar, entre una gama de prestadores, al

que más le conviene. Sin embargo, es crucial fortalecer al mismo tiempo la oferta de servicios y para ello se tienen consideradas diversas opciones, entre ellas una mayor asignación presupuestal, y por otra parte opciones como la contratación de prestadores privados.

El Seguro Popular de Salud fue iniciado por la actual administración de la SSA (2000-2006) como un instrumento para proveer de aseguramiento en salud a grupos familiares de la población que no eran cubiertos por ninguna institución de seguridad social. El programa no sólo ha intentado financiar servicios de salud para estos grupos sino también protegerlos financieramente a partir del hecho de que el 52% del financiamiento en salud en el país se hace directamente de los bolsillos de las familias (Knaul, et. al., 2003). Esta forma de pago afecta en mayor medida a los grupos de más bajos de ingresos y particularmente aquellos que no están cubiertos por la seguridad social. La estrategia fue movilizar fondos federales para subsidiar el costo de la prima y solicitar un pago fijo a cada familia de acuerdo a su ingreso.

El programa definió inicialmente un paquete de 78 intervenciones tanto de primer nivel como de segundo nivel de atención. De acuerdo a fuentes oficiales, estas intervenciones cubren el 85% del total de la demanda de atención. La fase piloto del Seguro Popular duró tres años (2001-2003) y alcanzó importantes avances en su operación. Además el posicionamiento del programa en el ambiente político del México post-PRI también implicó la necesidad de que el gobierno federal fuera excesivamente cuidadoso en evitar que el programa pudiera ser utilizado para promover intereses políticos. Después de varias décadas de prácticas de clientela llevadas a cabo en todos los niveles de gobierno en el país, el programa tuvo que despertar la conciencia de que no tendría que ser usado para estos fines bajo ninguna circunstancia. Los documentos que son entregados a la población en el momento de afiliarse señalan claramente que la prestación de servicios por el programa no debe estar condicionada o realizarse a cambio de votos o apoyo para algún partido político o individuo.

² Se estima el gasto catastrófico o empobrecedor a partir del gasto de 30% o más en salud del ingreso disponible después de deducir gastos básicos en alimentación y vivienda.

La implementación del seguro popular de salud

a) 2001 - El año inicial

En este año el nivel central de la SSA negociaciones con diversos estados a fin de proceder con la implantación del programa. Catorce estados decidieron inicialmente incorporarse al programa pero la fase piloto inició con sólo cinco y el resto se unió a la iniciativa más tarde. En algunos de esos estados, se llevaron a cabo encuestas para identificar los patrones de gasto en salud, la disposición a pagar la prima y las expectativas sobre los servicios que deberían estar recibiendo. Los estudios mostraron que la población estaba dispuesta a pagar parte de la prima a cambio de un abasto garantizado de medicamentos sin costo y de ampliar su capacidad para recibir servicios de especialidad.

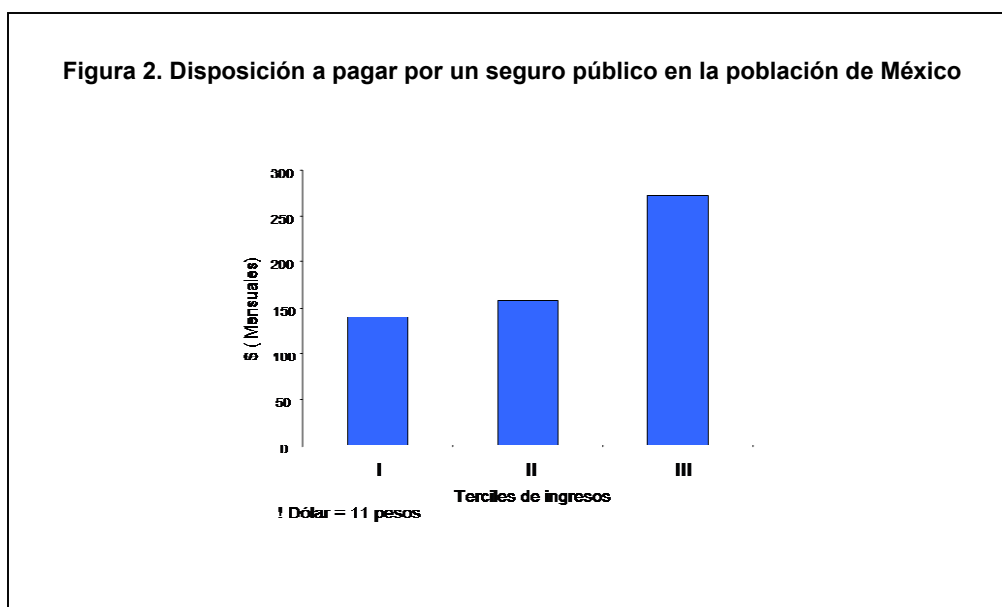
La disposición a pagar se mostró incluso en los niveles de población más pobre (Figura 2).

Un total de 21,000 familias se habían afiliado al final del año en siete estados. El nivel central empezó a transferir fondos por familia a cada estado y los estados se comprometieron a promover el programa, afiliarse a la población, administrar los recursos y prestar servicios. Los

fondos fueron transferidos a las familias mediante mecanismos de capitación. En muchos casos, sin embargo, las transferencias sufrieron retrasos. En algunos estados se tuvo que obtener financiamiento temporal, que fue tomado a préstamo de otras áreas, para el arranque del seguro popular.

b) 2002 - El año de expansión

Al final de este año 14 estados se habían ya afiliado y prestaban servicios a población previamente no asegurada. La posibilidad de recibir un subsidio extra del nivel central resultó atractiva para la mayor parte de los estados afiliados en ese año. Los estudios de evaluación mostraron que el abasto de medicamentos se incrementó para las familias afiliadas al seguro (Nigenda et al, 2003). La adaptación de los lineamientos generales a escala estatal no ha sido fácil. Sin duda, los ajustes generaron diversos problemas en la implementación del programa. Los estados utilizaron diversos mecanismos para publicitar el programa tanto en el ámbito masivo como individual. De hecho en estados como Campeche la información fue adaptada a la lengua de las comunidades mayas que viven en el estado. La metodología para identificar el decil de ingresos para estimar el monto del pago



por familia no era precisa en un principio y generó confusiones entre los afiliados. El programa utilizado para estimar las cuotas fue ajustado con la autorización de la coordinación nacional del programa. Es posible identificar otros aspectos problemáticos, más allá de la implementación del programa. Por ejemplo el estado de Colima pagó con fondos locales la cuota correspondiente a los primeros dos deciles de ingresos. Esto fue hecho en un período en el que las elecciones estatales se acercaban. De acuerdo a los lineamientos técnicos la población debía tener cierto nivel de responsabilidad en el financiamiento del programa, particularmente debido a que la intención era generar un sentido de apropiación del programa y una cultura ciudadana para la demanda de buena calidad de la atención. Con la exención de la cuota para los dos primeros deciles que se aprobó en 2003, las aportaciones de las familias pasaron a representar un porcentaje marginal de los fondos disponibles para el programa.

c) 2003. El año legislativo.

Siete estados más ingresaron al programa en el 2003. En junio un total de 295,000 familias se encontraban ya afiliadas, 71% de las cuales pertenecían al primer decil y 80% de la población afiliada era menor de 40 años. Para noviembre el gobierno declaró un total de 630,000 familias afiliadas al programa. El estudio de evaluación mostró, en una muestra de 10 estados, que la operación del programa era sumamente heterogénea incluyendo estados que tenían un compromiso serio con el programa, a aquellos que consideraban su participación una carga extra a sus responsabilidades sin la

existencia de incentivos. Las modificaciones a procedimientos, tales como la afiliación y la promoción, fueron incorporados con buenos resultados. Las innovaciones empezaron a aparecer en los estados. En Tabasco las autoridades decidieron no otorgar una identificación personal a la población a fin de ahorrar recursos y asignarlos a la prestación de los servicios. En Jalisco y Tamaulipas se generaron acuerdos contractuales con farmacias privadas para garantizar la provisión de medicamentos a la población afiliada al programa. Un evento clave sucedió ese año.

El Ministerio de Salud negoció con el Congreso y el Senado la aprobación de una enmienda a la Ley General de Salud para la creación de un nuevo Programa de Protección Social en Salud. Este nuevo programa representa un paso adelante en el desarrollo de la estrategia de aseguramiento. Cambios importantes con relación a la propuesta original del Programa del Seguro Popular de Salud pueden ser resaltados: (i) los estados tienen responsabilidad del co-financiamiento del costo del paquete de servicios, (ii) el subsidio para las familias pertenecientes al primer y segundo decil de ingresos es de 100%, (iii) el paquete de intervenciones se incrementó de 78 a 91 intervenciones, (iv) se creó un fondo para cubrir enfermedades de alto costo. El nuevo programa inició sus operaciones en enero de 2004.

Las metas de afiliación definidas para el período 2003-2010 se muestran en la Tabla 1. Para el final del período se contemplaba la afiliación del total de la población con potencial para pertenecer en el país alrededor de 11,3 millones de personas.

Tabla 1. Familias por afiliar al seguro popular, 2003 -2010

Años	Metas	Acumulado
2003	524,000	
2004	1, 500,000	2,024,000
2005	1, 500,000	3,524,000
2006	1,500,0000	5,000,000
2010		11, 250,000

Fuente: Secretaría de Salud, 2003.

Impacto inicial en la operación del programa

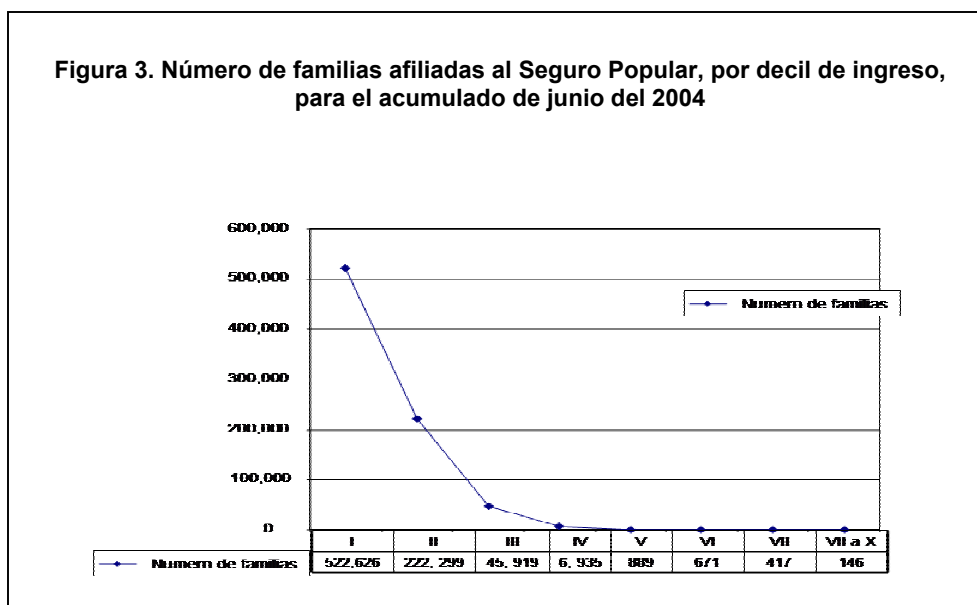
Desde el primer año de operación del programa, se llevaron a cabo evaluaciones para identificar el nivel de reducción del gasto de bolsillo y los niveles de satisfacción de la población con el programa. Las evaluaciones también se llevaron a cabo para monitorear el proceso de operación del programa en estados seleccionados incluyendo actividades como promoción, afiliación, provisión de servicios y acceso a medicamentos.

En el 2002, debido a la acción del programa, la reducción del gasto de bolsillo se estimó en 25% principalmente en función del incremento de la disponibilidad de medicamentos que el Programa brindó a los hogares. Se sabe con certeza, que la mayor proporción (cerca de 55%) del gasto en salud de las familias ubicadas en el primer y segundo decil se relaciona con la compra de medicamentos (Nigenda et al, 2003).

En ese año, el programa fue también capaz de mejorar la satisfacción de los usuarios sobre los servicios ofrecidos. Para junio de 2004 el SPS había ya afiliado a más de 800,000 de familias, ubicándose el 94% de ellas en los deciles I y II y por lo tanto recibiendo 100% del subsidio para el pago de la prima (Ver Figura 3).

Debe señalarse que una proporción importante (alrededor de 42%) de población exenta de pago pertenece al programa Oportunidades.

Dentro del contexto de descentralización de los servicios de salud, el nivel central pudo negociar la participación de casi dos terceras partes del total de los estados del país. Sin embargo, la implementación del proyecto en cada estado implica enormes diferencias, la mayoría de ellas relacionadas a las particularidades de la provisión de servicios a poblaciones con importantes diferencias culturales y que viven en diversas condiciones sociales y económicas. Por ejemplo la información que se provee a la población es clave para generar expectativas que puedan o no ser cumplidas. Algunos estados no han sido capaces de ofrecer información clara y precisa a su personal de campo y por lo tanto ellos transmiten información que genera confusión en la población. Un aspecto problemático es el hecho que la población no entiende porque sólo pueden recibir un número limitado de intervenciones. Por ejemplo, esta falta de información genera dudas sobre el hecho de que una persona puede ser atendida por el seguro popular cuando presenta



una fractura no expuesta pero no recibe la atención cuando la fractura es expuesta.

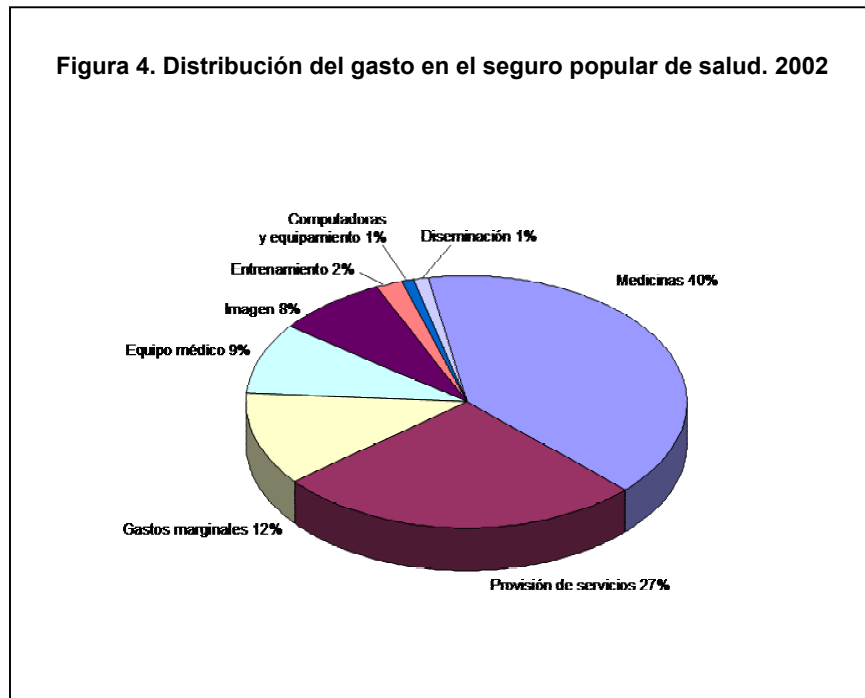
Un aspecto más a resaltar es el hecho de que el paquete contiene intervenciones de atención de primer y segundo nivel, sin embargo, en algunos estados la población no recibe atención en unidades de segundo nivel aun cuando el paquete de intervenciones así lo señale.

Informaciones de campo obtenidas en el 2003 muestran que a escala hospitalario, muchos médicos y gerentes no sabían lo qué era el Seguro Popular, por lo que no aceptaban responsabilidad de atender a la población afiliada referida por una unidad de primer nivel. Estos son algunos de los aspectos más sobresalientes que pueden ser citados.

Vale la pena señalar que las expectativas sobre el programa siguen creciendo en la población y que ésta se encuentra en general satisfecha con la atención que recibe.

La forma en la que el gasto se distribuyó en el 2002 muestra que el programa fue sensible a las demandas de la población, como puede ser observado en la Figura 4.

La expectativa más importante para ingresar al programa es la disponibilidad de medicamentos y el programa gastó 40% de su presupuesto en ese rubro. Otro 27% fue utilizado para prestar servicios personales, tanto curativos como preventivos. Es interesante resaltar, sin embargo, que sólo una pequeña proporción se usó para diseminar información sobre el programa, lo cual se debería incrementar en el futuro.



Cambios en la estructura financiera del sistema.

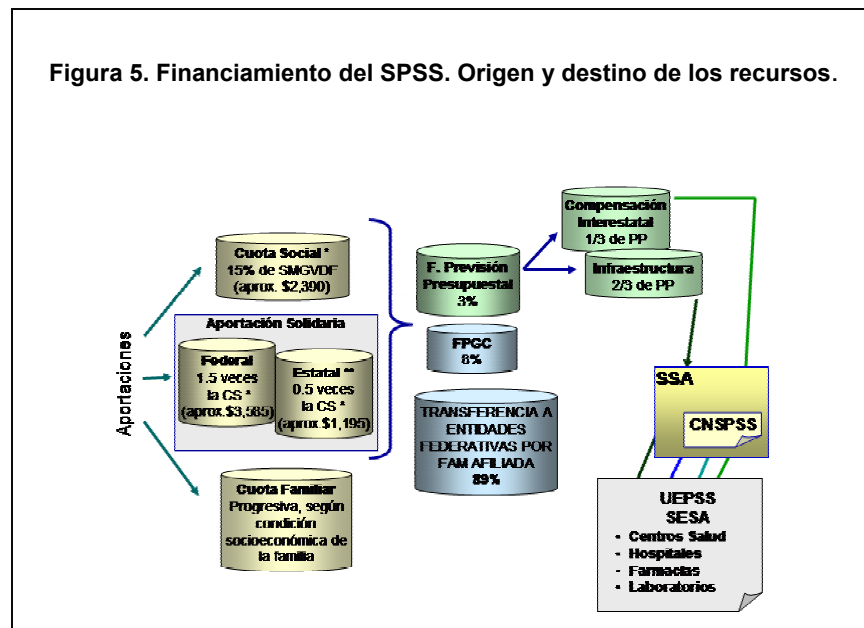
De acuerdo con la enmienda realizada a la Ley General de Salud, para 2010 más de 11 millones de familias deberán estar cubiertas por el programa. Esto significa que en los próximos siete años, 1.2 millones de familias en promedio tienen que ser incluidas anualmente. Dado el hecho de que el programa está cambiando el flujo de los recursos para establecer un sistema de subsidios a la demanda para garantizar una prestación de servicios de alta calidad y un uso eficiente de los recursos disponibles, una gran cantidad de recursos frescos tiene que ser incorporada al sistema para prestar atención cada año a las nuevas familias afiliadas.

La SSA en el ámbito central tiene que transferir los recursos a los estados por cada persona que se afilia. Se ha estimado que el costo del paquete de 78 intervenciones inicial por familia era alrededor de 625 USD y que el incremento a 91 intervenciones generará un incremento de 10% de ese costo. Este estimado incluye gastos administrativos. Así, si el costo se mantiene fijo en los próximos siete años, la carga financiera para prestar anualmente atención a 50 millones de mexicanos será de 7.1 mil millones de dólares.

Esta cifra representa más de tres veces el presupuesto actual de la SSA que en el 2002 fue estimado en 2.2 mil millones de dólares. La enmienda a la Ley General de Salud establece responsabilidad de la federación y los estados para financiar el programa y sus servicios.

La asignación federal se divide en dos partes, una denominada cuota social que es equivalente al 15% del salario mínimo general establecido en el Distrito Federal y la segunda parte, denominada aportación solidaria federal equivale a 1.5 veces la cuota social. Por su parte la aportación estatal se establece en 0.5 veces la cuota social. En el global del presupuesto, la federación aporta alrededor del 70% del financiamiento del programa y los estados participantes aportan una proporción (alrededor de 30%) de los recursos requeridos para la operación del programa. Sumado a los fondos que originalmente aportaba, el gobierno federal, a partir de 2004, debe incrementar sus aportaciones a los estados. Una gran proporción de lo que hoy se denomina aportación solidaria federal, eran fondos que la federación transfirió previamente a través del Ramo 33 del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

Figura 5. Financiamiento del SPSS. Origen y destino de los recursos.



(FASSA). La racionalidad detrás de esta medida es que el gobierno federal deberá estar aportando la misma cantidad por cada individuo afiliado a la seguridad social que al afiliado al seguro popular a fin de reducir las inequidades históricas de acceso generadas entre grupos de población en un sistema de salud segmentado.

La Figura 5 presenta la estructura financiera del programa. Un complicado arreglo de fuentes y flujos financieros ha sido diseñado y entró en operación en el 2004. El programa se financia a través de las tres las fuentes señaladas en el párrafo anterior, incluidas las aportaciones familiares.

Una vez que los fondos son recolectados, se distribuyen en tres grandes rubros de gasto. El más importante es el correspondiente a la oferta

del paquete que representa 89% del total. Un 8% es separado para crear un fondo para la atención de enfermedades que generan los llamados gastos catastróficos que incluye diferentes tipos de cáncer, SIDA, disfunción renal, etc. El restante 3% se asignará para fortalecer la infraestructura y crear un fondo interestatal de compensación. El total de fondos con los que disponga un estado será producto del número de familias afiliadas y a las necesidades de fortalecimiento de infraestructura o compra de equipo. El presupuesto se transfiere a los estados a través de una instancia de enlace denominada el Consejo Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. Dado que el paquete contiene tanto intervenciones personales como colectivas existirá una diferenciación en el que los fondos para ambos casos serán canalizados a través de la estructura administrativa.

Financiamiento del seguro popular

A partir de 2004 se empezaron a asignar los fondos a los estados de acuerdo a lo estipulado por la ley. En la Tabla 2 se muestran los fondos asignados para 2004 por entidad federativa y fuente.

lo cual representa alrededor del 20% del presupuesto total de la Secretaría de Salud. Las dos fuentes federales (cuota social y aportación solidaria federal) y la cuota solidaria estatal representan 37%, 35% y 28% respectivamente del

Tabla 2
Fondos asignados al Seguro Popular por Fuente y Estado
México 2004

Entidad Federativa	Cuota Social	Aportación Solidaria Federal	Aportación Solidaria Estatal	Total aportación federal y estatal	Monto por Familia 2004	Aportación de las familias(*)
Aguascalientes	52,054,187	-	38,637,485	90,691,672	1,411	1,178,208
Baja California	68,803,082	62,735,293	50,677,872	182,216,247	3,644	980,480
Baja California Sur	17,282,362	-	12,756,860	30,039,222	2,370	1,436,875
Campeche	43,042,115	-	32,214,314	75,256,429	2,150	149,740
Chiapas	74,297,013	66,795,158	56,849,008	197,941,179	3,299	34,880
Chihuahua	-	-	-	-	-	-
Coahuila	7,732,192	-	5,693,075	13,425,267	1,374	112,260
Colima	81,852,113	-	60,478,742	142,330,855	2,109	2,013,243
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-
Durango	-	-	-	-	-	-
Guanajuato	71,141,663	94,690,608	53,344,362	219,176,633	1,828	353,600
Guerrero	17,472,600	17,864,321	13,283,532	48,620,453	4,051	1,962,080
Hidalgo	46,766,698	29,910,623	35,152,965	111,830,286	2,550	456,800
Jalisco	104,385,352	92,468,809	77,487,372	274,341,533	2,893	1,314,163
México	71,810,931	70,930,529	53,399,785	196,141,245	2,501	228,500
Michoacán	10,757,686	11,240,926	8,077,807	30,076,419	3,007	255,200
Morelos	28,766,373	26,892,637	21,374,652	77,033,662	3,081	47,360
Nayarit	20,772,016	6,710,884	15,473,200	42,956,100	1,074	-
Nuevo León	21,574,670	8,840,456	16,100,500	46,515,626	1,789	-
Oaxaca	57,336,413	44,871,435	43,608,514	145,816,362	2,786	480,510
Puebla	60,446,885	72,873,800	45,482,984	178,803,669	1,583	-
Querétaro	4,044,835	-	3,018,534	7,063,369	724	-
Quintana Roo	13,305,642	2,171,883	9,863,104	25,340,629	3,197	212,715
San Luis Potosí	84,348,693	74,526,024	63,413,677	222,324,394	4,258	69,785
Sinaloa	156,946,966	97,748,761	116,836,994	371,532,721	3,910	6,904,830
Sonora	45,714,589	2,005,668	33,779,468	81,499,725	2,806	1,524,373
Tabasco	262,409,839	265,219,199	197,455,913	725,084,951	3,862	15,356,720
Tamaulipas	177,903,069	79,479,488	132,763,485	390,146,042	2,600	1,266,210
Tlaxcala	13,357,506	8,736,911	10,004,913	32,099,330	1,904	19,200
Veracruz	61,623,880	76,748,480	46,292,963	184,665,323	2,501	254,040
Yucatán	9,174,260	-	6,856,336	16,030,596	1,603	3,520
Zacatecas	33,776,207	31,483,554	25,327,944	90,587,705	4,186	101,785
Totales	1,698,127,833	1,238,234,573	1,285,706,356	4,222,068,762	2,762	36,717,076

Para enero de 2005, 1 dólar americano equivalía a 11.5 pesos mexicanos.

Fuente: Secretaría de Salud. 2004.

(*) La aportación de las familias sólo está reportada para el primer semestre de 2004.

Debe señalarse que para ese año sólo 29 de las 32 entidades habían firmado el convenio con la SSA federal. El total de fondos canalizados para el Seguro Popular de Salud por medio de sus diferentes fuentes fue de 4,258,785,838 de pesos

total. Para fines prácticos, esto implica que el 72% de los fondos del programa provienen del nivel federal. También vale la pena destacar que alrededor de 45% de este total de recursos son frescos.

De las aportaciones federales, debe señalarse que lo consignado en la aportación solidaria federal corresponde a fondos que los estados recibían previamente de la federación para financiar servicios comunitarios y personales. En la columna correspondiente en la Tabla 2 se contabilizan sólo los fondos utilizados para financiar servicios personales, los cuales son atribuibles al financiamiento del paquete de servicios del seguro popular. La cuota social es un concepto presupuestal novedoso a través del cual se transfieren recursos frescos de la federación a los estados para el financiamiento del programa.

Como se observa en la Tabla 2, siete estados - previo a la aprobación de la ley- dependían estrictamente de sus propias finanzas para financiar servicios personales de salud. Con la aprobación del programa de protección social en salud han empezado a recibir la parte correspondiente a la cuota social. Uno de los objetivos de la creación del sistema de protección social en salud es reducir las diferencias de la asignación federal y aumentar las aportaciones de las entidades de acuerdo a lo estipulado a partir de la modificación de la Ley General de Salud. El logro de este objetivo sin embargo, llevará un período de tiempo no estimable por el momento debido a la necesidad de modificar las inercias históricas.

Con relación a la aportación federal se debe señalar que existe una diferencia en cuanto a la cantidad de recursos que cada entidad recibe por familia afiliada, la cual en teoría debería ser la misma. Dada las capacidades diferenciales de las entidades de aportar más recursos para afiliar más familias, la federación ha optado por aportar el volumen total de la cuota social establecida por ley pero asignar diferencialmente por entidad a partir de criterios de equidad. De esta manera entidades como Chiapas, Oaxaca o Guerrero cuyo universo de familias a afiliar es mayor, tienen que realizar un mayor esfuerzo para canalizar recursos por lo que por cada familia obtienen una aportación federal más alta que estados como Nuevo León, Sonora o Tamaulipas.

Un punto importante a clarificar en relación con la aportación solidaria estatal, es que algunas entidades han canalizado históricamente fondos

para la prestación de servicios de salud. El volumen de fondos estatales era definido por cada entidad y experimentó un aumento en esas entidades, particularmente a partir de la descentralización de la estructura de servicios de la SSA. En cambio otras entidades hasta la fecha habían sido altamente dependientes de los fondos federales. A fin de reconocer estas aportaciones, entidades como Aguascalientes, Campeche, Jalisco, Sinaloa y Veracruz ya no han tenido que aportar recursos adicionales a los que ya aportaban, para financiar el seguro popular. Otras entidades aunque ya aportaban, han tenido que incrementar el volumen de recursos para poder cumplir con el mandato legal, en este caso se encuentran entidades como Coahuila, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí, Tamaulipas y Yucatán. Una tercera categoría de entidades son aquellas que no aportaban fondos de sus finanzas previo a la creación del programa y que a partir del 2004 tienen que hacerlo. En esta situación se encuentra sólo dos entidades, Baja California y Baja California Sur.

Hasta la fecha, para los estados, el incentivo de afiliar nuevas familias en el seguro popular y recibir fondos federales frescos ha funcionado de manera adecuada. Los estados se muestran interesados en negociar fondos locales y recibir los apoyos federales. Por su parte la Secretaría de Hacienda federal deberá transferir en los próximos años, montos suficientes para incorporar progresivamente familias hasta completar la meta de 11 millones de familias, lo cual en términos monetarios representa una inversión de alrededor de 60 mil millones de pesos anuales. En cuanto a la aportación de las familias, la entidad donde mayor volumen de recursos se obtuvo fue en Tabasco con 15,356,720 pesos con un promedio de 81.8 pesos por familia registrada en el programa. La entidad con menor recolección de fondos provenientes de familias fue Yucatán con 3,520 pesos y un promedio de 35 centavos de peso por familia. Estas diferencias deben atribuirse al volumen total de afiliados pero también a la cantidad de familias que no pertenecen a los deciles 1 y 2 que son quienes, de acuerdo a la ley, deben aportar al financiamiento del programa. En general las aportaciones familiares representan un porcentaje muy menor de los fondos del programa. Estos fondos permanecen en el estado y

son manejados por la autoridad sanitaria local de acuerdo a la ley con los cuáles pueden adquirir medicamentos y otros insumos.

Los mecanismos de asignación presupuestal actual tanto de recursos federales como estatales tenderán a estabilizarse en los próximos años una vez que las inercias de asignación histórica sean superadas, sin embargo, existen una serie de fenómenos previsibles que tenderán a poner enorme presión sobre la sustentabilidad financiera del programa. Cinco de ellos son los más importantes: a) el aumento en la cobertura, b) el envejecimiento de la población, c) el cambio epidemiológico, d) el aumento en la demanda de los usuarios y e) la ampliación del paquete de servicios.

En el primero de los aspectos en teoría está planificado. Conforme más familias se afilien, la necesidad de mayores recursos, tanto federales como estatales, aumentará año con año hasta que se cubra el total de la población susceptible a ser afiliada. Sin embargo, a la fecha existen estados como Colima, que han alcanzado ya la meta total en contraste con estados que apenas han iniciado la afiliación. En mayor riesgo se encuentran aquellos cuya afiliación se puede estancar si no logran movilizar los recursos locales necesarios para afiliar más familias en los próximos años. La federación deberá seguir asignando la cuota social de manera diferencial a fin de apoyar a las entidades para que cumplan con sus metas.

Como muchas poblaciones en la región de América Latina, la mexicana en los próximos años entrará en un franco proceso de envejecimiento. En el año 2050, 25% de la población mexicana tendrá 65 años o más. El impacto del envejecimiento en los servicios es que representa una fuente de aumento de la demanda de los servicios ya que los viejos tienen a aumentar sus niveles de utilización debido al tipo de problemas de salud que presentan. Asociado íntimamente al envejecimiento está el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas. Este tipo de patologías tiende también a elevar la demanda de servicios ya que su vigilancia debe ser recurrente para ejercer un control adecuado y evitar ser tratado en un nivel de atención más especializado. Sin embargo, un porcentaje de estos casos se

transfiere a niveles superiores de atención y con ello se genera una presión en los costos hospitalarios. En México dos patologías son las más prevalecientes: diabetes mellitus e hipertensión. En este sentido es fundamental aumentar la capacidad resolutive del primer nivel de atención y para ello la SSA está tomando medidas a fin de fortalecer este nivel por medio de inversión en infraestructura y la conformación de redes de prestadores de servicios disponibles en el lugar donde se necesitan.

Para muchas de las familias afiliadas al seguro popular de salud la posibilidad de acceder a los servicios y contar con medicamentos disponibles les genera un incentivo hacia una mayor continuidad de uso de los servicios. A fin de regular la demanda, entre las opciones que pueden ser consideradas está el diseño e implementación de un sistema de co-pagos.

Finalmente, los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos por los que atraviesa el campo de la salud hacen pensar que a futuro el paquete de prestaciones podría modificarse ya que existen problemas de salud emergentes que están ejerciendo presión sobre la demanda de servicios de salud como son las lesiones producidas por accidentes de tránsito o el cáncer de mama. Asimismo, la aparición de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas haría que los cambios en la relación costo/efectividad de las intervenciones permitieran incluirlas en el paquete.

Al tratarse de un programa de aseguramiento público que busca promover la equidad en salud, el seguro popular de salud no discrimina por riesgo a enfermar ni tampoco considera pre-existencias como si lo hacen otros seguros públicos voluntarios en el país lo cual implica un riesgo a asumir en estimaciones sobre la sustentabilidad financiera del programa. Basado en las perspectivas a futuro anteriormente señaladas, la Coordinación Nacional del Sistema de Protección Nacional en Salud está llevando a cabo un ejercicio para modelar estos cambios y valorar el impacto que ellos pudieran tener en los costos del programa. No obstante la realidad inmediata sobre los fondos disponibles y las expectativas futuras no son optimistas.

¿Qué sigue para el futuro?

El nuevo Programa de Protección Social en Salud fue aprobado en el escenario de una reforma fiscal en México a fin de alcanzar el objetivo de otorgar servicios a 11 millones de familias para el año 2010. De acuerdo con estimaciones de la SSA la reforma fiscal podría haber generado recursos para el programa estimados en 1.1 mil millones de dólares. Para el 2004, la expectativa era tener disponibles 380 millones de dólares de fondos federales frescos para financiar el programa. La posibilidad de tener recursos frescos para el 2004 se ligaba íntimamente a la aprobación de la iniciativa de reforma enviada por el poder ejecutivo federal al congreso a fines de 2003. Después de un controvertido debate la reforma fiscal no se aprobó. En enero de 2004 el Secretario de Salud declaró que las metas iniciales de afiliación no serían cumplidas porque el programa sólo estaría recibiendo 230 millones de dólares, es decir 60% de la cantidad inicialmente esperada. A pesar de ello, la SSA inició negociaciones con los poderes ejecutivos y legislativos estatales para estructurar sus presupuestos de 2004 a fin de separar fondos para financiar la parte correspondiente a los estados los cuales como se señaló previamente han sido movilizados dependiendo de las capacidades de cada estado. De hecho, existían fondos para transferir a la mayor parte de los 24 estados que ingresaron al programa a pesar de las dificultades presupuestarias del nivel federal.

De acuerdo a datos oficiales, para 2004 la SSA federal asignó alrededor de 10% de su presupuesto para el programa, es decir una cifra equivalente a 293.6 millones de dólares americanos con lo que alcanzó a cubrir 1,563,572 familias. A esta cifra se debe sumar los recursos que los estados han aportado y que equivalen a 128.5 millones de dólares.

Un informe reciente de la OCDE (2005) señala que la expectativa de la Secretaría de Salud es que el financiamiento para el programa aumente en los próximos años ya que los compromisos tanto de las entidades federales como estatales se

encuentra jurídicamente establecidos. Si la economía del país mantiene constantes sus indicadores recientes, para el 2010, la federación deberá estar invirtiendo en salud casi la misma cantidad para un afiliado al IMSS que para un afiliado al seguro popular. Se estima que el aumento de recursos para el final del período podría ubicarse alrededor de 0.8% del PIB actual con una variación de más o menos 0.1%, de acuerdo a las previsiones del crecimiento económico. Son cuatro aspectos que señala la OCDE de los cuáles dependerá la sustentabilidad financiera del programa: a) a pesar de que los recursos parecen disponibles en el corto plazo, a largo plazo se requiere de una reforma fiscal que permita canalizar más recursos al programa, b) si las metas de afiliación son menores a lo esperado, los recursos que ingresen al programa tenderán a disminuir, c) la posibilidad de la existencia de incongruencias entre los tiempos de afiliación, de asignación de recursos y de prestación de servicios, y d) la necesidad de aumentar la eficiencia del sistema donde los problemas más obvios serán la compra de medicamentos a los precios que hoy compra la seguridad social y la modernización del equipo obsoleto con la que operan muchas unidades de atención en los estados.

El hecho de que la reforma fiscal no se hubiese aprobado, representó un obstáculo importante para las expectativas del programa que deberá ser solventado en los próximos años pero que al mismo tiempo deja una serie de enseñanzas sobre las dificultades políticas de la implementación de un programa que canaliza recursos a poblaciones pobres.

El lanzamiento del programa del seguro popular no ha sido apoyado por todos los actores políticos con interés en el campo de la salud. Existe una gama de cuestionamientos que van desde los de tipo técnico-operativo hasta los de tipo jurídico. Quienes cuestionan los fundamentos técnicos señalan que no existe necesidad de crear un nuevo esquema de aseguramiento cuando el sector

público posee una infraestructura en el país responsable, de acuerdo a la Constitución, de garantizar la prestación de servicios. Esto crearía incentivos perversos particularmente si el programa ensaya con mecanismos de colaboración con el sector privado. Aquellos que cuestionan al programa desde un punto de vista jurídico, señalan que el estado es responsable de prestar servicios a los pobres sin necesidad de cobrar ningún tipo de cuota. El estado presta servicios por lo que la racionalidad del argumento señala que éste debería estar proporcionando más recursos para fortalecer los servicios sin crear una nueva estructura que le cobre a la población por servicios que en teoría debería estar recibiendo de manera gratuita. También desde el punto de vista político, el argumento es que el programa estaría sólo operando como un elemento para identificar a la presente administración sin ningún impacto concreto en la mejoría de la atención. Finalmente los argumentos que critican la implementación señalan que tanto asegurados como no asegurados por el nuevo programa deberían recibir la misma atención ya que ésta se deberá prestar en las mismas unidades de salud no sería posible ni justificable priorizar a una persona asegurada por el programa para recibir atención o medicamentos en detrimento de aquellos que no están asegurados pero que por ley tienen derecho a recibir atención.

Con el tiempo estos argumentos se han ido atemperando ante la realidad que ofrece el seguro popular tanto en su capacidad de movilizar recursos frescos para la atención a la salud de grupos vulnerables como en su capacidad administrativa de identificar las carencias más importantes -como son los medicamentos- y responder ante ellas con mecanismos de gestión eficaces. Asimismo, la modificación a la ley se aprobó exentando a los dos primeros deciles de ingreso de pago de cuota de afiliación. En estos dos deciles se ubica el 94% de la población afiliada. Sólo aquella población con un nivel de ingresos más alto debe pagar la cuota. Esto podría suponer un flanco de debilidad financiera para el programa, pero en primera instancia el mecanismo garantiza la accesibilidad de las poblaciones más vulnerables. La valoración final de estos aspectos deberá hacerse una vez que el programa alcance su madurez financiera e incorpore al total de la población blanco.

Al nivel estatal, los gobernadores y miembros de los congresos locales inicialmente mostraron reticencias a incorporarse al programa. Sin embargo, es claro que en poco tiempo los estados empezaron a mostrar un gran interés en él. El crecimiento de cinco estados piloto iniciales en 2001 a 24 en 2004 y 31 a principios de 2005 hace patente dicho interés. Hasta el mes de marzo de 2005, sólo el Distrito Federal no se había incorporado. Es importante resaltar que los estados encuentran conveniente integrarse al programa por diferentes razones. La principal es la posibilidad de usar el programa como un instrumento para incrementar su presupuesto de salud. Este es el caso de Zacatecas. En el momento de su afiliación al programa, el gobierno del estado estaba convencido de que podía obtener aportaciones de los miles de emigrantes que trabajan en Estados Unidos para comprar una póliza de protección de salud para sus familiares que continúan viviendo en México.

Finalmente también existe un grupo de estados que cree que el nuevo esquema es una solución a futuro para subsanar la falta de recursos, fortalecer la infraestructura y aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades de los grupos más pobres de población que viven en sus territorios ya que por cada persona afiliada al programa recibirán un subsidio federal extra. De hecho, como se ha mencionado, algunos de los estados que inicialmente se integraron al programa empezaron a financiar el arranque del programa de su propio presupuesto.

Para los próximos años se vislumbran diversos obstáculos para la operación del programa en México. Aunque sea prioridad del gobierno, el subsidio a los pobres no es necesariamente la prioridad de todos los grupos sociales. En otros contextos, los esquemas de subsidio a los pobres han encontrado oposición de diversos actores sociales (Towse, et.al., 2004). Para ser exitoso, el programa requiere de un altísimo consenso político. Los méritos técnicos que en el papel tiene el programa no serán completamente reconocidos hasta que sea capaz de ajustarse a las condiciones específicas del nivel operativo a fin de prestar servicios a las poblaciones blanco y reducir la carga financiera impuesta por el pago de bolsillo.

Conclusiones

El Seguro Popular de Salud es el primer programa de aseguramiento público en la historia de México dirigido a poblaciones pobres que no tienen un vínculo con el sector formal de la economía. La implementación de este programa deja en claro la naturaleza política de las estructuras de los sistemas de salud. El Seguro Popular de Salud ha avanzado en un contexto de pluralidad política y de restricción presupuestal de programas de política social.

La estructura descentralizada de la SSA muestra en la actualidad que México ha entrado en una nueva etapa de articulación entre niveles de gobierno, al menos en lo que toca a la atención de la salud de poblaciones sin seguridad social. Cada uno de los 32 estados hoy día es un actor social con intereses particulares con quienes el nivel central de la SSA tiene que negociar a fin de convencerlos de los beneficios del nuevo programa. Los estados son libres de incorporarse o no a los programas que la federación desarrolla pero el Seguro Popular de Salud ha sido acogido con gran interés. Para enero de 2005, 31 de los 32 estados había ya firmado el acuerdo para su incorporación al programa.

El programa ha logrado movilizar y transferir a los estados un volumen importante de recursos federales frescos. La transferencia de recursos para la operación del programa en los estados es permanentemente vigilada para que éstos sean aplicados de acuerdo a lo establecido y se cumpla con los estándares de atención definidos. Algunos estados han logrado imprimir su sello propio al incorporarle innovaciones locales para un mejor ajuste a las características particulares de su población. En este campo es predecible que las innovaciones sigan surgiendo lo cual debería llevar al programa a buscar articulación con otros actores interesados en el ámbito local como es el caso de la sociedad civil y el sector privado, siempre y cuando dicha relación se de en un marco de regulación eficaz y que garantice el cumplimiento de las metas sociales. La aprobación de una enmienda a la Ley General de

Salud para la creación del Programa de Protección Social en Salud ha servido como un ancla jurídica a partir de la cual se ha podido negociar y convencer a los actores políticos, tanto federales como estatales, de la importancia de incrementar el volumen de recursos destinados a proteger la salud de las poblaciones más vulnerables del país lo cual hasta la fecha no se había logrado.

El manejo de los fondos recabados a través de las cuotas familiares debe ser realizado de manera cuidadosa a fin de que sirvan para financiar productos y servicios que mejoren la operación del programa en la entidad. Estos fondos también podrían funcionar como un mecanismo de redistribución y ser invertidos en un fondo de ahorro para financiar emergencias de salud a nivel local, -dentro de los lineamientos del programa- y que no estuvieran consideradas por el fondo de enfermedades catastróficas que maneja el nivel federal. Un aspecto por demás importante que el programa debería plantearse a futuro es su expansión hacia áreas donde continúa existiendo población que no accede a los servicios de manera continua ya que el seguro popular para operar requiere que el área a cubrir cuente con un mínimo de infraestructura. Llegar a poblaciones de difícil acceso donde la infraestructura no existe implica desarrollar modelos de atención innovadores donde todos los recursos disponibles, incluyendo los privados, pudieran participar. Esto se ha intentado ya en algunas entidades en México con resultados satisfactorios (González y cols, 2005). Las cuotas familiares podrían eventualmente ayudar a financiar la prestación de servicios a estas poblaciones.

El paquete de servicios diseñado para el seguro popular supera las limitaciones de programas de extensión de cobertura previamente existentes, basados en criterios minimalistas de atención. Las 91 intervenciones del paquete abarcan las patologías más importantes del perfil epidemiológico del país y su selección obedece a una combinación de criterios de costo-efectividad y de aceptación social. Además las intervenciones

también incluyen el segundo nivel y algunas de las denominadas enfermedades catastróficas y los estados pueden aumentar intervenciones específicas de acuerdo al perfil epidemiológico de sus poblaciones. El programa además busca reducir el riesgo que implica el gasto de bolsillo, el cual actúa en muchas familias como un factor de empobrecimiento. Los próximos años vaticinan riesgos tanto en la operación eficiente del programa como en términos de su sustentabilidad financiera, pero el grado de consenso social alcanzado por el programa debe jugar un papel importante a favor de su avance.

Aunque la población ha mostrado señales claras de atracción respecto al programa y la distribución del presupuesto claramente refleja la priorización a las poblaciones más necesitadas, el ambiente financiero de los próximos años establece un reto mayor a la capacidad del programa para expandir su cobertura y prestar servicios de manera adecuada.

Se necesita mantener y fortalecer la dotación de recursos frescos al programa a fin de aumentar su capacidad para prestar sus servicios, reducir las inequidad en la distribución de recursos financieros y ofrecer, en los hechos, la protección social que millones de mexicanos requieren.

Referencias

- Basáñez M. La lucha por la hegemonía en México. 1968-1990. México: Siglo Veintiuno Editores. 1991.
- Damián A y J Boltvinik. Evolución y características de la pobreza en México. Comercio Exterior. Junio 2003: 519-531. 2003.
- Funsalud. Economía y Salud. Propuesta para el avance del sistema de salud mexicano. México: Funsalud. 1994.
- Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. The Lancet, Vol 362, November 15, 2003.
- Gertler P. Final Report. The Impact of PROGRESA on health. November. International Food Policy Research Institute. Washington, D.C. 2000.
- González LM, Nigenda G, Rosales Y. Public private mix in health in Mexico. Working Paper. Center for Global Development / Funsalud. 2005.
- Knaul F, Arreola H, Borja C, Méndez O, Torres AC. El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En: Knaul F and Nigenda G. El Caleidoscopio de la Salud. México: Funsalud. 2003.
- Lustig N y Székely M. México: Evolución económica, pobreza y desigualdad. Washington: World Bank. 1997.
- Mesa-Lago C. Structural factors which facilitate or stand in the way of the expansion of coverage in comparative study of the development of social security in Latin America. International Social Security Review. 39, No. 2, pp. 138-141. 1991.
- Nigenda G and Solórzano A. Doctors and Corporatist Politics: The Case of the Mexican Medical Profession. Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol 22, No. 1, February 1997.
- Nigenda G, Orozco E and Olaiz G. La importancia de los medicamentos en la operación del seguro popular de salud. En: Knaul F and Nigenda G. El Caleidoscopio de la Salud. México: Funsalud. 2003.
- OCDE. México. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México: OCDE/SSA. 2005.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud de México. 2001.
- Ros J. The Mexican Economy: Persistent Problems and New Policy Issues in the Aftermath of Market Reforms. Latin American Research Review, Vol. 38, No. 3, October 2003.
- SSA. Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud. Número 11, Mayo. 2003.
- Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. British Medical Journal, Volume 238, pages 103-105, 10 January 2004.

Anexo 1
Cronología del Seguro Popular de Salud, 2001-2005

Fecha	Evento
2001	
Enero	La Secretaría de Salud inicia conversaciones sobre el Seguro Popular de Salud (SPS) con el congreso federal y autoridades estatales.
Noviembre	Una encuesta basal estima la disponibilidad a pagar y la aceptación del seguro popular por parte la población.
Noviembre	El estado de Aguascalientes en el centro del país es el primero en producir resultados. El estudio muestra que es posible lograr una cobertura amplia del programa.
2002	
Febrero – Octubre	La etapa piloto del programa inicia en los estados de Jalisco, Tabasco, Aguascalientes, Campeche y Colima
Marzo 15	El primer reglamento de operación del programa es publicado en el Diario Oficial de la Federación
Octubre-Diciembre	Se lleva a cabo la primera evaluación del programa.
Noviembre 12	El poder ejecutivo federal envía al senado la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud.
Diciembre	El número de personas afiliadas al programa alcanza las 295,000
2003	
Abril 24	El senado aprueba la iniciativa de reforma a la ley con el 92% de los votos a favor. El proyecto se envía al Congreso para su evaluación.
Abril 29	El congreso aprueba la iniciativa de ley y añade un artículo transitorio.
Mayo 15	La nueva Ley General de Salud se publica en el Diario Oficial de la Federación. Los cambios incluidos implican la creación del Sistema de Protección Social de Salud.
Junio	El estado número 23 en unirse al programa, Veracruz, inicia su operación.
Julio 4	Las modificaciones a las guías operativas y el Catálogo de Beneficios Médicos aparece en el Diario Oficial de la Federación.
Julio	El gobierno federal ofrece a los campesinos afiliados al programa de Apoyo Directo al Campo afiliarse al Seguro Popular de Salud.
Octubre	El Secretario de Salud comparece ante la Comisión de Salud del Senado para discutir cambios recientes al programa.
Septiembre-Diciembre	Segunda evaluación de la operación del programa.
Diciembre	El Secretario de Salud declara que la meta de afiliación original de 524,000 familias fue sobrepasada para llegar a 623,000 mil.
2004	
Enero	Meta anual: afiliar a más de 2 millones de mexicanos al final de año.
Enero 6	El Secretario de Salud declara la reducción en el presupuesto del programa. De 3,800 millones de pesos solicitados a la Secretaría de Hacienda, se autorizaron 2,300 millones.
Enero 21	El Secretario de Salud y el Gobernador del Estado de Yucatán firman un acuerdo para incluir al estado en el programa. La meta inicial de afiliación es de 10,000 familias.
2005	
Febrero 3	Se discute públicamente la conveniencia de incorporar al programa al Distrito Federal