

Seguro Popular de Salud

Siete perspectivas

El 1 de enero de 2004 entró en operación en México el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo, el Seguro Popular de Salud, habrá de cubrir, en un lapso de siete años, a los 48 millones de mexicanos hoy no asegurados. Salud Pública de México decidió entrevistar a diversos funcionarios del sector salud y de agencias multilaterales, para recoger distintos puntos de vista sobre el presente y el futuro del Seguro Popular. En el curso de éste y los dos próximos números de la revista se publicarán estas entrevistas, que hoy dan comienzo con las realizadas al Secretario de Salud de México, Julio Frenk Mora, y al Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, Juan Antonio Fernández Ortiz.

Después de una larga discusión, en abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó, con 92% de los votos del Senado y 73% de los votos de la Cámara de Diputados, una reforma a la Ley General de Salud que establece el sistema de protección social en la materia, cuyo brazo ejecutivo es el Seguro Popular de Salud (SPS). Este seguro cubrirá progresivamente a todos aquellos ciudadanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional (trabajadores por cuenta propia, desempleados, trabajadores del sector informal de la economía y personas que están fuera del mercado laboral).^{*} Junto con sus familias, estos grupos representan aproximadamente la mitad de la población. El

SPS garantiza el acceso a cerca de 100 intervenciones que cubren más de 90% de las causas de atención ambulatoria y cerca de 70% de las causas de atención hospitalaria de las instituciones públicas.*

En los documentos que dieron sustento a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la Secretaría de Salud de México señala que la segmentación del sistema mexicano de salud y las transiciones epidemiológica y demográfica, dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros: i) de nivel; ii) de origen; iii) de distribución; iv) de esfuerzo estatal, y v) de destino de los recursos.^{1,2}

En México la inversión en salud es insuficiente para atender los retos que plantean las transiciones

demográfica y epidemiológica. El país destina 5.8% del producto interno bruto (PIB) a la salud, en contraste con países como Chile, Colombia y Uruguay que, con un nivel de desarrollo similar al de México, dedican 7.2, 9.6 y 10.9% del PIB a la salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.9%.

El desequilibrio en el origen de los fondos está relacionado con el peso relativo del gasto público en el gasto total en salud. Con excepción de Estados Unidos de América, todos los países desarrollados financian su salud con recursos predominantemente públicos. En México, en contraste, más de la mitad de los recursos para la salud son privados y, además, provienen del bolsillo de las familias. En Colombia y Costa Rica, el gasto de bolsillo asciende a 29 y 27% del gasto total en salud, respectivamente. Este tipo de gasto es ineficiente e inequitativo porque impide la agregación de riesgos, y rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de justicia financiera en salud que señala que los individuos deben aportar de

* A partir de enero de 2004 comenzó a integrarse a este esquema de protección social en salud 14.3% de la población no asegurada. En los próximos años se espera integrar anualmente el mismo porcentaje, de tal forma que en 2010 todos los mexicanos tendrán la oportunidad de contar con un seguro de salud.

* Este paquete incluye intervenciones quirúrgicas (para 29 condiciones), hospitalización (9), servicios de urgencias (6), servicios de traumatología (6), servicios de rehabilitación (2), atención pre y neonatal (5), atención ambulatoria (25), atención dental (3) y servicios preventivos (9).

acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo invierte esta regla ya que obliga a los individuos a aportar según sus necesidades (el más enfermo paga más) y a recibir servicios según su nivel de ingreso. El gasto de bolsillo, además, expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre implícita en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes. Se calcula que anualmente de dos a tres millones de familias mexicanas incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud.*

La segmentación del sistema mexicano de salud también ha favorecido la concentración de los recursos para la salud en las instituciones de seguridad social. En el rubro de atención médica, el gobierno federal asigna 1.5 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente que a la población no asegurada. A esto se suma una condición todavía más grave: la inequitativa distribución de los recursos federales entre entidades federativas.

El indiscutible avance que representó la progresiva descentralización de los servicios de salud a lo largo de las últimas dos décadas no se acompañó, sin embargo, de reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno. Esta indefinición se refleja en las abismales diferencias que se registran entre los estados en materia de contribución estatal a la salud. Hay gobiernos estatales que asignan a la salud hasta 119 veces más recursos per cápita que las entidades federativas que menos contribuyen con recursos propios a este sector.

* Los gastos catastróficos se definen como aquellos gastos en salud superiores a 30% de la capacidad de pago, que a su vez se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto en alimentación.

Cuadro I
NUEVA ARQUITECTURA FINANCIERA
DEL SECTOR SALUD MEXICANO

| Seguros públicos | Aportadores | | |
|--|-------------|------------------|--|
| | Obrero | Patrón | Estado nacional (cuota social) |
| Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS | | | |
| Seguro Médico del ISSSTE | Empleado | Gobierno federal | Estado nacional (cuota social) |
| Seguro Popular de Salud | Familia | Gobierno estatal | Gobierno federal Estado nacional (cuota social) |

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El último de los desequilibrios se refiere al destino de los recursos. El sector salud dedica cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión, hecho que ha influido negativamente en la ampliación de la infraestructura y en el equipamiento de las unidades.

Para enfrentar estos desequilibrios se propuso y se aprobó la creación del SPSS. Lo que se busca es construir una nueva estructura financiera para el sistema mexicano de salud basada en tres seguros públicos de salud:

1. el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que protege a los asalariados del sector privado de la economía formal y a sus familiares;
2. el Seguro Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que protege a los asalariados del sector público de la economía formal, y
3. el SPS, que protege a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y a los trabajadores no asalariados.

Como puede observarse en el cuadro I, la propuesta es que los tres seguros cuenten con una estructura financiera tripartita similar a la del

IMSS. En el caso del ISSSTE, el cambio principal consiste en distinguir entre las obligaciones del gobierno federal como empleador y lo que debe ser una aportación uniforme del Estado nacional al aseguramiento de cada ciudadano (cuota social). El SPS también se financia de manera parecida: primero, una aportación del Estado nacional idéntica a la del IMSS y el ISSSTE; segundo, una aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, es cubierta por los gobiernos estatales y federal; tercero, una aportación familiar análoga a la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.

Es importante resaltar el papel que juega la aportación del Estado nacional, establecida inicialmente en la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997. Por cada persona afiliada al IMSS, el Estado aporta el valor actualizado de 13.9% de un salario mínimo general anual del Distrito que se ajusta periódicamente según la inflación. En el momento actual esta cuota equivale aproximadamente a 2 400 pesos por cotizante por año. Esta aportación había estado limitada a los trabajadores del sector privado formal de la economía, lo que había producido que los asegurados del IMSS recibieran casi dos veces más recursos públicos que la población no asegurada, hecho in-

compatible con un sistema en donde todos los ciudadanos gozan de los mismos derechos. Con la reforma a la Ley General de Salud, esta cuota social beneficia también a los afiliados al SPS.

La aportación solidaria se conforma con una aportación estatal mínima (0.5 veces la cuota social) y una aportación federal (1.5 veces la cuota social) procedente del actual Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33), que ya financia la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas.

Para fines de financiamiento, los servicios ofrecidos por el SPS se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los servicios esenciales son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES); se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, y se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP). Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad y se financian a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).*

El FPGC se constituye con 8% de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, así como otras fuentes de recursos (intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales).

Además del FPGC, el SPSS cuenta con otros dos fondos: el primero de ellos, equivalente a 2% de la suma

de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal, está destinado a la promoción de infraestructura en las comunidades pobres; el segundo, igual a 1% de esa misma suma, cubre las fluctuaciones en la demanda y los pagos temporalmente retrasados dentro de los estados.

Lo que resta de la cuota social y de las contribuciones solidarias federal y estatal (más de 90% de los recursos públicos del SPS) se asignan a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales. A estos recursos se suman las contribuciones familiares, que, al igual que la contribución solidaria estatal, se recaban en el ámbito estatal.

Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores, ya que la asignación de recursos está determinada en gran medida por el número de familias afiliadas al SPS y por lo tanto está orientado por la demanda. La afiliación al SPS es voluntaria, aunque los estados tienen el incentivo de afiliarse a toda la población en la medida en que su presupuesto estará crecientemente basado en una cuota anual por familia.

La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que ayuda a democratizar el presupuesto. También constituye un incentivo para fortalecer el sistema de atención a la salud y proveer servicios de la mejor calidad posible, ya que sólo se reafiliarán las familias satisfechas con los servicios recibidos. De hecho, para que una unidad pueda ofrecer servicios al SPS, debe acreditarse.

Una innovación adicional del SPSS es que explícitamente separa el financiamiento de los servicios de salud a la persona, de los servicios a la comunidad o servicios de salud pública. Al crear un fondo separado para estos últimos (Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad), la reforma asegura un

adecuado financiamiento de los bienes públicos de la salud (servicios ambientales, vigilancia epidemiológica, información y rectoría) y de las campañas comunitarias de prevención. Esta es una innovación importante, ya que varias reformas en otros países han descuidado las actividades de salud pública.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, la reforma de 2003 permitirá eliminar los desequilibrios que obligaron a su implantación. En primer lugar se espera incrementar la inversión en salud por lo menos al promedio latinoamericano. También se espera modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud, de manera que en el mediano plazo el gasto público constituya la principal fuente de recursos. La cuota social, por su parte, busca generar una mayor equidad financiera entre instituciones, mientras que la asignación presupuestal sobre la base de las familias afiliadas pretende producir una mayor equidad geográfica, y una mayor transparencia en la asignación y el uso de los recursos. Las reglas explícitas para la concurrencia de recursos federales y estatales generará, a juicio de las autoridades del sector salud, una mayor equidad en el compromiso de los gobiernos estatales con el financiamiento de la atención a la salud de las familias afiliadas al SPS. Finalmente, la asignación de recursos por familia y la vinculación del gasto de inversión con un Plan Maestro de Infraestructura en el ámbito nacional producirá no sólo una mayor inversión, sino también una mejor toma de decisiones en términos de ubicación y tipo de inversión que se requiere para hacer frente a las necesidades de salud de la población.

Para operar el SPSS en el ámbito federal se creó, como órgano desconcentrado, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que tiene como tareas: instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del

* El FPGC cubre un paquete de servicios definidos por medio de un análisis de costo-efectividad que será puesto al día cada año con base en los cambios del perfil epidemiológico, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.

SPSS; promover la formalización de los acuerdos de coordinación en materia de protección social en salud con los gobiernos estatales; evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, y cumplir con la rendición de cuentas a los ciudadanos. La Ley General de Salud establece asimismo la creación del Consejo Nacional del Sistema de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo, presidido por el Secretario de Salud.

En él están representadas distintas autoridades del Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE y Consejo de Salubridad General), otras dependencias públicas (Secretaría de Desarrollo Social y Secretaría de Hacienda y Crédito Público), las entidades federativas y los trabajadores de la salud. Dicho Consejo está facultado para opinar sobre el financiamiento del SPSS, proponer medidas para su mejor funcionamiento y acordar la creación de grupos de trabajo para el

análisis de temas que el propio Consejo considere necesarios.

Octavio Gómez Dantés,
Mauricio Ortiz

Referencias

1. Secretaría de Salud. La salud en la reforma del Estado: hacia un Sistema Universal de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2002.
2. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Hacia un Sistema Universal de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.



Entrevista de Salud Pública de México
con el doctor Julio Frenk Mora,
Secretario de Salud de México

El Seguro Popular de Salud es un instrumento de justicia social

Salud Pública de México (SPM): En el mes de abril de 2003 se aprueba una reforma a la Ley General de Salud que da origen al Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud. ¿Cuándo nació la idea de este seguro?

Dr. Julio Frenk Mora (JF): La idea del Seguro Popular tiene raíces muy profundas en el tiempo. Me atrevería a decir que parte de reflexiones que

empezamos a hacer varios compañeros desde la Facultad de Medicina en la UNAM, en 1976, sobre lo que debería ser el sistema de salud en México. A lo largo de estos años, aunque han cambiado mucho los contenidos de las propuestas concretas, y han ido madurando a la luz de nuevas reflexiones y nuevas experiencias de reforma en otros países, hay algunos temas que han permanecido. Yo diría que el más profundo es la crítica al carácter segmentado del sistema mexicano de salud que nació en 1943, un sistema con un esquema de seguridad social atado al empleo formal y un esquema asistencial para el resto de la población. Este diseño reflejó las realidades de esa época y, sobre todo, reflejó un optimismo sobre la evolución económica del país: que eventualmente íbamos a ser un país donde todo mundo tendría empleo estable, asalariado y, por lo tanto, todo mundo acabaría siendo derechohabiente. Esa no fue la evolución de la economía mexicana, y después de 60 años de seguridad social tenemos una cobertura muy parcial. La mitad de la población no goza de los beneficios del empleo formal y enfrenta barreras financieras para acceder a servicios de salud o eroga grandes cantidades que pueden empobrecer-

la. Estamos hablando no sólo de las personas que se dedican a actividades informales, sino de todos aquellos que no son asalariados, como la gran mayoría de los productores del campo –ejidatarios, comuneros, pequeños propietarios–, los trabajadores por cuenta propia del campo y la ciudad –plomeros, electricistas, etc.–, los pequeños comerciantes, los profesionistas en el ejercicio libre de su profesión, todos los que cobran por honorarios o comisión, las personas que están fuera del mercado de trabajo –amas de casa, estudiantes, personas con alguna discapacidad permanente– y los que, estando en el mercado de trabajo, no consiguen empleo: en total, la mitad de la población.

Hay entonces una línea, la idea de una segmentación, de un sistema que no es universal, que como producto de esa segmentación impone cargas y beneficios muy diferentes a la sociedad. Esa idea sí creo que tiene su raíz en los seminarios que hacíamos en la Facultad de Medicina en 1976. Aunque después la forma concreta que adoptó esa visión del sistema cambió mucho, la idea de que debíamos movernos hacia un sistema universal, parejo para todo mundo, no segmentado, esa idea creo que se