

Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura

Analysis of Mexican Popular Health Insurance: an integrative review of literature

Laís Cristine Krasniak¹, Soraia de Camargo Catapan¹, Gabriella de Almeida Raschke Medeiros², Maria Cristina Marino Calvo¹

DOI: 10.1590/0103-110420195522

RESUMO Esse artigo objetiva analisar a reforma do sistema de saúde mexicano, a partir da implantação do Seguro Popular de Saúde, destacando seu funcionamento, aspectos positivos e negativos. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases Lilacs e SciELO Regional no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2018. Foram incluídas publicações que atendiam a três questionamentos: história do sistema de saúde mexicano, seu funcionamento e pontos positivos e negativos do Seguro Popular de Saúde. A literatura aponta que o Seguro Popular surgiu após um processo de reformas neoliberais no sistema de saúde mexicano, consonante com a proposta de Cobertura Universal de Saúde, que visa reduzir o empobrecimento por gastos em saúde na população sem seguridade social. O Seguro Popular oferece menor variedade de diagnósticos e tratamentos do que a seguridade social, menor número de consultas, atendimentos de urgência e medicamentos. Seu maior impacto foi nas populações indígena e rural, mas 20% da população continua descoberta e o atendimento permanece desigual. A análise do Seguro Popular permite inferir possíveis impactos que teriam os planos de saúde acessíveis no cenário brasileiro, acarretando acesso a um elenco menor de procedimentos para a população atualmente coberta pelo Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Sistema de saúde. Política de saúde. Reforma dos serviços de saúde. México.

ABSTRACT *This article aims to analyze the reform of Mexican health system, from the implementation of Popular Health Insurance, highlighting its operation, positive and negative aspects. An integrative review of the literature was conducted using Lilacs and SciELO Regional databases from January 2011 to December 2018. Publications included addressed three main themes: history of Mexican health system, its functioning and positive and negative points of the Popular Health Insurance. The literature points out that Popular Health Insurance emerged after a process of neoliberal reforms in the Mexican health system, consonant with the Universal Health Coverage proposal, which aims to reduce impoverishment by health spending in the population without social security. Popular Health Insurance offers a smaller variety of diagnoses and treatments than social security, less number of consultations, urgent care and medications. Its greatest impact was on indigenous and rural populations, but 20% of the general population remains uncovered and care is unequal still. Popular Health Insurance analysis allows us to infer possible impacts that the affordable health plans would have on the Brazilian scenario, resulting in access to a smaller set of procedures for the population currently covered by the public health system in place (SUS).*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. lkrasniak@gmail.com

²Universidade do Vale do Itajaí (Univali) – Itajaí (SC), Brasil.

KEYWORDS *Health system. Health policy. Health services reform. Mexico.*



Introdução

O México é um país emergente, de grandes dimensões geográficas e com desigualdades sociais latentes. Em relação à saúde, o país passa por uma transição epidemiológica caracterizada pelo predomínio de enfermidades não transmissíveis, redução da mortalidade geral e aumento da esperança de vida¹.

Considerando este cenário, destaca-se a influência de entidades internacionais como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) nas políticas de saúde adotadas pelos últimos governos. Mais recentemente, essas entidades têm defendido a proposta de Cobertura Universal de Saúde (CUS) como forma de enfrentar o novo quadro sanitário mexicano².

A similaridade entre os termos ‘Sistemas Universais de Saúde’ e ‘Cobertura Universal de Saúde’ é inegável e pode contribuir para equívocos conceituais. Por isso, é importante diferenciá-los, demarcando o entendimento de sociedade e de Estado subjacente em cada uma destas propostas.

No primeiro caso, a saúde é concebida como direito de cidadania por meio de acesso universal e equitativo, sendo o Estado responsável pela sua provisão e financiamento. Os ‘Sistemas Universais de Saúde’ têm na Atenção Primária à Saúde seu eixo estruturante, considerada orientadora da rede de cuidados, com a oferta de uma gama abrangente de serviços, orientados pela formação de vínculo, longitudinalidade e integralidade. No caso da CUS, a concepção de saúde atende a uma lógica econômica, em que o papel do Estado se restringe à regulação do sistema, combinando financiamento público e privado. Dessa forma, o acesso aos serviços está diretamente relacionado à capacidade de compra de cada indivíduo ou família. A abordagem é centrada na assistência individual, em que uma cesta de serviços restrita é oferecida de forma fragmentada, sem coordenação do cuidado ou territorialização³.

Em 2012 foi firmada a Declaração do México, durante o Fórum sobre Cobertura

Universal em Saúde, que colocou esse tema como elemento central para o desenvolvimento global⁴. O México é um exemplo da tentativa de adotar a CUS a partir do Seguro Popular de Saúde, um plano de saúde com subsídio governamental destinado à população sem seguridade social.

Para vislumbrar possíveis desdobramentos dos planos de saúde acessíveis no Brasil, optou-se por revisar e analisar a literatura acerca da reforma do sistema de saúde mexicano, a partir da implantação do Seguro Popular de Saúde, destacando seu funcionamento, aspectos positivos e negativos.

Material e métodos

Para este estudo de revisão integrativa da literatura⁵, procedeu-se a busca de publicações científicas nas bases de dados eletrônicas Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO Regional (Scientific Electronic Library Online) durante o mês de fevereiro de 2019, ambas de livre acesso aos textos completos. Os descritores utilizados foram: ‘seguro saúde’, ‘reforma dos serviços de saúde’, ‘direito à saúde’, ‘iniquidade social’, ‘política de saúde’, ‘seguridade social’, ‘sistema de proteção social em saúde’, ‘reforma de saúde’, ‘sistema de saúde’, ‘proteção social em saúde’; associados a palavra ‘México’ e seus equivalentes em inglês e espanhol.

Para integrar esta pesquisa, foram incluídas publicações no formato de artigo completo, de acesso gratuito, nos idiomas português, inglês e espanhol publicados entre janeiro de 2011 a dezembro de 2018. Utilizou-se esse recorte temporal pela estimativa de que até 2010, a CUS estaria implementada a todos os mexicanos pelo Seguro Popular de Saúde⁶. Outro motivo para esse recorte é que no ano de 2012 foi realizada a Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), um levantamento de dados relacionados à saúde e nutrição dos mexicanos, possibilitando a comparação com o levantamento realizado em 2006 e, por

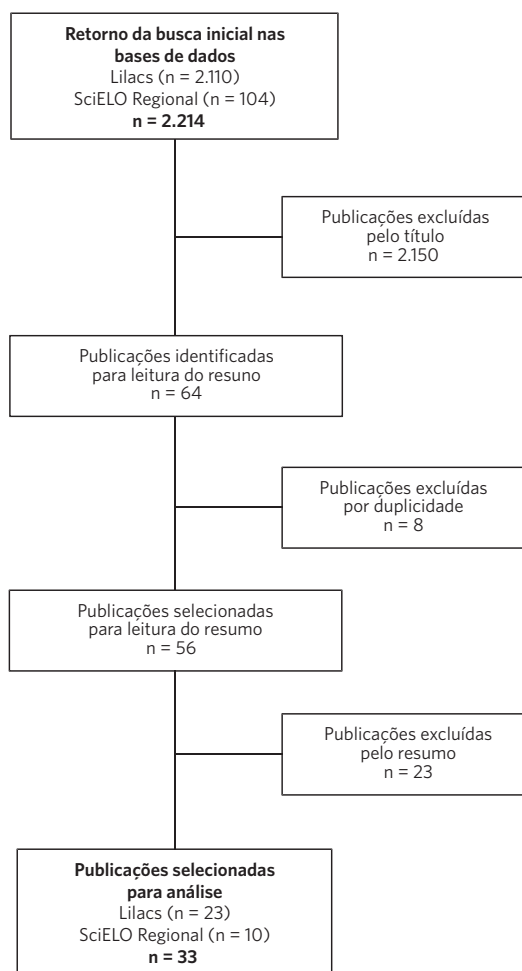
consequência, a análise da implementação do Seguro Popular de Saúde.

As questões norteadoras desta revisão buscaram descrever o sistema de saúde mexicano e as mudanças ocorridas a partir da implementação do Seguro Popular. Os artigos identificados foram analisados quanto às contribuições em ao menos um dos seguintes aspectos: a) o sistema de saúde mexicano antes e durante a implementação do Seguro Popular de Saúde; b) funcionamento do Seguro Popular de Saúde, abrangência e cobertura; c) pontos positivos e negativos da implementação do Seguro Popular de Saúde no México. Foram excluídos da análise os artigos duplicados e

aqueles que não atendiam às questões norteadoras da pesquisa.

Inicialmente foram encontrados 2.214 artigos, sendo 2.110 na base Lilacs e 104 na SciELO Regional. Procedeu-se então com a leitura do título, sendo excluídos 2.150 artigos sem relação com as questões de interesse, resultando 64 para a leitura dos resumos. Deste total, 8 artigos eram duplicados, permanecendo 56. Após esta etapa, 23 artigos foram excluídos por não apresentarem relação com as questões de interesse de acordo com o resumo, resultando em 33 artigos para análise, sendo 23 na base de dados Lilacs e 10 na SciELO Regional, conforme ilustrado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma da revisão integrativa de literatura



Fonte: Elaboração própria.

Resultados

Os estudos analisados foram organizados

segundo ano de publicação, autoria e título, conforme apresentado no *quadro 1*.

Quadro 1. Artigos selecionados para revisão de literatura.

Ano	Autor	Título
2011	Aracena-Genao B, González-Robledo MC, González-Robledo LM, et al.	El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación
2011	Contreras-Landgrave G, Tetelbron-Henrion C.	El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México
2011	Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, et al.	Sistema de salud de México
2011	Ortiz-Domínguez ME, Garrido-Latorr F, Orozco R, et al.	Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud
2011	Laurell AC.	Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta
2011	Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez AS, Galárraga O.	Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008
2011	Sojo S.	Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas
2012	Hebrero-Martínez M, Lerma RV, Trollé CM, et al.	Sociodemographic characteristics of SMNG affiliates
2012	Muñoz-Hernández O, Chertorivski-Woldenberg S, Cortés-Gallo G, et al.	The Medical Insurance for a New Generation: a viable answer for the health needs of Mexican children
2012	Nigenda G, Ruiz-Larios JÁ, Aguillar-Martínez ME, et al.	Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México
2012	Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Flores-Hernández S, et al.	Utilization of healthcare services among children members of Medical Insurance for a New Generation
2013	Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M.	Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012
2013	Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, et al.	Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México
2013	Hernández-Ibarra LE, Mercado-Martínez D.	Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular
2013	Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, et al.	Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación
2013	Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez JP, et al.	Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012
2013	Nigenda-López GH, Juaréz-Ramírez C, Ruiz-Larios J, et al.	Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México
2014	Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, et al.	Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México
2014	Florez CEF, Reveiz L, Idrovo AJ, et al.	Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México
2014	Gutiérrez JP, García-Saisó S, Dolci GF, et al.	Effective access to health care in Mexico
2014	Leyva-Flores R, Serván-Mori E, Infante-Xibille C, et al.	Primary Health Care Utilization by the Mexican Indigenous Population: The Role of the Seguro Popular in Socially Inequitable Contexts
2015	Laurell AC.	Three Decades of Neoliberalism in Mexico: The Destruction of Society

Quadro 1. (cont.)

2015	Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Canning D, et al.	Access to healthcare and financial risk protection for older adults in Mexico: secondary data analysis of a national Survey
2015	Enciso GF, Navarro SM, Martínez MR.	Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México
2015	Mercado-Martínez FJ, Correa-Mauricio ME.	Viviendo con hemodiálises y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias
2015	Servan-Mori E, Heredia-Pi I, Montañez-Hernandez J, et al.	Access to Medicines by Seguro Popular Beneficiaries: Pending Tasks towards Universal Health Coverage
2015	Servan-Mori E, Wirtz V, Avilla-Burgos L, et al.	Antenatal Care Among Poor Women in Mexico in the Context of Universal Health Coverage
2015	Urquieta-Salomon JE, Villarreal HJ.	Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system
2015	Arredondo A, Ororzco E, Aviles R.	Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries
2017	López-Arellano O, Jarillo-Soro E.	La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano
2018	Báscolo E, Houghton N, Riego AD.	Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud
2018	Greene J, Guanais F.	An examination of socioeconomic equity in health experiences in six Latin American and Caribbean countries
2018	Machado CV.	Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da revisão indicam que dos 33 artigos selecionados, 20 foram publicados em língua espanhola, sendo 15 na revista ‘Salud Publica de México’. O maior número de publicações ocorreu no ano de 2015, com destaque para os autores Nigenda, Laurell, Servan-Mori e Gutiérrez com maior número de publicações relacionadas ao tema. Ressalta-se que Nigenda trabalhou com o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde, entidades de grande importância na defesa da CUS.

Os artigos foram agrupados em três categorias de análise para subsidiar os resultados e discussão, sendo elas: 1) implementação do Seguro Popular de Saúde; 2) funcionamento abrangência e cobertura do Seguro Popular de Saúde e; 3) pontos positivos e negativos da implementação do Seguro Popular de Saúde.

Implementação do Seguro Popular de Saúde

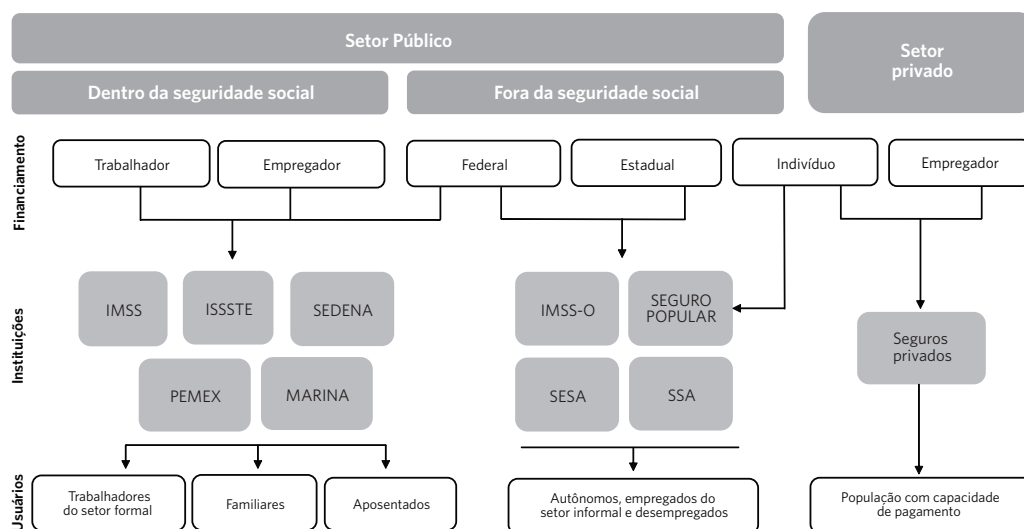
O sistema de saúde mexicano baseia-se na convivência entre serviços públicos e privados, sendo que os públicos são divididos entre a população com trabalho formal e, portanto, com seguridade social, e a população sem seguridade social, que conta com programas assistenciais do governo¹. Historicamente, pode-se afirmar que há baixo investimento nos serviços de saúde para a população mexicana sem cobertura da seguridade social. No ano 2000, essa população representava 60% dos mexicanos, sendo necessário pagamento no momento do atendimento, indicando iniquidade no acesso aos serviços públicos. Ainda assim, em 2002, o governo gastava de duas a

três vezes mais com a seguridade social do que com a população sem esse benefício⁷.

O sistema de saúde se consolidou, portanto, de maneira altamente fragmentada, com

participação de numerosas instituições públicas na prestação dos serviços de saúde⁷, como observado na *figura 2*.

Figura 2. Sistema de saúde mexicano em suas diferentes instituições, formas de financiamento e usuários



Fonte: Adaptado de Dantes, 2011¹.

IMSS=Instituto Mexicano de Seguro Social; ISSSTE=Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado; Sedena=Secretaria da Defesa Nacional; Pemex=Petróleos Mexicanos; Semar=Secretaria da Marinha; IMSS-O=Programa Instituto Mexicano de Seguro Social-Oportunidades; SSA=Secretaria da Saúde; Sesa=Serviços Estatais de Saúde.

A partir da *figura 2* percebe-se que existem diversas instituições que proveem assistência à saúde aos trabalhadores formais, como o Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) e o Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), enquanto a população sem trabalho formal conta com outras instituições, como a Secretaria da Saúde, os Serviços Estatais de Saúde (Sesa) e o Seguro Popular. Essa segmentação do sistema de saúde apresenta-se como uma limitação para alcançar a equidade⁸.

As grandes mudanças no sistema de saúde mexicano iniciaram-se após a crise de 1982, momento em que o governo do Partido Revolucionário Institucional (PRI) aceitou um programa do FMI,

no qual a primeira etapa envolvia redução da inflação e estabilização das finanças públicas e a segunda, consistia em reformas estruturais⁹. A reforma do sistema de saúde seguiu as orientações do BM, estimulando a competição do mercado, reduzindo a intervenção estatal e oferecendo um pacote básico de serviços¹⁰. A Fundação Mexicana de Saúde (Funsalud) e o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) foram criados através do financiamento de empresários nacionais e internacionais para orientarem essas mudanças¹¹. Ressalta-se que esse processo aprofundou a condição de pobreza e iniquidade no México, de forma que mais da metade da população encontrava-se na informalidade trabalhista e desamparada pela seguridade social¹².

No início dos anos 2000, o Partido Ação Nacional (PAN) assumiu o governo, colocando Julio Frenk – que atuava na Funsalud e no INSP – como ministro da saúde. Foi no seu governo que o Seguro Popular de Saúde foi implementado, visando a proteção financeira em saúde da população sem seguridade social¹¹. O Seguro Popular é um seguro voluntário que cobre trabalhadores do setor informal, sem acesso à Seguridade Social e que oferece algumas intervenções em saúde e medicamentos específicos¹³. Estimava-se que em 2010 ou 2011 seria alcançada a CUS no México⁷.

Funcionamento, abrangência e cobertura do Seguro Popular de Saúde

O Seguro Popular de Saúde entrou em operação em 1º de janeiro de 2004, com a finalidade de facilitar o acesso e reduzir a chance de empobrecimento causado pelo pagamento dos serviços de saúde¹⁰. A adesão é feita mediante solicitação, na qual o indivíduo paga uma quota familiar, renovada anualmente, que dá direito de uso ao segurado direto, cônjuge, filhos até 18 anos e pais com mais de 65 anos, dependentes economicamente¹⁴. Os serviços são oferecidos em instituições próprias ou prestadores privados conveniados. Dez anos após sua implementação, o Seguro Popular de Saúde tinha 51,1 milhões de filiados, que correspondiam a 40% da população mexicana¹². Outras formas de ingresso são o Seguro Médico para uma Nova Geração, para crianças nascidas após dezembro de 2006¹⁵, e o Programa Gravidez Saudável, para gestantes sem seguridade social⁷.

O pacote de serviços disponibiliza vacinas, consultas médicas com generalista, diagnóstico e tratamento de determinadas doenças, atenção odontológica, métodos de planejamento familiar, diagnóstico e tratamento de fraturas¹⁴. Oferece ainda 285 intervenções, 522 medicamentos listados no Catálogo Universal de Serviços de Saúde (Causes) e 59 intervenções financiadas pelo Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos

(FPGC), destinado a doenças de alto custo. Considera-se gasto catastrófico o dispêndio superior a 30% da renda familiar para cobrir gastos em saúde. Todos os demais serviços são pagos separadamente¹².

O financiamento do Seguro Popular de Saúde é federal e estadual, com coparticipação familiar. O Seguro Popular recebe uma ‘cota solidária federal’ de 22,5% transferida para as Secretarias Estatais de Saúde, as quais devem manter uma quota fixa e igual para toda família filiada⁷. As famílias mais pobres constituem a maioria das filiadas e são isentas de pagamento¹⁶, as demais devem contribuir com 3 a 4% de sua renda. Em comparação, o trabalhador coberto pelo IMSS paga 0,4% do seu salário^{9,17}. O Seguro Popular de Saúde usa desses recursos para comprar serviços nos Sesa ou, quando necessário, no setor privado¹.

Para garantir o fortalecimento dos serviços de saúde aos filiados, o governo investiu na infraestrutura das unidades, com compra de equipamentos, contratação de funcionários e maior disponibilidade de medicamentos¹⁸. Apesar de o Seguro Popular de Saúde cobrir principalmente atividades dos níveis primário e secundário, o maior investimento federal foi em hospitais de alta complexidade⁷. Houve também um processo de credenciamento das unidades de saúde para atender os indivíduos cobertos pelo Seguro Popular de Saúde, identificadas como Centros Regionais de Atenção Especializada (Crae)¹.

A adesão dos estados ao Seguro Popular foi expressiva, visto que em 2005 já estava implementado em 31 estados. O Distrito Federal, por divergência política, foi o último a implementá-lo¹¹.

Os artigos revisados abordaram as mudanças ocorridas na forma de contratação dos funcionários que atuam pelo Seguro Popular de Saúde. Após extensa negociação com os sindicatos, houve expansão de cinco meses e meio para 12 meses de contrato e garantia de benefícios, como Seguridade Social, pensão, aposentadoria e férias¹⁹.

Pontos positivos e negativos da implementação do Seguro Popular de Saúde

Entre aos anos de 2003 e 2008, houve uma queda de 0,19% do Produto Interno Bruto (PIB) destinado à seguridade social⁷. Ainda assim, em 2011, o gasto por pessoa coberta pela seguridade social era 3,3 vezes maior do que o gasto registrado pelo Seguro Popular de Saúde²⁰.

No que se refere à cobertura, em 2012, o Seguro Popular de Saúde cobria 38% da população, 40,6% era coberta pela seguridade social e 21,4% permanecia sem cobertura dos serviços de saúde^{4,12}.

Outra diferença é observada quando se colocam lado a lado a cobertura de diagnósticos. Enquanto a seguridade social cobre 14.900 diferentes diagnósticos, o Seguro Popular de Saúde cobre apenas 1.556¹². Todavia, a cobertura de intervenções pelo Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos subiu de 4 a 6 em 2004, para 59 em 2013, sendo que a variedade de intervenções oferecidas pelo Seguro Popular de Saúde também cresceu no mesmo período, de 90 para 285¹². No início, o Seguro Popular de Saúde teve impacto nos gastos catastróficos apenas na zona rural, sendo que hoje esse impacto é mais expressivo na zona urbana^{21,22}.

Embora as famílias com Seguro Popular de Saúde ainda tenham mais gastos quando comparados à seguridade social, estes são menores quando comparados às famílias sem cobertura, com efeito protetor em relação aos gastos em atenção ambulatorial^{21,23}.

Os índices de atendimento à saúde da mulher foram considerados intermediários tanto pela seguridade social quanto pelo Seguro Popular de Saúde²⁴. Entretanto, a seguridade social garante atenção contínua e de maior qualidade durante a gravidez²⁵. Quando comparado ao grupo sem cobertura, o Seguro Popular de Saúde mostrou uma chance quatro vezes maior de pré-natal em tempo adequado¹⁵.

O Seguro Médico para uma Nova Geração tem um grande potencial de diminuir as iniquidades na cobertura dos serviços de saúde

ofertados às crianças²⁶. Porém, na prática, verifica-se que cerca de 25% das crianças filiadas não utilizaram os serviços disponíveis por desconhecimento ou porque os pais preferem realizar o atendimento em outros serviços²⁷. Os resultados apontam que a maioria das crianças recebe mais cuidados ambulatoriais, ao passo que cerca de 75% das mães relatam demora na espera para utilizar os serviços disponíveis²⁶. Soma-se a isso, o fato de a cobertura vacinal ser menor do que a das crianças cobertas pela seguridade social²⁰.

Com a implementação do Seguro Popular de Saúde, a população indígena apresentou um aumento na cobertura de 14% para 36% entre 2006 e 2012^{8,28,29}, com incremento nas medidas preventivas, como vacina contra influenza e diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), porém não houve alteração na cobertura de colpocitologia (Papanicolau)²⁹.

Quando comparado à seguridade social, os artigos revelaram que o Seguro Popular oferece menor número de consultas, atendimentos de urgência e internações hospitalares⁷. Destaca-se que as principais causas de internação não são cobertas, como o infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica^{6,30}, sendo que os pacientes que necessitam de hemodiálise podem ter um gasto de até 1.500 pesos mensais com as sessões, valor que corresponde a cerca de 2,5% do salário mínimo nacional³⁰. Do mesmo modo, serviços especializados como incubadoras, bancos de sangue, laboratórios e equipamentos de mamografia tiveram uma redução significativa na disponibilidade por número de filiados entre 2008 e 2010¹². Pacientes cobertos pelo Seguro Popular de Saúde recebem apenas 65% dos medicamentos prescritos³¹. Um dos itens não disponibilizados, por exemplo, é o material para insulino terapia³².

A opinião dos profissionais de saúde a respeito do Seguro Popular é divergente de acordo com o local de trabalho, sendo mais favorável nos hospitais do que entre os profissionais que atuam nos centros de saúde³³. Os filiados, por sua vez, queixam-se de insumos de menor qualidade e da falta de medicamentos³². Na zona urbana,

destacam-se problemas como o tempo de espera prolongado, a falta de medicamentos e de alguns serviços, como assistência odontológica. Na zona rural faltam profissionais capacitados e exames laboratoriais, situações que implicam em gastos não previstos pelas famílias¹⁶.

Apesar de os filiados ao Seguro Popular de Saúde terem maior probabilidade de usar os serviços da Secretaria de Saúde do que a população sem cobertura¹⁸, um estudo em parceria com a Universidade de Harvard evidenciou que não há diferença no uso dos serviços entre a população sem cobertura e os filiados ao Seguro Popular, da mesma forma que não há impacto sobre sua saúde⁷.

Discussão

Dentre as diferentes concepções de saúde, perpassadas por um diálogo político-ideológico, existem duas que estão em disputa: uma que defende sistemas universais de saúde e outra que defende a CUS^{33,34}.

Os sistemas universais de saúde são defendidos por governos e partidos progressistas, pautando-se na defesa da saúde enquanto direito e em sistemas públicos, gratuitos, de acesso universal e equânime a todos, conforme suas necessidades. A CUS é, por sua vez, uma proposta do BM, OMS e Fundação Rockefeller, que defendem políticas de subsídios para que a população mais pobre tenha acesso a planos de saúde com menor variedade de serviços, mediante coparticipação³⁴.

Esse processo é resultado do avanço político neoliberal em países latino-americanos que, desde os anos 1980, passaram por dois processos: o pluralismo estruturado, baseado na separação das funções públicas, e o processo de implementação da CUS. No caso do México, o Seguro Popular é defendido como modelo a ser seguido pelos demais países³⁵. Em consonância com as mudanças propostas, Colômbia, Chile, Peru e Uruguai também realizaram reformas por meio de incentivos econômicos, visando a proteção financeira de sua população³⁶.

Historicamente, o México tem um sistema de saúde fragmentado em diversas instituições públicas, que favorecem a população com trabalho formal, o que representa apenas metade da população mexicana. Na tentativa de aumentar a cobertura de serviços de saúde, criou-se o Seguro Popular em 2004 com o intuito de alcançar a CUS e reduzir os gastos em saúde da população não coberta pela seguridade social.

Observou-se um avanço importante em relação à cobertura da população não contemplada pelas instituições de seguridade social após a criação do Seguro Popular. Em 2000, a população sem cobertura correspondia a 57,6%, passando para 50% em 2006 e para 21% em 2012¹⁰. O aumento da cobertura de saúde do país, todavia, contrapõe-se às barreiras de acesso a esses serviços, que permanecem e, no caso mexicano, chegam a atingir 20% da população, sendo mais acentuada no seguimento mais pobre³⁵.

Paralelo a esse processo, a cobertura da população pelo Seguro Popular chegou a 38% em 2012, enquanto a seguridade social permaneceu com 40,6%^{4,12}. Percebe-se que, apesar da melhora nesses índices, após mais de uma década de funcionamento, uma parcela significativa da população permanece sem cobertura. Por ter priorizado populações mais vulneráveis, como a rural e indígena, nota-se que essas foram as mais beneficiadas pelo Seguro Popular^{9,28,29}.

Aproximadamente 70% da população coberta pelo Seguro Popular utiliza os serviços para controle de DM-2 e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)³⁷. Os usuários relatam que as consultas se resumem à aferição de pressão arterial, verificação do peso e da glicemia capilar, sem controle metabólico ou acompanhamento oftalmológico. Após essas consultas, os usuários eventualmente necessitam pagar pelos medicamentos, dada sua indisponibilidade³⁸. Os filiados ao Seguro Popular com HAS ou DM-2 têm menos chance de ter gastos catastróficos quando internados, do que aqueles sem o Seguro Popular³⁹.

O Seguro Popular cobre 30,9% da população idosa²⁰. Destaca-se, porém, a carência de cobertura para doenças mais dispendiosas, que acometem principalmente essa população. Sabe-se que quanto mais avançada a idade, maior a chance de um episódio de infarto agudo do miocárdio, hemorragia cerebral ou de evolução para um quadro de doença renal crônica, morbidades não incluídas no Seguro Popular, tornando a cobertura dessa população fragilizada e aumentando seus gastos individuais.

De modo geral, mesmo com um aumento na cobertura da população, os filiados ao Seguro Popular contam com menor número de consultas e atendimento de urgência per capita⁷. Observa-se uma menor taxa de hospitalização, mas ela não decorre necessariamente de melhores condições de saúde na população, mas sim do fato de que as principais causas de internação não são cobertas pelo Seguro Popular^{6,30}.

Outro ponto de fragilidade é em relação à prescrição e disponibilidade de medicamentos, uma das principais queixas dos filiados ao Seguro Popular. Apesar de terem mais medicamentos prescritos nas consultas do que a população sem cobertura, o acesso a esses medicamentos é restrito, sendo disponibilizado em média 65% do que foi receitado^{12,31}.

De modo geral, a implementação do Seguro Popular sofreu críticas, que englobaram o fato de milhões de mexicanos permanecerem sem seguro, os gastos por desembolso direto continuarem elevados, além do acesso aos serviços de saúde ser limitado e aumentar a desigualdade de acesso à saúde¹¹. Apesar disso, em um estudo que compara seis países da América Latina e Caribe, os mexicanos foram os mais otimistas com seu sistema de saúde. Aproximadamente 75% disseram que acreditam que, se estivessem doentes, receberiam um tratamento adequado⁴⁰.

Considerações finais

Esse estudo se dispôs a analisar o processo de implementação e funcionamento do Seguro

Popular de Saúde no México, ressaltando seus pontos positivos e negativos. Sua implementação é um marco nas inúmeras mudanças desse sistema de saúde, composto por instituições de seguridade social para mexicanos com trabalho formal e outras para a população sem esta cobertura, para a qual o Seguro Popular surgiu como alternativa para reduzir os gastos em saúde.

Com efeito, o Seguro Popular reduz os gastos em saúde da população filiada quando comparado à população sem cobertura, porém com maiores gastos do que os usuários da seguridade social. O Seguro Popular oferece menor variedade de diagnósticos e tratamentos médicos do que os prestados pela seguridade social, além de contar com menor número de consultas e atendimentos de urgência. Em relação aos medicamentos, tanto a quantidade quanto a variedade disponível são menores.

As populações vulneráveis, como indígenas e de áreas rurais, foram as que mais se beneficiaram com o Seguro Popular, principalmente pela implementação de medidas de caráter preventivo. Entretanto, além de não atingir a cobertura universal em mais de uma década de funcionamento, o Seguro Popular criou uma nova forma de fragmentação, fortalecendo o caráter desigual da assistência à saúde. Sua cobertura é controversa, visto que seus filiados devem arcar com os custos de serviços e medicamentos não incluídos em seu rol.

Para uma análise mais aprofundada das mudanças no sistema de saúde mexicano e seus possíveis avanços nos últimos anos, são necessários dados atualizados de seu funcionamento, visto que os disponíveis nesta revisão se referem à Ensanut de 2012. Outra lacuna encontrada é a ausência de estatísticas vitais que possibilitem a comparação dos diferentes tipos de cobertura.

A análise do Seguro Popular de Saúde oferece bons indícios dos possíveis impactos que teriam os planos de saúde acessíveis no cenário de saúde brasileiro, assim como de outros países com propostas similares. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade são fortemente contrariados quando

se propõe a distinção da população e sua fragmentação em diferentes serviços, oferecidos de maneira restrita e com coparticipação no pagamento. Planos populares ou acessíveis caminham na contramão dos fundamentos e do fortalecimento do sistema único de saúde, e de suas principais estratégias de cuidado e vigilância como a adoção da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado.

Colaboradores

Krasniak LC (0000-0002-8203-8840)*, Catapan SC (0000-0001-6223-1697)* e Medeiros GAR (0000-0002-7406-3210)* contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados. Calvo MCM (0000-0001-8661-7228)* revisou criticamente o manuscrito. ■

Referências

1. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, et al. Sistema de salud de México. *Salud pública Méx.* 2011; 53(2):220-32.
2. Barros FPC, Delduque MC, Oliveira Santos A. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Plano Estratégico de Cooperação em Saúde na CPLP*; Lisboa. Portugal; 2016; 15:51-55.
3. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23:1763-76.
4. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud pública Méx.* 2013;55(2):83-90.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
6. Contreras-Landgrave G, Tetelboin-Henrion C. El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2011; 10(21):10-32.
7. Laurell AC. Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;16:2795-806.
8. Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, et al. Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México. *Rev panam salud pública.* 2014; 35(1):1-7.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Laurell AC. Three decades of neoliberalism in Mexico: the destruction of society. *Int j health serv*. 2015; 45(2):246-64.
10. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Dolci GF, et al. Effective access to health care in Mexico. *BMC health serv res*. 2014; 14(1):186-95.
11. Machado CV. Políticas de saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(7):2197-212.
12. López-Arellano O, Jarillo-Soto EC. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33:e00087416.
13. Aracena-Genao B, González-Robledo MC, González-Robledo LM, et al. El fondo de protección contra gastos catastróficos: tendencia, evolución y operación. *Salud pública Méx*. 2011; 53(4):407-15.
14. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(6):2673-85.
15. Servan-Mori E, Heredia-Pi I, Montañez-Hernandez J, et al. Access to medicines by Seguro Popular beneficiaries: pending tasks towards universal health coverage. *PLOS ONE*. 2015; 10(9):e0136823.
16. Nigenda GHL, Juárez-Ramírez C, Ruiz-Larios JA, et al. Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. *Rev saúde pública*. 2013; 47(1):44-51.
17. Arredondo A, Orozco E, Aviles R. Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24:162-75.
18. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, et al. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *Salud pública Méx*. 2014; 56(1):18-31.
19. Nigenda G, Ruiz-Larios JA, Aguilar-Martínez ME, et al. Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud pública Méx*. 2012; 54(6):616-23.
20. Urquieta-Salomón JE, Villarreal HJ. Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system. *Health policy plan*. 2015; 31(1):28-36.
21. Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A, Galárraga O. Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008. *Salud pública Méx*. 2011; 53(4):425-35.
22. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Flores-Hernández S, et al. Utilization of healthcare services among children members of Medical Insurance for a New Generation. *Salud pública Méx*. 2012; 54(1):28-41.
23. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Canning D, et al. Access to healthcare and financial risk protection for older adults in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open*. 2015; 5(7):e007877.
24. Enciso GF, Navarro SM, Martínez MR. Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(1):71-81.
25. Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, et al. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud pública Méx*. 2013; 55(2):282-8.
26. Muñoz-Hernández O, Chertorivski-Woldenberg S, Cortés-Gallo G, et al. The Medical Insurance for a New Generation: a viable answer for the health needs of Mexican children. *Salud pública Méx*. 2012; 54(1):3-10.
27. Hebrero-Martínez M, Velázquez Lerma R, Trollé CM, et al. Sociodemographic characteristics of SMNG affiliates. *Salud pública Méx*. 2012; 54(1):98-103.
28. Leyva-Flores R, Servan-Mori E, Infante-Xibille C, et al. Primary health care utilization by the Mexi-

- can indigenous population: the role of the Seguro Popular in socially inequitable contexts. PLOS ONE. 2014;9(8):e102781.
29. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez JP, et al. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. Salud pública Méx. 2013; 55(2):123-8.
 30. Mercado-Martínez FJ, Correa-Mauricio ME. Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. Salud pública Méx. 2015; 57(2):155-60.
 31. Servan-Mori E, Heredia-Pi I, Montañez-Hernandez J, et al. Access to medicines by Seguro Popular Beneficiaries: Pending Tasks towards Universal Health Coverage. PLoS One. 2015; 10(9):1-13.
 32. Hernández-Ibarra LE, Mercado-Martínez FJ. Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular. Salud pública Méx. 2013; 55(2):179-84.
 33. Contreras-Landgrave G, Tetelboin-Henrion C, López-Gutiérrez LR. La opinión de los participantes sobre la reforma de la política de salud: un estudio en los servicios locales. Rev gerenc políticas salud. 2013; 12(24):143-62.
 34. Bahia L, Scheffer M, Dal Poz M, et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(12):e00184516.
 35. Laurell AEC. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. Rev latinoam enferm. 2016; 24:2668-76.
 36. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Rev panam salud pública. 2018; 42:e126.
 37. Ortiz-Domínguez M, Garrido-Latorre F, Orozco R, et al. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. Salud Publica Mex. 2011; 53(4):436-44.
 38. Montero Mendoza E. Control de diabetes mellitus e hipertensión arterial en personas afiliadas al Seguro Popular: el caso de habitantes de las localidades rurales en Tabasco, México. Poblac salud mesoam. 2014; 12(1):86-101.
 39. Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, et al. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. Salud pública méx. 2013; 55(2):S91-S9.
 40. Greene J, Guanais F. An examination of socioeconomic equity in health experiences in six Latin American and Caribbean countries. Rev panam salud pública. 2018; 42:127-38.

Recebido em 29/04/2019

Aprovado em 23/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve