

La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular

David García-Junco Machado*

Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

Este texto es un resumen de la manera en que evoluciona el sistema de salud en México desde las primeras instituciones hasta la actualidad. Aborda principalmente las problemáticas que llevaron a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular en 2003; se exponen sus objetivos, el funcionamiento, los retos a los que se enfrenta y las estrategias que se han implementado en los últimos 8 años.

También se muestran los principales resultados que se han logrado en materia de salud desde la creación del Seguro Popular: afiliación de grupos vulnerables, cobertura universal, cobertura médica e impacto en los gastos de bolsillo y gastos catastróficos.

El texto concluye con la visión del sistema de salud actualmente; es decir, los objetivos que se tienen establecidos a largo plazo para México.

PALABRAS CLAVE: Sistema de salud mexicano. Sistema de Protección Social en Salud. Seguro Popular.

Abstract

This text is a summary of how the health system evolves in Mexico since the first institutions to date. Primarily addresses the problems that led to the creation of the Social Protection in Health System or Seguro Popular in 2003, as well as its objectives, performance, challenges faced and strategies that have been implemented over the past eight years. Also shown are the main results that have been achieved in health since the creation of Seguro Popular: membership of vulnerable groups, universal coverage, medical coverage and impact on out of pocket expenses and catastrophic expenses.

The text concludes with the current vision of the health system; which means, the objectives set out in the long run to Mexico.

KEY WORDS: Mexican health system. Social Protection in Health System. Seguro Popular.

Antecedentes

En la actualidad existen diversos sistemas de salud en el mundo que pueden clasificarse en dos grandes tipos: seguridad social y protección social. Por un lado, la seguridad social es un sistema que se desarrolla en Europa durante el último tercio del siglo XIX. Este tipo de sistema funciona con relación a la condi-

ción laboral de los ciudadanos, otorgando acceso a servicios de salud a aquellos que tienen un trabajo asalariado, y provee acceso a salud, pensiones, créditos y otros beneficios. Su financiamiento suele provenir de un esquema tripartito entre el gobierno, los patrones y los empleados. Por su parte, los sistemas de protección social se desarrollan durante la primera mitad del siglo XX, principalmente en Reino Unido; la principal diferencia radica en que este esquema se basa en la concepción de la salud como un derecho social. Es decir, el Estado debe garantizar la provisión y protección de los derechos sociales a todos los ciudadanos a través de fondos públicos.

Correspondencia:

*David García-Junco Machado
Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Secretaría de Salud
Gustavo E. Campa, 54
Col. Guadalupe Inn, C.P. 01020, México, D.F.
E-mail: david.garciajunco@salud.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 20-09-2012

Fecha de aceptación: 28-09-2012

Hasta principios de este siglo, México tenía un sistema de seguridad social cuyo establecimiento comenzó a principios del siglo pasado (1905) con la creación del Hospital General de México, y una década después con la conformación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad, ambos incluidos en la elaboración de la Constitución de 1917.

En 1934, se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública que fungían como instancias de colaboración entre la federación y los estados. Para 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública como resultado de la integración de la Dirección de la Beneficencia Pública del Distrito Federal y el Departamento Autónomo de Asistencia Social e Infantil.

Sin embargo, es hasta la década de 1940 que se desarrollaron las principales instituciones de salud, bajo un sistema de seguridad social basado en la alianza entre trabajadores, patrones y gobierno. Así, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y posteriormente, con la reforma constitucional de 1959, se establecieron las bases para la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), iniciando operaciones en 1960. Ambas instituciones comenzaron progresivamente a construir clínicas y hospitales por todo el país.

Debido a la naturaleza del sistema de seguridad social se marginaba en alguna medida a la población no integrada a un trabajo asalariado (autoempleo, sector informal y desempleo). Por esta razón, en 1979 se creó el programa IMSS-Coplamar como resultado de las modificaciones a la Ley del Seguro Social de 1973, ampliando los beneficios a trabajadores del campo que no tenían capacidad contributiva. No obstante, fue hasta 10 años después, en 1983, que se estableció la salud como un derecho constitucional, es decir, se desvinculó de la situación laboral de los individuos.

Posteriormente, en 1987 se emitió un decreto de creación que conjuntó tres instituciones en una sola: la Escuela de Salud Pública de México (ESPM), el Centro de Investigación en Salud Pública (CISP) y el Centro de Investigación Sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI), dando lugar al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Asimismo, en la década de 1990 se crearon una serie de programas con el fin de combatir los principales problemas de salud y pobreza que enfrentaba el país, entre los que destacan el Programa Nacional de Inmunización, la Fundación Mexicana de Salud Pública y el Programa de Educación, Salud y Nutrición.

A pesar de las acciones tomadas con la finalidad de incluir a la población no asegurada durante las últimas dos décadas del siglo XX, a principios del siglo XXI seguían existiendo desequilibrios en el funcionamiento del sistema de salud que afectaban principalmente a la población vulnerable, ya que no había equidad e igualdad en el acceso a la salud, mismos que se pueden clasificar del siguiente modo¹:

- Bajos niveles de inversión en el sistema de salud, que equivalía al 5.6% del producto interno bruto (PIB), comparado con 10% de inversión en salud promedio a nivel mundial².
- Altos niveles de gasto de bolsillo individual en cuestiones de salud, ya que el 53.2%³ de los gastos estaban cubiertos por los individuos.
- Inequidad del gasto público entre población asegurada, no asegurada y entre entidades federativas. Del total del gasto gubernamental en salud, el 73% estaba dirigido a nóminas, mientras que las entidades federativas llegaban a variaciones de 8-1 entre ellas.
- Contribución inequitativa entre entidades federativas.
- Baja inversión en salud y equipo médico.

En presencia de estos problemas, en 2003 se hace operativo el derecho a la salud para todos los mexicanos, dando lugar a un cambio entre un sistema de seguridad social a uno mixto que agrega un sistema de protección social. Así, en este mismo año se reformó la Ley General de Salud (LGS) para establecer el SPSS. Con la creación del Seguro Popular, brazo operativo del sistema, se hizo posible el acceso al derecho a la salud; actualmente este sistema coexiste con el sistema de seguridad social (IMSS, ISSSTE, sistema de seguridad social de Petróleos Mexicanos [PEMEX] y del Ejército).

El Sistema de Protección Social en Salud de México

Al crearse el SPSS se fijaron a través del Programa Nacional de Salud (PRONASA) diversos objetivos con la principal meta de proveer de acceso a la salud a todos los mexicanos, objetivos que se plantean siguiendo cuatro ejes principales: equidad, calidad, protección financiera y cobertura universal.

La equidad refiere a la disminución y desaparición de las desigualdades existentes en el financiamiento a la salud. Por su parte, la calidad busca mejorar el nivel de salud de los ciudadanos a través de los servicios médicos proporcionados. En cuanto a la protección

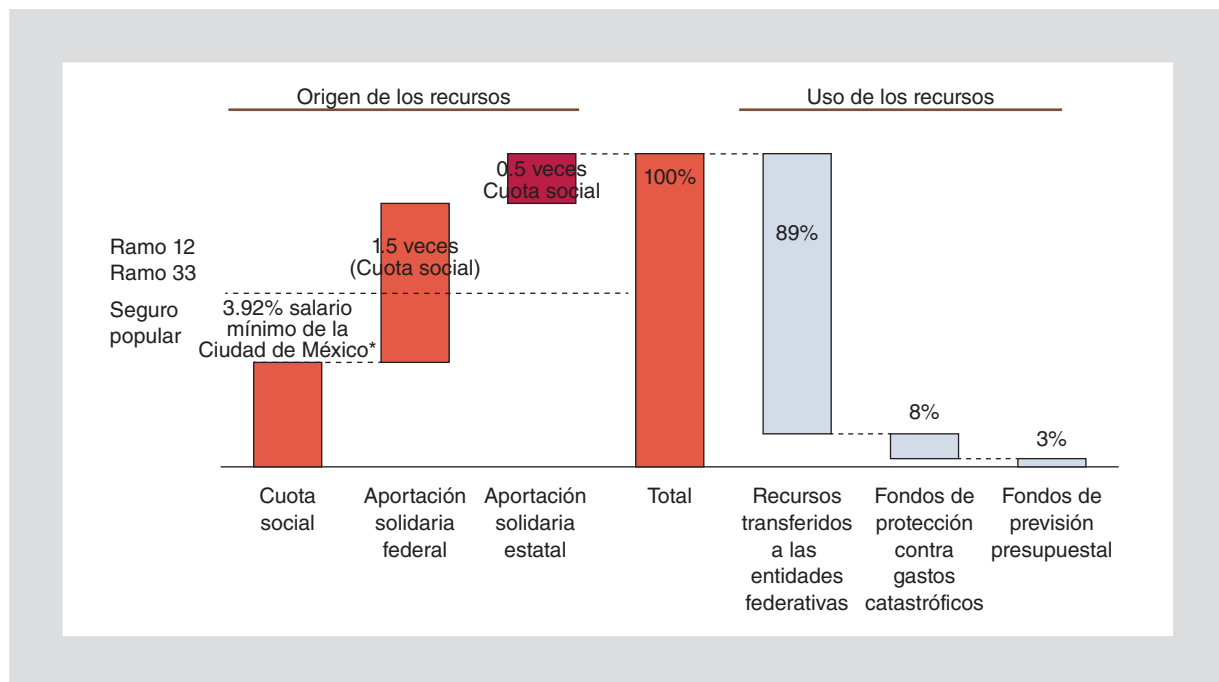


Figura 1. Origen y destino de los recursos del SPSS. 2009. Salario mínimo ajustado por inflación* (adaptado de Informe de Resultados, primer semestre de 2011).

financiera, implica proveer de financiamiento a los servicios de salud para todos los ciudadanos que no cuentan con aseguramiento de otros sistemas y lograr reducir el gasto de bolsillo en salud. El último eje es alcanzar la cobertura universal dando acceso a los servicios de salud a todos los mexicanos.

El SPSS comenzó con programas específicos que buscaban la cobertura de la población más vulnerable del país: recién nacidos, mujeres embarazadas, población indígena y los estratos bajos. Los afiliados al Seguro Popular para 2011⁴ de estos grupos son los siguientes:

- El Seguro Médico para una Nueva Generación cuenta con 5.8 millones de niños; a través de la Estrategia Embarazo Saludable se han afiliado al Seguro Popular 1.75 millones de mujeres embarazadas y más de 14.5 millones de beneficiarios en los 1,250 municipios de zonas prioritarias, que representan el 28.0% respecto a la afiliación total al sistema.
- Actualmente existen 14.5 millones de afiliados al Seguro Popular a través del Programa Desarrollo Humano Oportunidades. Esto equivale a 5.8 millones de familias y representa el 28.15% de la afiliación total al sistema.
- La afiliación en localidades donde más del 40% de la población habla alguna lengua indígena ascendió a 4.6 millones de afiliados.

- De los afiliados, 17.9 millones viven en zonas rurales, lo que equivale al 34.7% del total, en tanto que en las zonas urbanas se contabilizan 33.8 millones de personas, equivalente al 65.3%.

Modelo operativo del Sistema de Protección Social en Salud

El modelo financiero del SPSS se sustenta en un esquema tripartito con aportaciones del gobierno federal y de las entidades federativas por persona afiliada, así como por contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica (Fig. 1).

Aportaciones federales

La aportación anual que el gobierno federal realiza al SPSS está integrada por una cuota social (CS) y una aportación solidaria federal (ASF), ambas establecidas de acuerdo con el número de afiliados. La ASF equivale en promedio a 1.5 veces el monto de la CS, que para 2011 asciende a 1,271.70 pesos. La distribución de esta aportación se realiza de conformidad con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPSS) vigente en 2011, la cual contiene componentes de asignación por persona

afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que la aportación es diferente para cada entidad federativa.

Aportación solidaria estatal

La LGS establece que los gobiernos de los estados y del distrito federal tienen la obligación de efectuar aportaciones solidarias por persona afiliada, la cual debe ser equivalente a la mitad de la cuota social. En 2011, este monto fue de 423.90 pesos/persona, y en conjunto se aportaron 20,599.9 millones de pesos.

Cuota familiar

Es una cuota que aportan los afiliados de manera anual y progresiva conforme al nivel de ingreso familiar; el pago de la cuota puede ser de forma trimestral.

Cabe destacar que actualmente el sistema está financiado principalmente a través del presupuesto de egresos de la federación, es decir, los impuestos generales. Esto debido a que el 99.4% de los afiliados no pagan cuota familiar pues el cálculo del ingreso se basa en el autorreporte de la familia al momento de la afiliación, mismo que coloca a la mayor parte de los afiliados en los deciles más bajos⁵.

Aplicación de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud

La aplicación específica de los recursos se hace a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), que son las entidades que reciben los recursos acorde al número de afiliados que tengan y se encargan de garantizar el financiamiento de servicios de salud a través de los proveedores de servicios (centros de salud, caravanas, hospitales generales y hospitales de especialidades). El total de recursos con que cuenta el SPSS se distribuye de la siguiente manera:

- El 89% de los recursos se destinan a la prestación de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención médica.
- El 8% se destina al pago de los tratamientos de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que representan un riesgo financiero o gasto catastrófico⁶, mediante el fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC).
- El restante 3% se destina al fondo de previsión presupuestal (FPP) que se utiliza para el desarrollo de infraestructura y equipamiento para la

Tabla 1. Intervenciones cubiertas por el CAUSES

Conglomerado	Número de intervenciones en CAUSES
Salud pública	24
Consulta general, familiar y de especialidad	104
Odontología	8
Urgencias	25
Hospitalización	45
Cirugía general	69

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud (adaptado de SPSS. Informe de resultados 2011).

atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social, así como para cubrir necesidades de demandas imprevistas.

En la siguiente sección se explican más detalladamente los servicios de salud y la cobertura con que cuentan los afiliados al Seguro Popular.

Cobertura

El sistema de cobertura de primer y segundo nivel de atención médica se define en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); es clasificado en seis conglomerados (Tabla 1)⁷.

Actualmente incluye 275 intervenciones, de las cuales nueve fueron incluidas en el año 2011⁸, mismas que son reportadas como los principales egresos hospitalarios, cubriendo en su totalidad el diagnóstico, tratamiento y estudios requeridos en el primer nivel de atención médica y la mayor parte de las intervenciones hospitalarias de segundo nivel; además de que incluye los 422 medicamentos asociados a estas. En cuanto a la infraestructura, se cuenta con 9,592 unidades acreditadas que brindan estos servicios médicos.

En cuanto a medicina de alta especialidad que protege de gastos catastróficos, el Seguro Popular, a través del FPGC, cubre un total de 57 intervenciones agrupadas en 16 conglomerados de enfermedades. En los últimos 5 años se han atendido más de 464,000 casos a través de este fondo, y se cuenta con una red de 242 hospitales que proveen los servicios de salud para la atención de dichas enfermedades.

La finalidad del FPGC es disminuir el empobrecimiento de las familias, sobre todo en los hogares de

Tabla 2. Proporción de la población que enfrentaba gastos catastróficos y empobrecedores en 2003

	+ pobre	Por quintil			– pobre	Por condición de aseguramiento		
Quintiles de ingreso/Condición de aseguramiento médico	I	II	III	IV	V	Aseguramiento	No aseguramiento	Total
Hogares que enfrentan gastos catastróficos	4.7	4.2	2.4	2.8	2.9	1.2	5.1	3.4
Hogares que enfrentan gastos empobrecedores	19.1	0.3	0.0	0.0	0.0	1.0	6.0	3.8
Gasto catastrófico y empobrecedor	19.3	4.2	2.4	2.8	2.9	2.2	9.6	6.3
Proporción de hogares asegurados por la seguridad social	10.8	36.5	50.8	58.3	61.7	-	-	-

Adaptado de Secretaría de Salud (SSA). Citado en Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. México, 2005.

menores ingresos, ya que son los que tienen una mayor incidencia de enfermedades catastróficas y empobrecedoras, y al mismo tiempo, tienen menor probabilidad de acceder a un seguro (Tabla 2).

Logros alcanzados

Todas las acciones que se han mencionado han tenido numerosos impactos positivos en el sistema de salud mexicano. El principal logro es en cuanto a la cobertura universal, ya que, para diciembre de 2011, el SPSS contaba con 51.8 millones de afiliados⁹ de una meta establecida de 51.3 millones.

Uno de los objetivos fundamentales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es disminuir el gasto en salud de la población. Al respecto, es importante destacar que el porcentaje de gasto de bolsillo disminuyó de 53.2% en 2002 al 49% en 2010¹⁰, mientras que el porcentaje de hogares con gastos catastróficos pasó de 3.5% en 2002 al 2.7% en 2010¹¹.

Por su parte, con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)¹² se encuentra que entre 2006-2010 hubo una disminución de 341,000 hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, lo cual equivale al 34% del total de hogares.

Así, los principales objetivos planteados al establecimiento del SPSS han sido alcanzados, logrando la protección de la población más vulnerable junto con la protección de los mexicanos que se encontraban sin acceso a servicios de salud. Aunado a esto, se ha logrado un impacto positivo en el gasto de bolsillo de la población y con esto desaparece la vulnerabilidad de las familias con menores ingresos de enfrentar gastos empobrecedores.

Sin embargo, el sistema de salud sigue enfrentando retos que deben ser atendidos y tomados en cuenta

para su continuo mejoramiento y para garantizar la sustentabilidad del sistema.

Principales retos

Numerosas investigaciones, estudios y gobiernos alrededor del mundo han encontrado que los sistemas de salud pública de los países desarrollados y en vías de desarrollo se están enfrentando a nuevos retos, debido principalmente a los cambios demográficos y epidemiológicos en la población. México no es la excepción, por lo que el sistema de salud debe consolidarse considerando el financiamiento y la prevención de los nuevos retos.

Uno de los retos a enfrentar es la transición demográfica y epidemiológica. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que para el año 2050 habrá mayor población de adultos jóvenes y adultos mayores (61.9%) que niños (16.8%), lo cual tiene implicaciones en los sistemas de salud, ya que el perfil epidemiológico se ve afectado, modificando la demanda de enfermedades; por ejemplo, incrementarán los problemas cardiovasculares o diabetes, cuando antes la demanda se podía encontrar en problemas de neumonía o en etapas neonatales.

Vale la pena destacar que los estilos de vida y las costumbres actuales también han tenido efecto. Si antes los países en desarrollo tenían severos problemas de desnutrición, la mejoría económica y la adopción de ciertos estilos de vida han llevado a problemas de sobrepeso (con mala nutrición) y diabetes (Tabla 3).

Este cambio demográfico exigirá que el sistema de salud cuente con el personal calificado para enfrentar los nuevos retos. Como podemos observar, dos de las principales causas de muerte son la diabetes y

Tabla 3. Principales causas de muerte en México

Cinco principales causas de muerte en México	
1965	2008
Diarrea	Cardiovascular, cerebrovascular e hipertensión
Neumonía	Diabetes
Neonatal	Enfermedades hepáticas
Accidentes y violencia	Accidentes y violencia
Paludismo	Cáncer

Adaptado de Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)/DGEI-DG. EPID SSA, 2008.

las enfermedades hepáticas, sin embargo, el número de nefrólogos con que cuenta el país no está preparado para esta situación (Tabla 4).

Es igualmente necesario cumplir a cabalidad la tutela¹³ de derechos de los afiliados y brindar un servicio de alta calidad y oportunidad, acorde a las necesidades de la población; además, debe tener un fuerte enfoque preventivo que cuente con el objetivo principal del fortalecimiento de la corresponsabilidad¹⁴. Por ello, para 2009 se implementó una nueva estrategia: Consulta Segura.

Consulta Segura

En el año 2009 se implementó la estrategia de Consulta Segura con el propósito de identificar el perfil de riesgo de la población, lo que también permite hacer frente a los cambios demográficos con tendencia al envejecimiento poblacional y al incremento de enfermedades cronicodegenerativas con el fin de mitigar los retos del sistema de salud.

Esta estrategia permite mejorar la salud preventiva a través de una detección temprana de los riesgos de los afiliados, robustecerá los sistemas de información médica y administrativa existentes para optimizar la planeación financiera, mediante un *software* y tablero de control y optimizará la orientación de los recursos transferidos a los estados.

Comprende la elaboración de un padrón mediante registro biométrico de los afiliados del Seguro Popular; el tamizaje de riesgos se conforma por cuatro pruebas básicas: control del peso (desnutrición, sobrepeso u obesidad), presión arterial (hipertensión), glucemia en sangre capilar (diabetes) y hemoglobina (anemia).

Tabla 4. Nefrólogos en México

Entidad	N.º nefrólogos
Colima	0
Baja California Sur	2
Nayarit	2
Zacatecas	2
Campeche	3
Tlaxcala	3
Quintana Roo	3
Durango	3
Hidalgo	3
Conurbada D.F. - Edo. de México	273

Adaptado de Consejo Mexicano de Nefrología 2010, y CONAPO 2009.

Con la Consulta Segura se espera reducir el número de muertes por enfermedades no transmisibles, diabetes, cardiopatías y cáncer, así como transitar a una cultura de salud donde prevalezca la prevención.

Adicionalmente, la detección temprana de enfermedades permite evitar las complicaciones que afectan tanto a las finanzas públicas como al bolsillo de los ciudadanos. Por ejemplo, el control de la hipertensión tiene un costo promedio anual de entre 3,000-6,000 pesos, en contraste con la atención de un infarto agudo de miocardio, que tiene un costo mayor a 300,000 pesos.

A diciembre del 2011 se trabaja en 27 de las 32 entidades federativas, con un avance de 9.65 millones de registros de huella y 3.63 consultas seguras realizadas¹⁵. El objetivo es lograr en 3 años que todos los afiliados al Seguro Popular y a Oportunidades cuenten con su registro y su consulta.

Visión del sistema de salud en México

El planteamiento del SPSS se dirige a lograr y consolidar un único sistema que logre posicionar a México como uno de los países que tienen un sistema de protección social que protege a todos los ciudadanos independientemente de su condición laboral.

De manera general la visión del sistema de salud mexicano busca tener prestaciones de atención médica, prestaciones monetarias (vejez, enfermedad, accidentes, invalidez y vida) y vivienda; para ello es

necesario que cuente con componentes específicos que cambiarían el funcionamiento actual del sistema:

- Un fondo único de aseguramiento que permitiría diversificar riesgos en salud a escala nacional, de manera solidaria y eficiente.
- La existencia de una contribución social generalizada para la salud.
- Separar el financiamiento de la atención médica del de otras prestaciones de la seguridad social.
- Institucionalizar un proceso justo y democrático para definir prioridades entre las intervenciones de salud.
- Impulsar la participación público-privada en la inversión en salud.

Bibliografía

1. González FJ, Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaut FM. Comprehensive return improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2009;368:1525-34.
2. Sosa-Rubí SG, Sesma S, Guijarro M. Análisis del gasto en salud en México 2001-2006. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. México, 2009-2012.
3. OECD Health Data 2004.
4. Datos del Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011.
5. La cuota familiar establece que los primeros cuatro deciles están libres de pago, mientras que del quinto al décimo decil pagan progresivamente una cuota anual.
6. Entendiendo el gasto catastrófico como el gasto que hace una familia en servicios de salud que supera el 30% del ingreso familiar, pudiendo llevarlos al empobrecimiento. Así, el FPGC constituye una protección a la población afiliada, evitando gastos de bolsillo a los afiliados.
7. Datos a diciembre de 2011. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011.
8. Para febrero de 2012, el SPSS cubre 284 intervenciones y 522 medicamentos asociados; además, se han atendido 472,000 casos a través del FPGC (información de la CNPSS).
9. Para marzo de 2012, el SPSS cuenta con 52.57 millones de afiliados (datos de la CNPSS).
10. Datos de la OECD de ambos años 2002 y 2010.
11. *Ibidem*.
12. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares. INEGI, 2006, 2010.
13. Entendiendo por tutela la capacidad de los afiliados de exigir y conocer sus derechos y obligaciones.
14. Corresponsabilidad: el cumplimiento de los derechos y obligaciones de la CNPSS y de los afiliados.
15. A marzo de 2012, se tiene un avance de 4.5 millones de consultas y 11 millones de registros biométricos.