



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Sede México

Maestría en Políticas Públicas Comparadas

**El Seguro Médico para una Nueva Generación, un esquema
especial de cobertura universal acelerada del Sistema de
Protección Social en Salud.**

Alejandra Prieto de la Rosa

Director: José del Tronco
Tesis para optar al grado de Maestra en Políticas Públicas Comparadas
Tercera Promoción, 2008-2009

Diciembre, 2009

Índice

Capítulo 1. Introducción	3
La protección financiera en salud como problema público	3
Justificación desde el enfoque de política pública	10
Objetivos de la tesis	12
Estrategia metodológica.....	12
Tipo de análisis	14
Fuentes de información.....	14
Estructura de la tesis	15
Capítulo 2. Equidad y justicia financiera en salud.....	16
El estado del arte sobre los sistemas de protección social en salud en América Latina	16
Equidad en salud.....	18
Reformas en salud y equidad: implicaciones para la política pública.....	19
Equidad, justicia financiera y gasto de bolsillo.....	23
Capítulo 3. Reforma en salud y justicia financiera en México	27
Antecedentes de la reforma.....	27
Mortalidad en menores de cinco años.....	29
Introducción de la reforma y SPSS	32
Resultados	36
Trayectoria del gasto de bolsillo en México	37
Gasto catastrófico.....	38
Evolución en la población afiliada al SPSS	40
Seguro Médico para una Nueva Generación.....	43
Resultados del Seguro Médico para una Nueva Generación	44
Gasto en salud de las familias con menores de 5 años.....	49
Gastos catastróficos en familias afiliadas al SMNG.....	52
Contribución del SMNG a la justicia financiera en salud.....	53
Capítulo 4. Conclusiones y recomendaciones de política.....	55
Recomendaciones de política.....	57
Agenda futura de investigación.....	59
Referencias Bibliográficas	61
Acrónimos utilizados	66

Capítulo 1. Introducción

A child is born into this world and needs protection / Got guide and protect us

High tide, low tide. Bob Marley

La protección financiera en salud como problema público

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la salud en el mundo del año 2000 señala que a lo largo del siglo XX se crearon diversos y complejos sistemas de salud y sin embargo, todavía no se cuenta con mecanismos efectivos, equitativos y sustentables para financiar estos sistemas que enfrentan la aparición de brechas cada vez mayores en el acceso a la atención entre y al interior de los países. El presente trabajo destaca “la justicia en el financiamiento” como una de las metas intrínsecas de los sistemas públicos de salud.

Algunas naciones desarrolladas han enfrentado este reto mediante la creación de seguros sociales universales, pero incluso los países más ricos han tenido dificultades para construir una base financiera sustentable. Son muy pocos los países en desarrollo que han podido responder de manera eficaz al reto de ofrecer servicios modernos de salud a todos sus ciudadanos (OMS, 2000).

En la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de la OMS, México ocupó el lugar 51 entre 191 naciones, mientras que Argentina tenía el lugar 49, Colombia el 41 y Chile el 33; sin embargo, en el rubro de justicia financiera México se ubicó en el lugar 144 (por encima de Chile, que estaba en el 168) pero más debajo de Argentina (89) y de Colombia que ostentaba el primer lugar en todo el mundo (OMS, 2000: 214-220). La evidencia presentada por el informe de la OMS sobre las desigualdades en el financiamiento a la salud en México y sobre su mal posicionamiento en cuanto a justicia financiera -debido a la falta de protección financiera de la mitad de la población del país y el enorme peso que tenía el gasto catastrófico y empobrecedor en salud- impulsó en 2003 la reforma estructural del sistema de salud para responder –entre otros- al reto de garantizar un financiamiento justo para todos los usuarios del sistema.

Para el año 2000 México destinaba el 5.6 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) al gasto en salud; de este porcentaje, el 3.1% era gasto privado y el 2.5 % lo constituía el gasto público. El promedio de gasto para América Latina era de 6.5% y comparado con otros países de desarrollo económico similar al nuestro, el gasto en salud de México era superior al de Venezuela, pero inferior al de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay (Secretaría de Salud, 2001: 7).

El sistema de salud en México, como en otros países de América Latina, hasta entonces se basó en un modelo fragmentado en el cual las familias de bajos recursos económicos y la población excluida del sector formal tenían un menor acceso a las prestaciones en salud y carecían de oportunidades para participar en esquemas de aseguramiento (Mesa Lago, 1994; Filgueira, 1998).

Sin embargo, sea cual sea el método de organización del sistema de financiación de la atención de salud, es importante tener en cuenta dos condiciones para la existencia de **justicia financiera** en el sistema de salud: 1) en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de la población, es decir garantizar un **acceso universal**; y 2) que el sistema de salud elegido **financie de manera eficiente¹ y adecuada** los servicios otorgados (OMS, 2005: 150).

Para garantizar el acceso universal a la atención de la salud no basta con aumentar la prestación de servicios y pagar a los proveedores de asistencia. Para que los servicios se utilicen, es necesario reducir o eliminar las barreras económicas al acceso y debe proporcionarse a los usuarios una protección económica predecible frente a los costos ocasionados por la atención recibida. El acceso universal debe ir acompañado de protección financiera -evitar el empobrecimiento de las familias y evitar el gasto de bolsillo-; sólo así se podría garantizar una prestación de servicios universal, basada en las necesidades de las personas y no en su capacidad económica, y la protección de los hogares y las personas frente a las dificultades económicas o el empobrecimiento (OMS, 2005: 149).

¹ Eficiencia: Es la relación recursos/ resultados bajo condiciones reales: $\text{eficiencia} = \text{recursos} / \text{resultados}$. La eficiencia se evalúa a partir de comparaciones. Los estudios de eficacia y efectividad no incluyen recursos, los de eficiencia sí. Para que haya eficiencia el proceso tiene que ser efectivo; el más eficiente es el que mejor relación recursos/ resultados presenta. (Bouza, 2000: 54).

Los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial (Xu, 2005: 3). Otro aspecto del gasto de bolsillo en salud se refiere a los denominados gastos catastróficos: cuando la magnitud de la carga de gastos de bolsillo supera un límite determinado de la capacidad de gasto de las familias, se considera que los gastos son catastróficos (CEPAL, 2008b: 87-88).

En el caso de México, como en muchos otros sistemas de salud en América Latina y el Caribe, el bajo nivel de cobertura en protección financiera y la falta de acceso a servicios de salud ha obligado a una gran cantidad de hogares, en particular los pobres y no asegurados, a recurrir al financiamiento de sus servicios de salud a través del gasto de bolsillo y por tanto los ha expuesto a sufrir de gastos catastróficos y empobrecedores (OMS, 2000: 40; Knaul, 2007: 72).²

Se entiende por gasto catastrófico aquel que representa 40% o más del ingreso disponible del hogar³, es decir, una vez descontado el gasto en alimentos y vivienda. Por su parte, un gasto empobrecedor es aquel que una vez erogado –e independientemente del porcentaje que represente del ingreso disponible del hogar- deja al hogar con un nivel de recursos por debajo de una línea de pobreza preestablecida o que ya estando por debajo de ella los lleva a un nivel de pobreza aún más profundo (Xu, 2005: 5; Knaul, 2005b: 432).

En México el gasto de bolsillo concentra 95% del gasto privado total y sólo 5% corresponde al pago de primas de seguros privados (Secretaría de Salud, 2007: 52). Como consecuencia del alto porcentaje que representaba el gasto de bolsillo dentro del

² Todo el financiamiento de los sistemas de salud proviene de los hogares, aunque a menudo es algo que se olvida en el análisis; la gente debe pagar la atención bajo cualquier sistema de financiamiento ya que el costo final recae sobre las familias y las personas incluso cuando el mecanismo de pago haga parecer que la cuenta se le manda a alguien más (Knaul, 2007:s76).

³ El establecimiento -por parte de la OMS- del umbral de 40% de la capacidad de pago como el punto catastrófico es subjetivo y se discute aún formas complementarias de caracterizar los gastos catastróficos y empobrecedores.

gasto total en salud en México, para el año 2000 se estimaba que cada año entre 2 y 3 millones de familias enfrentaban gastos catastróficos en salud y 1.2 millones cruzaban la barrera de la pobreza por esta misma causa⁴ (Secretaría de Salud, 2001: 10).

Para ese mismo año, el gasto de bolsillo constituía el 56% del gasto total en salud del país, debido a que aproximadamente la mitad de la población del país no contaba con un seguro de salud. Este tipo de gasto ha sido descrito como la forma más ineficiente de gastar en salud ya que rompe con la solidaridad financiera que permite que las personas enfermas y de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de mayores recursos (González, 2006: 22). Así, el gasto de bolsillo rompe con el principio básico de justicia financiera en salud y expone a los hogares a gastos catastróficos; por lo tanto, para cumplir el objetivo central de brindar protección financiera a los mexicanos debería entonces lograrse una disminución paulatina de esta forma de financiamiento (Frenk, 2009: 542).

La situación se complicaba aún más debido a la falta de cobertura y acceso a la seguridad de más de la mitad de la población. Mientras que poco más de 60% de la población de los dos deciles⁵ superiores de ingreso estaba asegurada en 2000, para los dos deciles más pobres la cifra era de apenas el 10% (Knaul, 2005b: 431). En total 6.3% de los hogares presentaron gastos catastróficos o empobrecedores, pero eran más comunes entre los hogares de los dos deciles más pobre, que entre los de mayores ingresos. Además, la incidencia del gasto catastrófico y empobrecedor era más de cuatro veces mayor entre la población no asegurada.

La reforma estructural del sistema de salud mexicano iniciada en el sexenio 2000-2006 define entre sus objetivos abatir la desigualdad social mediante la garantía del derecho a la salud, y por lo tanto tomar como “fuerza directriz” *la cobertura universal en salud* – como meta a lograrse en 2010- y acepta la necesidad de restringir el número de servicios cubiertos por el esquema de aseguramiento e irlos ampliando de manera progresiva. La

⁴ Se considera que una familia cruza la barrera de la pobreza cuando su nivel de consumo diario es menor a 2 dólares diarios por individuo, en promedio (Banco Mundial 1999).

⁵ Clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y gasto de los hogares.

esencia de la reforma fue la creación en 2004 del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su componente de aseguramiento médico, el Seguro Popular de Salud (SPS), un seguro público voluntario que ofrece protección en salud a los mexicanos que no cuentan con ningún tipo de seguro público de salud.

La **cobertura del Seguro Popular de Salud** se planteó en dos dimensiones: *horizontal*, relacionada con el número de familias afiliadas y *vertical*, referida a los beneficios que cubre el Seguro Popular. La cobertura universal planteó su expansión mediante la aplicación de criterios para promover la equidad y la justicia, ya que la afiliación se inició entre los grupos más pobres de la población y se extiende de manera gradual a los de mayores ingresos (Frenk, 2007: 28).

La génesis de una política pública implica el reconocimiento de un problema. Qué cuenta como problema y cómo se define depende de la manera en que los diseñadores de las políticas buscan aproximarse a un tema o evento (Parsons, 2007: 119). Si se observa la propuesta del SPS en el contexto de los programas de salud aplicados para combatir la pobreza en México, resulta evidente que se trata de un programa que intenta basar una estrategia de combate a la pobreza en criterios y mecanismos de focalización fundamentados en un conjunto de características atribuibles al fenómeno de la pobreza y articulados con relativa claridad en función de tales características y la relación que guardan entre ellas.

En 2007, el SPSS integra al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) como un esquema especial de cobertura universal acelerada que incorpora a los niños mexicanos menores de cinco años nacidos a partir del 1° de diciembre del 2006 que no cuentan con un esquema de seguridad social y sus familias, ofreciendo a los niños - además de todos los beneficios del SPSS- una cobertura de todos sus padecimientos, incluyendo medicamentos asociados, consultas y tratamientos.

Las reglas de operación del SMNG establecen que los menores afiliados tienen garantizado el derecho a recibir los servicios médicos y medicamentos sin ningún

desembolso por el servicio recibido, por lo que se parte de la hipótesis de que los hogares beneficiarios no deben realizar gastos en salud del niño.⁶

Tanto el Seguro Popular como el Seguro Médico para una Nueva Generación son políticas “selectivas” que se formulan pensando en un grupo destinatario específico; para ello utilizan un criterio categorial en el que el grupo se delimita por alguna vulnerabilidad específica: el Seguro Popular asociada a una situación sociodemográfica, o de inserción productiva -criterio de pobreza- y el Seguro Médico para una Nueva Generación basado en una situación de ciclo vital -menores de 5 años de edad- ligada a un corte en el tiempo.

La equidad entre grupos de población vincula la asignación de recursos directamente con la ubicación de los hogares por decil de ingreso. De hecho, la reforma estructural en salud establecía como prioridad la afiliación de los hogares de los dos primeros deciles de ingreso residentes en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas (artículo octavo transitorio de la reforma la Ley General de Salud de 2003).

Para garantizar la solidaridad y la corresponsabilidad se estableció una cuota familiar que es un monto que paga anualmente cada familia afiliada y es proporcional a su condición socioeconómica; el régimen no contributivo aplica a aquellas familias cuyo ingreso las ubica en los deciles I y II de la distribución del ingreso y el régimen contributivo lo constituyen las familias afiliadas que aportan una cuota que será anual, anticipada y progresiva en función del decil de ingreso III al X al que pertenezcan (González Pier, 2006: 53-55).

La introducción del Seguro Médico para una Nueva Generación implica un cambio en el criterio de focalización –de acuerdo a los antecedentes de esta clase de políticas públicas compensatorias-ya que incorpora como beneficiarios a este programa sólo a aquellas familias con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1° de diciembre de 2006 y considera dentro del régimen no contributivo a las familias que se ubiquen en los deciles I y hasta el VII de la distribución de ingreso. Las diferencias entre ambos programas en la clasificación de los hogares por tipo de régimen se señalan en el cuadro 1.1.

⁶ En el momento de afiliación al SMNG, el hogar podría cubrir una cuota familiar dependiendo de sus condiciones socioeconómicas.

Cuadro 1.1. Régimen contributivo por familia por decil de ingreso para cada programa

Programa	Régimen no contributivo	Régimen contributivo
Seguro Popular de Salud	Deciles I y II	Deciles III a X
Seguro Médico para una Nueva Generación	Deciles I a VII	Deciles VIII a X

Fuente: construcción propia con base en DOF 2004 y DOF 2008

Este cambio en el diseño original de la política pública es, desde el punto de vista de la autora, el que genera un problema público, Al no concentrarse el gasto social en la población con mayores necesidades, se rompe con el principio básico de justicia financiera en salud, el cual supone que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud.

La situación social que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud demostró que la incidencia de gastos tanto catastróficos y empobrecedores era mucho más alta entre los hogares pobres y no asegurados. Además, el gasto en salud que conduce al empobrecimiento (ser empujado por debajo de la línea de pobreza) se concentra casi totalmente en los hogares de los dos deciles más pobres de la distribución del ingreso, que son predominantemente no asegurados (Knaul, 2007:s75).

Por otra parte, la gran mayoría de las intervenciones que el Seguro Médico para la Nueva Generación cubre son para enfermedades de alto costo, complejidad y gravedad lo cual lo hace un programa atractivo para las familias de casi todos los deciles de ingreso y que cuenten con seguridad social.

Así pues, la pregunta específica que este trabajo trata de responder es ¿el Seguro Médico para una Nueva Generación está contribuyendo a la justicia financiera en salud?

La hipótesis sostenida implica considerar que la introducción del Seguro Médico para una Nueva Generación no contribuye al logro de la justicia financiera en salud toda vez que los hogares con menores de 5 años siguen incurriendo en gastos médicos por el menor y en el caso de las familias de menores ingresos dichos gastos tienen un impacto importante en el total del gasto familiar.

En términos más amplios, este trabajo propone que “*el SPSS, al introducir el nuevo esquema de afiliación de menores de cinco años y de contribución en el SMNG no contribuye a garantizar el financiamiento equitativo en salud*” La falta de equidad se evidencia fundamentalmente, en dos elementos o dimensiones de análisis:

- 1) En un sistema de salud equitativo los riesgos que corre cada familia debido a los costos del sistema de salud se distribuyen según la capacidad de pago y no según el riesgo de enfermedad. Un sistema financiado en forma equitativa garantiza la protección financiera de todos. Un sistema de salud en el cual las personas o las familias son empujadas a la pobreza por pagar la atención médica que necesitan o se ven obligadas a prescindir de dicha atención debido a su costo no es equitativo” (OMS, 2000: 38). Este criterio no se cumpliría ya que se deja fuera del SMNG a las familias con niños menores de cinco años nacidos antes del 1° de diciembre de 2006 que tienen necesidades de salud iguales o similares a los niños nacidos a partir de esa fecha.
- 2) La forma en que se financia la atención sanitaria es perfectamente equitativa si la razón entre la contribución sanitaria total y el total de gastos que no sean en alimentos es idéntica para todas las familias, independientemente de sus ingresos, su estado de salud o su utilización del sistema sanitario. Por tanto, el financiamiento no resulta equitativo si las familias pobres gastan una proporción de su ingreso mayor al de las familias con mayores ingresos, ya sea porque estuvieran menos protegidas por sistema de pago anticipado y, por consiguiente, tuvieran que pagar una parte relativamente mayor de su bolsillo, o porque los mecanismos de pago anticipado fueran regresivos (OMS, 2000: 40). Este segundo criterio no se cumpliría ya que el SMNG al modificar el esquema de contribución familiar e incluir en el régimen no contributivo a las familias de los deciles III al VII resulta regresivo para la justicia financiera.

Justificación desde el enfoque de política pública

La presente investigación se justifica por la importancia que en los últimos años se ha dado a las políticas de protección social en salud. Es vigente y de importancia tanto

nacional como para América Latina, en el marco de dos políticas públicas fundamentales: la de la equidad en salud, vista a través de la justicia financiera y la de los programas de cobertura universal en salud. Ambas forman parte del discurso gubernamental para la atención de las personas que carecen de protección social en salud.

El enfoque de políticas públicas es una forma de estudiar la realidad y busca rescatar la importancia de la política (*politics*) en los procesos de diseño e implementación de políticas públicas (*public policy*). Esta investigación pretende utilizar la propuesta de estudios “del” proceso de políticas; esto es, realizar un estudio sistemático de cómo se elaboró la política (*policy design*) y cuáles fueron los criterios orientadores de la política pública en cuestión.

La necesidad de valorar los resultados de las políticas públicas y el papel del estado y del gobierno en la atención de los problemas sociales, ha dado pie a que el foco de análisis de las políticas se ubique en diferentes etapas de su proceso. El ciclo de las políticas se plantea entonces como la solución al dilema de qué tiene más importancia: la técnica o la política. De ahí que se plantee este enfoque para el análisis del diseño (lógica interna) del Seguro Médico para una Nueva Generación; esto es, analizar el concepto de justicia financiera asociado al de un programa.

La investigación pretende responder a preguntas relacionadas con la conceptualización / diseño del programa. Lo que implica, primero que nada, describir los supuestos e hipótesis del programa en una manera explícita. Posteriormente, se usan enfoques teóricos para examinar qué tan razonable, factible, ético y, entre otras cosas, apropiado es el programa.

Se pretende dar cuenta de las necesidades, del diseño y los objetivos del programa, de la focalización del mismo, los resultados esperados y los medios a través de los cuales el programa intenta lograr sus metas; fundamentalmente describir cuál fue la historia de su creación, cómo surgió y como se decidió e implementó el SMNG para detectar si existen problemas de diseño. En último término, lo que se busca es sugerir recomendaciones para un mejor diseño de la política.

Objetivos de la tesis

Se realiza un análisis descriptivo de los gastos en salud que realizan las familias derivado de la atención de los menores de 5 años y del efecto que este gasto tiene en la economía familiar y demostrar que la introducción del programa del SMNG no contribuye a reducir los gastos de bolsillo de las familias, ni evita que tengan gastos catastróficos, asimismo, señalar que un criterio de financiamiento no basado en necesidades económicas y de salud genera incompatibilidad entre los fines de la política y los criterios de delimitación de la población beneficiaria, y por lo tanto, que el SMNG no está contribuyendo a la justicia financiera en salud toda vez que además de que no se elimina el gasto en salud de las familias con menores de 5 años, se desvía recursos de los deciles de población más pobre hacia los de ingresos medios y altos.

Por lo tanto, el objetivo principal del presente trabajo es medir el nivel y la distribución de la carga del financiamiento a la salud de los hogares con menores de 5 años y la protección financiera que ofrece el SMNG para protegerlos contra riesgos financieros.

Para cumplir dicho objetivo, será necesario presentar evidencia que demuestre que la introducción del SMNG no está contribuyendo a reducir los gastos de bolsillo de las familias beneficiarias y que los servicios otorgados por el Seguro Médico para una Nueva Generación están generando incentivos de afiliación al programa en las familias de los deciles superiores de ingreso y reduce por lo tanto los recursos destinados a las familia de los deciles de ingreso más bajos.

Estrategia metodológica

En el presente trabajo, el enfoque comparativo se empleará bajo la modalidad de estudio de caso de un tema de política pública en un solo país (Parsons, 2007:75). Se considera al método comparativo como un método o estrategia de investigación para descubrir relaciones empíricas entre variables (Lijphart, 1971:683). La ventaja de plantear un estudio de caso es que -debido a la limitación de tiempo y recursos- al enfocarse en un solo caso, éste puede ser examinado de manera intensiva. Asimismo, los estudios de caso tienen como principal ventaja el poder describir de manera detallada los mecanismos que conectan una variable independiente (o causa) con una variable

dependiente (o resultado). Al analizar el proceso a partir de una sola unidad, a través del tiempo, y prestando atención a la variación dentro de un solo caso, se puede indagar detalladamente una compleja relación causal (Zarembeg, 2008:10).

Si bien de manera indirecta, los estudios de caso hacen una contribución importante al establecimiento de proposiciones generales y a la construcción de la teoría (Lijphart, 1971:691). En tal sentido, dicha estrategia de análisis es apropiada aquí ya que el interés de la investigación está centrado en la particularidad del mismo, en lo que le es propio y característico. (Zarembeg, 2008:13).

La elección de del SMNG como caso de estudio, tiene sentido en términos de su potencial explicativo respecto de la contribución que puede (o no) hacer -en términos de justicia financiera en salud- un programa focalizado en un grupo poblacional específico. En tal sentido, el caso de estudio aquí analizado no es seleccionado por lo “típico” que pueda resultar sino más bien por lo contrario; por su carácter “crítico o crucial”, al evidencia cómo un mal diseño de la estrategia de focalización puede redundar en resultados diferentes de los que el programa se proponía obtener. En este sentido, el caso es elegido por su característica de ser excepcional en relación a los demás comprendidos en su tipo; la elección del caso y su aporte se justifican precisamente en términos comparativos (Zarembeg, 2008: 10).

Los casos son útiles para confirmar o refutar una teoría que se utiliza en la investigación y sugerir modificaciones, en este caso, el universalismo básico y la estrategia de focalización como un medio y no como un fin en sí misma. Por ello, para el caso del SMNG el análisis comparativo de inicio nos permitirá una investigación de tipo descriptiva, un primer acercamiento al tema, basado en una cuidadosa construcción de hipótesis y planteamientos teóricos explicativos, sin dejar de lado el análisis estadístico, que podrá ser profundizado en una etapa de investigación posterior, para entonces sí contrastar las hipótesis con la mayor cantidad de datos disponibles.

Una dificultad latente en el análisis del caso es la posibilidad de conceder excesiva importancia a los posibles resultados negativos que refutaran las hipótesis y así, atribuir capacidad explicativa concluyente y universal a consideraciones que solamente son probabilidades de explicación.

Al tratarse de un estudio de caso, se utiliza una comparación de tipo individualizadora (*individualizing*), interesada en las peculiaridades de un caso u sus contrastes con el resto o con la teoría. El análisis se hará sobre una sola unidad de observación, el sistema de salud mexicano, verificando los resultados en salud sobre la justicia financiera obtenidos con la introducción del SMNG. Para ello, se realiza el análisis de la información proporcionada por el patrón de beneficiarios del SMNG y algunos de los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH).

Tipo de análisis

Es conveniente señalar que los resultados a presentar no son causales, sino descriptivos, ya que no se cuenta con datos longitudinales ni variables instrumentales efectivas. Por lo tanto, no se pretende demostrar una relación causal directa entre una intervención –el Seguro Médico para una Nueva Generación- y la persistencia en la inequidad en el gasto en salud sino más bien, presentar evidencia de que existe un mecanismo causal explicativo que asocia una desviación en el diseño original del Seguro Popular, fundamentalmente un cambio en el criterio de focalización del financiamiento, con la persistencia de la inequidad en el gasto en salud, vista a través de la persistencia en la injusticia financiera en salud.

Fuentes de información

Este trabajo busca presentar evidencia de que el diseño del Seguro Médico para una Nueva Generación genera estos problemas de inequidad en el gasto. Para la elaboración de este documento fue necesario reunir, organizar y sistematizar información que permitiera identificar los antecedentes del programa, sus fundamentos, sus características y los datos disponibles a la fecha, en el marco de las políticas para la equidad en salud.

Para ello, se realiza el análisis de datos estadísticos de los años 2007, 2008 y los disponibles para 2009, sobre la cobertura del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) que provienen de la base de datos sobre afiliación (padrón nacional de beneficiarios) manejada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

(CNPSS) que ofrece información sobre el número de familias afiliadas al programa en cada estado y municipio. Asimismo, se revisa la información proveniente de los informes de la CNPSS sobre el SPS.

Estructura de la tesis

A fin de documentar la experiencia del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) en cuanto a su posible contribución a la justicia financiera en salud, se consideró necesario presentar algunos de los elementos que le dan el marco de actuación y concreción. En ese sentido, en este primer capítulo del trabajo, se presentan los referentes del contexto en el que se impulsó la política, sus elementos normativos y la estructura institucional a través de la cual se pone en marcha.

En el segundo capítulo se presentan las aportaciones conceptuales y los análisis que diferentes especialistas han realizado sobre los temas de equidad, los programas sociales y las estrategias de protección social en salud.

En el tercer capítulo se presenta la trayectoria de la justicia financiera en salud en México, la contribución del Seguro Popular de Salud y fundamentalmente, el análisis del Seguro Médico para una Nueva Generación y su contribución a la justicia financiera en salud.

Finalmente en el cuarto capítulo se presenta una serie de conclusiones sobre los resultados de la investigación, que permiten hacer señalamientos sobre el diseño de la política pública en materia de protección financiera. Con este trabajo se espera hacer un aporte a la sistematización y documentación del programa del Seguro Médico para una Nueva Generación.

Capítulo 2. Equidad y justicia financiera en salud

And I will know / If I remorse or regret / The fairness of our trade

For you to live / I took your place / A deal was made

WILCO, I'll Fight

El estado del arte sobre los sistemas de protección social en salud en América Latina

En América Latina se configuraron subsistemas de protección social fundamentalmente con una profunda inequidad en la entrega de servicios y donde el acceso a la protección social ha sido excluyente y segmentado por grupos de población, y generalmente ha beneficiado a los grupos con capacidad de organización y representación pública.

La inequidad y la segmentación social han estado siempre presentes en el desarrollo de los países de América Latina, que no es la región más pobre del mundo pero sí es la más desigual en la distribución de su riqueza. Mientras el 10% más rico de la población concentra alrededor del 35% de los ingresos, el 40% más pobre recibe alrededor del 15%, con valores aún inferiores en Bolivia y República Dominicana, en los que los más pobres sólo captan cerca del 11% de los ingresos; en México es de un 17%, lo que caracteriza al país por un relativo estancamiento de su estructura distributiva. (CEPAL, 2008a:75-76).

Los regímenes de protección han sido segmentados y relativamente regresivos, al no beneficiar a los sectores más pobres, castigando los objetivos de equidad. Una política social reconoce un marco de valores, una concepción de los individuos y de sus derechos. Los participantes en la vida pública interpretan la vida social y los problemas por medio de marcos en los que se integran hechos, valores, teorías e intereses (Rein y Schon, 1991:327-29). Sin embargo, hay que destacar que las formas de hacer política social pueden entrar en crisis y transformarse, pero que estos procesos siempre son un asunto de grado cuyo análisis requiere matices.

En el modelo del estado de bienestar, bajo el principio de justicia social, las políticas sociales no podían ser sino universales, es decir para todos, aunque en muchos casos sólo lo fueran en el discurso. En la década de 1990 el contexto imperante en la región era de una agudización de los problemas sociales, ya que la mayoría de los países sufrió

una crítica evolución económica que impactó negativamente sobre la red de protección social desarrollada en el marco del crecimiento de la posguerra, a la vez que se deterioró la calidad y cobertura de los servicios sociales públicos.

Sin embargo, la integralidad de las políticas sociales enfrenta conflictos entre lo deseable y lo posible, entre objetivos sociales y económicos, entre prioridades intertemporales y entre óptimos sociales y eficiencia microeconómica. Esto hace que la política social sea un asunto esencial y simultáneamente político y económico (CEPAL, 2000:52).

La crisis puso en entredicho los programas sociales universales y fue cada vez más manifiesta la insuficiencia de financiamiento público para los programas de superación de la pobreza. El Estado asumió un nuevo papel en el que se redefinen las áreas de actividad del sector público, hay procesos importantes de privatización de empresas y organismos públicos; estas características históricas desempeñaron un papel determinante en la formación de sus sistemas de bienestar y protección social (Esping-Andersen, 1993:18).

Desde una perspectiva simplista, la crisis de América Latina se percibió como consecuencia de las distorsiones en la asignación de recursos, causadas por las políticas proteccionistas y la persistente intervención del Estado en la esfera económica. Las reformas impulsadas procuraron, como tendencia, la reducción de lo público y la supresión consecuente de la política pública (Sojo, 2004:137).

Así, los programas sociales focalizados vinieron a reemplazar a las políticas sociales universales, mayormente asociadas a los derechos que el Estado de Bienestar intentó garantizar en forma íntegra a los ciudadanos sin ningún tipo de discriminación. La política social entonces, buscaría realizar acciones compensatorias, dotar a la población de capital humano y contribuir a asegurar la cohesión social (Franco, 1994:4).

Detrás de cada decisión en materia de política social suele haber teorías implícitas o explícitas, además de supuestos a priori. Cada teoría en este campo revela y esconde algo. Por eso, en la construcción de los problemas de la política social suelen intervenir tanto formulaciones científicas como voluntad y capacidad política para imponer los asuntos en el espacio público.

Si bien a nivel del discurso el principio orientador de las reformas estructurales en América Latina se basaron en la superación de las desigualdades y alcance de la equidad, los modelos implementados y las evidencias disponibles no confirman ese resultado.

Equidad en salud

De acuerdo a la OMS, ciertas diferencias –evitables, innecesarias e injustas– constituyen el meollo de las preocupaciones por la inequidad en salud. Algunas desigualdades en salud son resultado de diferencias biológicas, decisiones libres y estilos de vida y comportamientos saludables. Hay otras diferencias, sin embargo, que constituyen casos paradigmáticos de inequidad injustificable. Se trata de diferencias producto de comportamientos nocivos para la salud en los que la capacidad de elección se ve severamente restringida: las que resultan de condiciones de vida y de trabajo insalubres, y las que resultan de un acceso limitado a bienes y servicios esenciales de salud (Dahlgren, 1992:4-6).

Bajo esta definición, inequidad habla de diferencias que se consideran injustas y evitables, por lo que parte de una definición valorativa. Así, la búsqueda de la equidad en salud supone el diseño e implantación de iniciativas que eviten la exposición a condiciones de vida y trabajo no saludables, incrementen el acceso a los bienes y servicios esenciales de salud, y garanticen un financiamiento justo de la atención a la salud. Desde esta concepción, la preocupación por la inequidad se restringe a medir patrones de distribución de indicadores y a plantear la reducción de brechas en aquellas diferencias consideradas injustas y evitables, tanto para los daños como para la atención. Aquí de nuevo el tema de las diferencias injustas y evitables tiene matices.

Se requiere tener claridad en el concepto de inequidad ya que en general, en las políticas y los programas de salud no se hacen estas explicitaciones sino que se parte de un concepto dado y se da por sentada toda la discusión previa sobre valores, principios, visión de la sociedad, etc. Cuando en realidad las opciones conceptuales, metodológicas y de política pública no son unívocas.

Así, la concepción para atacar la inequidad en salud implica intervenciones mínimas y selectivas para la sobrevivencia, sólo para paliar los daños o la muerte de aquellos que no pueden resolver sus necesidades en el mercado y/o para disminuir el conflicto social con pocos recursos y sin transformar las condiciones de vida. Asimismo, considerando opciones de política pública, la solidaridad colectiva da paso a la individualización de costos; y la universalidad de los programas a la focalización, estas son, sin lugar a duda, definiciones que conducen a resultados distintos.

Reformas en salud y equidad: implicaciones para la política pública

En las últimas décadas, la cuestión de las reformas en salud constituye un tema importante de la agenda política en la mayoría de los países de América Latina. Las reformas del sector salud, incluida la de México, definieron como uno de sus principales retos la satisfacción de las necesidades de salud de la población, con eficiencia, equidad y participación social, además de universalización.

En la realidad, la política social para el desarrollo, es decir, la política encaminada a superar la pobreza y la marginación, se vio obligada a reducir su cobertura a una selección de bienes que el Estado podía proporcionar directamente. Asimismo reducía su responsabilidad social al pasar de una orientación de justicia social hacia una acción focalizada hacia grupos de población en situación de pobreza, marginación y vulnerabilidad⁷.

En los países de la región, se promovió la reconversión de los valores de solidaridad hacia el principio de necesidades en salud, y riesgo en salud, monetarizado y definido según la posición social del individuo y su capacidad de pago. Se planteó la redefinición de la función distributiva del Estado restringiéndose substancialmente el carácter de la política de salud como política social focalizada.

La protección social entonces se enfocó en la acción de proteger de los riesgos, en la necesidad de neutralizar o reducir el impacto de determinados riesgos sobre el individuo

⁷ Bajo esta denominación se entiende a personas de bajos ingresos, escasa educación, mal nutridas, con tendencia a enfermedades crónicas, es decir, personas que ya han sufrido daño por lo que son muy sensibles a daños adicionales y cuya designación correcta es vulnerados, no vulnerables.

y la sociedad por medio de la solidaridad en el financiamiento. La solidaridad es el principio que postula la participación diferenciada de las personas en el financiamiento de la política social y del acceso a la protección social, según la capacidad económica de las personas. Así, la solidaridad se plantea como una ayuda para asegurar la universalidad y la equidad en el acceso a las prestaciones sociales, dadas las circunstancias que determinan las diferencias en las condiciones económicas o en los riesgos (particularmente en materia de salud y empleo) (CEPAL, 2000:75).

La focalización fue muy cuestionada en sus contenidos políticos e ideológicos, dando lugar a un gran debate en términos de una oposición entre este concepto y el de universalismo. La aparente antinomia entre políticas universales y focalizadas, realmente no es tal. Si las políticas y programas sociales fueran efectivamente universales, no tendría sentido el criterio de focalización. Lo esencial es la ausencia real de universalismo, ya que hay filtraciones en las políticas y programas sociales que dan lugar a discriminaciones de signo negativo y a situaciones de exclusión. Ante esa derrama restringida y discriminatoria, es que se trató de introducir criterios de focalización que corrigieran dichos sesgos y condujeran a una efectiva derrama universal de políticas públicas, combinando universalidad con focalización.

Focalizar⁸ implicaría identificar con la mayor precisión posible a los beneficiarios potenciales y diseñar el programa con el objetivo de asegurar un impacto per cápita elevado sobre el grupo seleccionado, mediante transferencias monetarias o entrega de bienes o servicios. En teoría, la focalización permite mejorar el diseño de los programas, ya que cuanto más precisa sea la identificación del problema (carencias a satisfacer) y de quienes lo padecen (población objetivo) más fácil resultará diseñar medidas diferenciadas y específicas para su solución; aumentar la eficiencia en el uso de los recursos; y elevar el impacto producido por el programa al concentrar los recursos en la población de mayor riesgo (Franco y Queirolo, 2008:11).

⁸ Dado que el término “focalización” es el que impera en la mayoría de los debates sobre el tema, se utilizará a lo largo del documento con la salvedad hecha anteriormente.

Las políticas sociales focalizadas utilizan criterios de selectividad que actúan de una doble manera. Por un lado, de un modo inclusivo: permiten que la población de bajos ingresos que no recibe los beneficios del universalismo, esté incorporada efectivamente al grupo beneficiario del programa. Por otro lado, de un modo restrictivo: excluye del grupo beneficiario del programa a la población que no vive en condiciones de pobreza o que no cumple los criterios específicos de inclusión.

Siguiendo a Sojo, se prefiere el uso del término selectividad al de focalización, para eliminar el fuerte contenido conceptual e incluso ideológico que ha adquirido el término, y debido a que este último resulta un tanto tautológico, pues toda política –incluidas las políticas sociales universales de las cuales pretenden desligarse las de focalización (*targeting*)- apunta a una población objetivo (Sojo, 2007:113).

Se trata de identificar, con la mayor precisión, quiénes sufren las carencias que se van a atender mediante el programa. Y esto se relaciona con dos mitos, propios del sentido común: el primero dice que el impacto que provoca el programa es función de la inversión, y el segundo, que la aplicación de los programas sociales siempre deja algo positivo (Cohen y Franco, 2005:102-105).

Las respuestas selectivas, sin embargo, también presentan problemas; el principal de ellos es la difícil identificación del buen pobre o pobre meritorio, entendido como aquel que con ayuda puntual, limitada en la cantidad y en el tiempo, podrá mantenerse fuera de la pobreza por sus propios medios en el futuro.⁹ El problema no estriba en la condición de operación, la focalización de las intervenciones, sino en el entorno en que ello ocurre. Luego están los riesgos de selección de opciones derivados de los rendimientos políticos potenciales para los que toman la decisión de a quienes beneficiar.

En los hechos la focalización tiene otro correlato que se encuentra con la concepción de la ciudadanía, si hablamos de una focalización que profundiza las diferencias a la vez que estigmatiza, no estamos hablando de fortalecer un estatus común, sino de separar, dividir. En sus aspectos negativos, los beneficiarios de los subsidios están asociados a un

⁹ El pobre de hoy es la víctima de situaciones de exclusión que una vez superadas pueden garantizar una vida fuera del riesgo de pobreza. Pero en su definición no cuentan por igual todas las formas de la exclusión sino principalmente, y con frecuencia exclusivamente una: la insuficiencia de ingresos.

estigma y establece una estratificación que les brinda una relativa igualdad de pobreza (Esping-Anderson, 1993: 47).

Por otra parte, la focalización tiende a considerar a los beneficiarios como pacientes más que como agentes (Del Tronco, 2005: 175). A la vez que quienes tienen más necesidades -que están en la pobreza extrema- no cuentan con lo necesario para participar del diseño, implementación y evaluación de las políticas sociales.

Dadas las condiciones de precariedad en las que muchas de las sociedades latinoamericanas atienden las demandas de su población, es probable que los criterios de selectividad bien aplicados apunten más bien al diseño de programas cuasi-universales. La focalización es una opción e instrumento de la política social, al servicio de los objetivos de dicha política. De esta manera, la focalización sería pensada como una acción complementaria a la política universal (Fonseca, 2008:7).

La universalidad no es incompatible con la opción de adoptar criterios de selectividad que establezcan la prioridad de la población pobre para acceder a los recursos públicos requeridos para disponer de servicios o garantías sociales. La selectividad no es una política social, sino una condición para hacer más.

De acuerdo a las experiencias internacionales, los programas sociales más exitosos han combinado acciones universales y acciones focalizadas, ya que no existe oposición entre estas dos orientaciones de política. La existencia de programas universales facilita el diseño e implementación de programas específicos focalizados. Si se desea focalizar un programa social es indispensable disponer de información fidedigna sobre la realidad que se propone modificar.

En esencia, el tema central es la complementariedad que existiría entre las políticas universales y focalizadas. No se trata de optar entre dar a todos o solamente a los más necesitados, sino de combinar distintas lógicas e instrumentos de protección que permitan complementar el universalismo en la prestación de servicios con la focalización y selectividad de las acciones de modo de llegar a quienes precisamente corren mayores riesgos de quedar excluidos o discriminados de las políticas de corte universal. El enfoque teórico de este trabajo sostiene que ni el universalismo ni la focalización por sí mismas pueden responder a los desafíos de la política social en

materia de protección social en salud, sino que un enfoque que combine las ventajas de ambas perspectivas brinda una mejor respuesta y que por tanto el acceso universal a la atención a la salud puede ser compatible con criterios de financiamiento focalizados.

Equidad, justicia financiera y gasto de bolsillo

Partiendo de la idea de equidad -compartida por la mayoría de los sistemas de salud de América Latina-, dentro de un sistema de salud equitativo es de esperarse que cada individuo contribuya al financiamiento de acuerdo con su capacidad de pago y que un episodio de mala salud no genere gastos excesivos.

La justicia, tanto en la distribución de la carga financiera, como en la protección contra los riesgos de pérdidas financieras, constituye uno de los objetivos intrínsecos de un sistema de salud. Por lo mismo, el diseño y la justicia del financiamiento del sistema de salud se ha vuelto un punto central en las discusiones sobre reformas del sistema (Knaul, 2005a:s55).

A pesar de los importantes avances en la salud de la población mexicana a lo largo de siete décadas y tres generaciones de reformas al sistema de salud, todavía se busca resolver los desequilibrios financieros y la segmentación del acceso a atención a la salud. El sistema mexicano de salud desde su creación en 1943 ha estado fragmentado entre los trabajadores del sector formal y sus familias -quienes tienen acceso a la seguridad social- y el resto de la población que carecía de un esquema de aseguramiento público.

De acuerdo a los datos de la evaluación de la OMS, el mal desempeño del sistema de salud de México en el componente de justicia financiera -que refleja tanto la incidencia de gastos catastróficos por motivos de salud como la progresividad del financiamiento- se debe al hecho de que más de la mitad de la población mexicana carecía de seguro de salud y esta población se ve obligada a enfrentar sus necesidades de salud con gastos de bolsillo.

Los gastos en salud de los hogares proporcionan pistas interesantes sobre la prestación de servicios de salud y sobre la necesidad de avanzar en la equidad de su financiamiento

y suministro (CEPAL, 2008b: 85). El gasto de los hogares en servicios de salud como porcentaje del total de gastos de consumo doméstico representa los costos de la atención de salud solventados por las familias mediante gastos directos –denominados gastos de bolsillo- o indirectos, que se refieren al pago de planes de atención médica pre pagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público (CEPAL, 2008b: 87).

Para el año 2000, se calculaba que en México alrededor del 56% del gasto total en salud era gasto privado y casi la totalidad de este gasto era de bolsillo. En Colombia la cifra ascendía a 25% y en Gran Bretaña apenas al 3%. El gasto de bolsillo –gasto proveniente de las familias al momento de utilizar los servicios de salud– concentró más de 90% del gasto privado y más de la mitad del gasto total en salud (Sesma-Vázquez, 2005: 27).

Puesto que siempre existe un elemento de incertidumbre en la pérdida de la salud, la falta de previsión representada por el alto pago de bolsillo deja a las familias mexicanas expuestas al riesgo de enfrentar gastos catastróficos por motivos de salud. Un indicador determinante de la falta de protección financiera es la proporción del gasto de salud que es solventado directamente del bolsillo de los hogares, la cual es considerada como la forma menos eficiente y menos justa de financiar un sistema de salud (Knaul, 2005b: 431, Knaul, 2007: S72).

El gasto de bolsillo tiene la peculiaridad de que es la forma más ineficiente e inequitativa de financiar la atención a la salud, ya que no aprovecha la agregación de riesgos y rompe con un principio básico de justicia financiera que indica que los individuos deben aportar al financiamiento de su salud de 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 los que más pagan son los más enfermos, quienes con frecuencia son también los más pobres; además, expone a las familias a gastos excesivos que pueden llegar a ser catastróficos y empobrecedores.

Los gastos de bolsillo en salud abarcan los desembolsos directos de los hogares en rubros relacionados con la salud, tales como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos de carácter neto, es decir, deducidos de los reembolsos que se reciban del sistema de salud o del seguro al que se esté afiliado. La carga del gasto de bolsillo expresa la magnitud de tales gastos respecto de la capacidad de pago

del hogar. Esta se define como el ingreso total del hogar menos sus gastos de subsistencia (CEPAL, 2008b: 87).

Un problema importante de los sistemas de salud donde es alto el porcentaje de hogares que incurren en gastos de bolsillo es que este tipo de gasto puede provocar gastos catastróficos, especialmente entre los pobres y los no asegurados. La bibliografía sobre equidad en el financiamiento de la salud en países en desarrollo ha demostrado que las familias, especialmente las pobres, asignan una alta proporción de su presupuesto a gastos en salud (Knaul, 2005a: s56).

Es necesario aclarar que hay hogares que pueden tener gastos catastróficos pero su nivel de ingreso es tal que no implica que los lleve a una situación de pobreza. Asimismo, hay hogares que pueden tener un porcentaje de gasto de bolsillo muy bajo con respecto a su ingreso disponible, y aun así –dado su nivel de ingreso- caer en una situación de pobreza.

En concordancia con Knaul 2003 y CEPAL 2008b, es preciso señalar que el carácter de lo que es catastrófico depende no sólo del monto del desembolso sino del tiempo durante el cual debe incurrirse en ellos o de su carácter puntual o reiterado. La periodicidad del gasto, por ejemplo, debe relacionarse con el tipo de morbilidad. Así vista, la medición mediante encuestas de ingresos o gastos no puede reflejar plenamente la incidencia de los gastos catastróficos o el empobrecimiento que sufren los hogares por esta razón.

Mientras que el gasto catastrófico se relaciona más bien con elevados desembolsos de salud que con escasa capacidad de pago, otro tipo de limitación fundamental se manifiesta en la incapacidad para efectuar desembolsos que es importante, por ejemplo, si se considera que la presencia de niños menores de cinco años va de la mano de un gasto en salud claramente superior, de ahí que sobresalga la extrema inequidad del gasto de bolsillo en salud respecto del ingreso de los hogares (CEPAL, 2008b:85).

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector de la salud es un tema relevante por su impacto no sólo en la viabilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso que efectivamente la población puede lograr.

El análisis de la composición de las fuentes de financiamiento y su comparación con el acceso diferencial a los servicios de salud por los distintos grupos de población permite

extraer conclusiones sobre el grado de justicia financiera del sistema. Los desembolsos que las familias destinan a la salud, bien pueden reflejar la disponibilidad de los recursos y servicios públicos, con lo cual indirectamente puede determinarse el grado de equidad -justicia financiera- en el acceso a los servicios de salud (CEPAL, 2008b:85-86).

Capítulo 3. Reforma en salud y justicia financiera en México

*All the good in the world / You can put inside a thimble / And still have room for you
and me*

Misery is the River of the World. Tom Waits

Antecedentes de la reforma

Se ha documentado que, de manera general, conforme un país expande sus redes de atención a la salud, a menudo complementa la cobertura limitada de los seguros de enfermedad públicos (seguro social de enfermedad basado en impuestos, o un sistema mixto) por medio de diversos sistemas de seguro voluntarios: comunitarios, cooperativos, gestionados por el empleador y otros. No obstante que estos sistemas proporcionan habitualmente una protección financiera limitada frente a gastos catastróficos, favorecen la equidad en la distribución del gasto y facilitan la provisión de una atención de calidad y asequible a la población inscrita; también presentan un esquema transicional de exclusión con colas y grandes desigualdades (OMS, 2005:153).

El análisis presentado por la Secretaría de Salud de México que dio origen y sustento a la reforma en salud y a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) enfatizó la segmentación del sistema de salud y la falta de aseguramiento para una proporción importante de la población, aunado a las transiciones epidemiológica y demográfica.

Se ha documentado que los hogares pobres, principalmente en los dos primeros deciles de ingresos y no asegurados, son más propensos a sufrir de gastos catastróficos y empobrecedores; en el año 2000 los no asegurados representaban el 86% de estas familias y la proporción del gasto empobrecedor y catastrófico en salud era más de cuatro veces superior (Knaul, 2007: s75).

Además, de acuerdo con un análisis de la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares del INEGI realizado en el año 2000, entre 3 y 4 millones de hogares mexicanos se vieron obligados a utilizar más de la tercera parte de su ingreso disponible (gasto total menos gasto en alimentos) para hacer frente a sus necesidades de salud, incurriendo así en gastos potencialmente catastróficos que los pueden llevar a la pobreza o sumirlos

todavía más en ella. Este fenómeno era particularmente frecuente entre las familias de menores ingresos que carecen de seguro médico (Frenk, 2009:542).

La necesidad de focalizar al Seguro Popular de Salud en los niños menores de 5 años surgió a raíz de las estadísticas oficiales negativas relacionadas con este grupo de la población y al hecho de que en el año 2000 México se comprometió con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya meta 5 señala específicamente: “Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015”. Esto es, los hechos nunca hablan por sí mismos, pues requieren de un intérprete. Además, aún cuando se reconozca un problema, no necesariamente se le considerará un asunto de interés público. Los problemas tienden a existir en un sentido político cuando afectan o amenazan a otro grupo (Parsons, 2007:119).

De los 60 países prioritarios identificados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), México destaca como uno de los siete que está en ruta para alcanzar la Meta de Desarrollo del Milenio relacionada con la sobrevivencia infantil. Dicho informe aporta evidencia en salud que ha identificado intervenciones eficaces que evitan los fallecimientos de niños y que se asocian a factores tales como alta cobertura de intervenciones de salud pública, avances en la educación de las mujeres, protección social, disponibilidad de agua potable y saneamiento así como nutrición; todos ellos ligados a pobreza y a la inexistencia de oportunidades sociales (Countdown Coverage Writing Group, 2008).

Por lo tanto, uno de los argumentos empleados para justificar la incorporación de la meta de disminuir la mortalidad en menores de cinco años en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, consiste en reconocer que no se trata de mejorar la tecnología disponible para abatir este problema, sino más bien de distribuirla mejor y garantizar el acceso a ella (Franco-Marina, 2006:14).

Es indudable que una política pública orientada a mejorar el estado de salud de los niños depende de la convergencia de los asuntos de interés público, de los valores sociales básicos, de la voluntad política, de la capacidad financiera y de la coincidencia de intereses, pero fundamentalmente una buena política dependerá de la evidencia que

sustente los criterios que modelan y definen a la política misma. La mortalidad en menores de cinco años y la mortalidad infantil son rastreadores sensibles de las condiciones de bienestar de una población, además, su comportamiento está vinculado con las condiciones sanitarias y ambientales imperantes y con el acceso y calidad de los servicios de salud que se proporcionan a la población.

Estudios realizados sobre el impacto de la salud en el crecimiento económico sugieren que éste puede ser de magnitud considerable. La correlación positiva entre salud e ingresos per cápita es una de las relaciones mejor conocidas en el desarrollo internacional. El nivel de salud de la población, particularmente durante períodos largos, tiende a asociarse con el nivel de crecimiento económico y con la disponibilidad general de recursos, como se evidencia al correlacionar un indicador de salud como la tasa de mortalidad infantil¹⁰ con los ingresos per cápita del PIB (Casas, 2002: 398).

Mortalidad en menores de cinco años

En México uno de los principales logros en salud durante el último medio siglo, es el descenso de la mortalidad general y en los grupos de infantes y menores de cinco años, lo cual es resultado de la implantación de políticas de salud orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, a través de la puesta en operación de estrategias y programas de promoción, prevención y atención de enfermedades infecto-contagiosas y prevenibles por vacunación, programas de apoyo alimentario y los destinados a ampliar y mejorar la prestación de servicio de salud en el país.

Ello ha permitido que la tasa de mortalidad en menores de cinco años y la mortalidad infantil se redujeran 28.2 y 23.5 puntos porcentuales entre 1990 y 2007. En 1990 la tasa de mortalidad de menores de cinco años era de 47.2 y la tasa de mortalidad infantil era de 39.2 y para 2007 las tasas fueron de 18.4 y 15.7 respectivamente (Secretaría de Salud, 2008:53). Por lo que hace a los datos sobre mortalidad neonatal¹¹, ésta ha descendido de

¹⁰ La mortalidad infantil se define como el número probable de niños que morirán antes de cumplir un año de edad por cada 1,000 nacimientos (Secretaría de Salud, 2006).

¹¹ La tasa de mortalidad neonatal expresa el riesgo de morir durante el primer mes de vida. Se calcula dividiendo el número de muertes en menores de 28 días entre el total de nacidos vivos en un mismo lugar y tiempo (Secretaría de Salud, 2006).

17.2 en 2000 a 14.2 por 1,000 nacidos vivos en 2005 (Cuadro 3.1) (Secretaría de Salud, 2006:34).

Cuadro 3.1 Indicadores de mortalidad

Indicador	Año base	Última cifra disponible	Variación %
Mortalidad de menores de cinco años (defunciones por 1000 nacimientos) ¹	47.2	18.4	-61.0
Mortalidad infantil (defunciones por 1000 nacimientos) ¹	39.2	15.7	-59.9
Mortalidad neonatal (defunciones por 1000 nacimientos) ²	17.2	14.2	-17.4

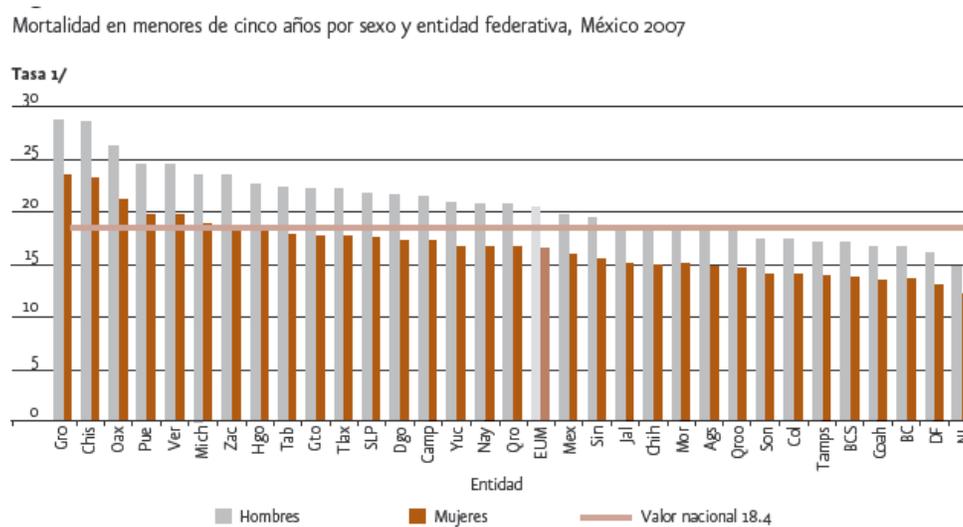
¹La cifra para línea base corresponde a datos de 1990, y la última cifra corresponde a datos de 2007

²La cifra para línea base corresponde a datos de 2000, y la última cifra corresponde a datos de 2005

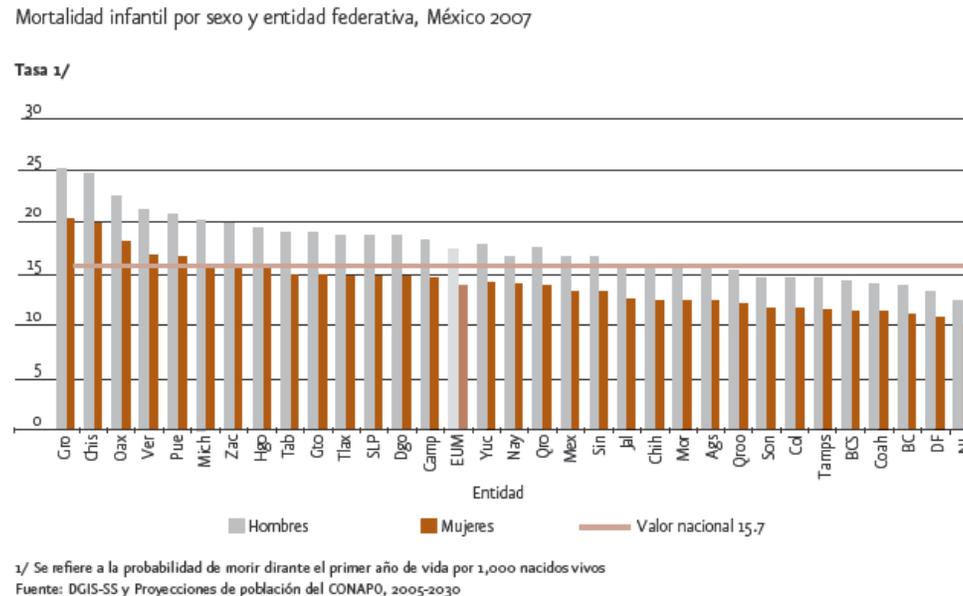
Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud 2006 y Secretaría de Salud 2008.

No obstante la importancia de la salud para el bienestar y el crecimiento económico, cuando se revisan indicadores como la tasa de mortalidad en menores de cinco años y la mortalidad infantil, la situación en México no es la esperada. Ya que si bien se han logrado avances importantes a nivel nacional, un problema grave de nuestro país son los grandes contrastes entre regiones y grupos socioeconómicos. Por ejemplo, Guerrero, Chiapas y Oaxaca son los estados que registran las más altas tasas de “mortalidad en menores de cinco años” y de “mortalidad infantil”, mientras que las tasas bajas corresponden a los estados de Nuevo León, Distrito Federal y Baja California (Gráficas 3.1 y 3.2).

Gráfica 3.1 Mortalidad en menores de 5 años por sexo y entidad federativa



Gráfica 3.2 Mortalidad infantil por sexo y entidad federativa



La probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años de vida en Guerrero es 1.9 veces mayor a la probabilidad que existe en Nuevo León; la probabilidad de fallecer antes del primer año de vida en Chiapas es 1.8 veces mayor a la probabilidad en el Distrito Federal (Secretaría de Salud, 2008:53). Por su parte, el riesgo de muerte neonatal es 2.3 veces más alto en Chiapas y Oaxaca que en Nuevo León.

La desigualdad regional se acentúa al comparar los niveles de mortalidad infantil en los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹² del país, que en 2007 registraron una mortalidad infantil de 32.6 muertes por mil nacimientos, en relación con la tasa a nivel nacional de 15.7; se aprecia que la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida en los 100 municipios con menor IDH es dos veces más alta que el promedio nacional (Secretaría de Salud, 2008:54). Estas diferencias muestran que es inadecuado pensar en políticas de salud uniformes, que puedan satisfacer con el mismo nivel de efectividad a las necesidades de todas las entidades. Dado que las inequidades en materia de salud pueden “definirse como las diferencias que son innecesarias y evitables, además de injustas” (Whitehead, 1991), el diseño de las políticas de salud debería partir del reconocimiento de tales inequidades, partiendo del “*universalismo* como principio” pero aplicando “*medidas focalizadas* como estrategia”.

De acuerdo a las cifras oficiales, en México el 80% de las defunciones en los menores de un año que se registraron durante el periodo 2000-2004 fueron producidas por causas de muerte evitable; es decir, fueron defunciones que por la tecnología médica existente en el país no debieron suceder o pudieron ser prevenidas si la distribución de recursos (humanos y tecnológicos) estuviera menos concentrada (Franco-Marina, 2006:15).

Introducción de la reforma y SPSS

La reforma estructural, por tanto, debería mejorar la justicia en el financiamiento del sistema de salud y ofrecer un programa de aseguramiento en salud para proteger a las familias más expuestas a sufrir gastos catastróficos mediante la reducción del gasto directo de bolsillo que realizan las familias al recibir la atención y sustituirlo por el pago anticipado de una cuota anual de afiliación, proporcional a la capacidad económica de la familia.

¹² El Índice de Desarrollo Humano (IDH) se construye con base en los criterios establecidos por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y está compuesto de tres dimensiones: salud, educación e ingreso. Para calcular el IDH a nivel municipal (IDHM) en México, se han llevado a cabo algunos ajustes debido a las restricciones en la disponibilidad de información, a nivel municipal, de los indicadores establecidos en su definición original (PNUD, 2005).

De 2001 a 2003 se puso en funcionamiento el Seguro Popular de Salud (SPS) como programa piloto, con la idea de extender la protección financiera en salud a las familias no cubiertas por la seguridad social a través de un seguro universal subsidiado. En mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud de México que empezó a operar formalmente el 1 de enero de 2004 con la meta de alcanzar la cobertura universal en salud antes de 2010 (González, 2006:17-18).

La estrategia de introducción de la reforma se organizó bajo un enfoque gradual mediante la implementación del Seguro Popular –brazo operativo del Sistema- que se extiende a lo largo de siete años para proteger a 12 millones de familias no aseguradas (casi 50 millones de personas), con lo que se pretende alcanzar la cobertura universal para 2010 y que se sustentó en la priorización de grupos de población, estados y localidades para generar equilibrio entre la rapidez, percepción y progresividad de la respuesta de la oferta enfocada en los pobres (Frenk, 2007:s27, s35).

Ahora bien, la reforma a la Ley General de Salud estipula dar prioridad de afiliación a las familias pobres en áreas con alta marginación y a grupos de poblaciones rurales e indígenas (DOF,2003: 57). En este sentido, nos encontramos ante una política pública con un enfoque universalista que busca lograr la equidad en el financiamiento de la salud –como una expresión de la justicia social- y que para alcanzar dicho objetivo plantea una estrategia de focalización mediante un programa de aseguramiento público.

Así, el Sistema de Protección Social en Salud pese a dirigirse primordialmente a los pobres excluidos de los sistemas de aseguramiento social tiene un corte universalista (en cuanto acceso a los servicios de salud) en tanto que permite la afiliación de la población carente de seguridad social que pertenezca a cualquiera de los estratos de ingreso y que además cubre algunas prestaciones de alto costo.

Sin embargo, manifiesta su corte selectivo en el financiamiento al incluir en el régimen no contributivo únicamente a las familias pertenecientes a los deciles I a III y para las familias del resto de los deciles de ingreso establece una cuota solidaria. Por lo tanto, la selectividad de la política social supone en un sentido una suerte de discriminación, ya

que sólo unos, en este caso algunos de los menos favorecidos, son el objeto de este financiamiento.

Como ha sido demostrado, uno de los retos más importantes que enfrentan los sistemas de salud es generar mecanismos de financiamiento eficientes, justos y sustentables que ofrezcan una protección financiera universal (Knaul, 2007: s70). La estructura financiera del Seguro Popular se basa en una lógica tripartita de derechos y responsabilidades similar a la ofrecida por la seguridad social. Esta nueva estructura financiera incluye aportaciones de tres fuentes: el gobierno federal, un contribuyente corresponsable y el beneficiario, tal como se ilustra en el cuadro 3.2.

Cuadro 3.2. Estructura de contribuciones para financiar la protección social en salud.

Esquema de aseguramiento público	Contribuciones			
	Beneficiario	Contribuyente corresponsable	Gobierno Federal	
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS (empleados asalariados del sector privado)	Cuota del empleado	Cuota del empleador privado	Contribución social	
Seguro médico del ISSSTE (empleados asalariados del sector público)	Cuota del empleado	Cuota del empleador público	Contribución social	
Seguro Popular de Salud (empleados no asalariados, trabajadores independientes y familias fuera de la fuerza de trabajo)	Cuota familiar	Contribución solidaria		Contribución social
		Estatal	Federal	

Fuente: modificado de González Pier, 2006.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley, serán sujetos del régimen no contributivo aquellas familias ubicadas en los deciles I y II de la distribución del ingreso; los hogares a partir del tercer decil y hacia arriba deben pagar una contribución familiar, que aumenta con el ingreso (DOF,2004:29). En el régimen contributivo las familias pagan una cuota familiar acorde con su nivel socioeconómico; la CNPSS establece el esquema de cuotas familiares que debe cubrir los afiliados al SPSS.¹³

¹³ La cuota familiar es anual y progresiva según el nivel de ingreso familiar. El pago de la cuota puede ser de forma trimestral. Las cuotas vigentes durante 2009, de acuerdo al decil en el que se ubican las familias se puede ver en el anexo 1.

Sin embargo, el esquema de afiliación-contribución, sufre un cambio en 2007 con la creación del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), con la finalidad de reducir la carga de enfermedad y discapacidad en los recién nacidos y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida.

El esquema financiero inicial del SPSS buscaba garantizar la solidaridad y corresponsabilidad entre los diferentes órdenes de gobierno y las familias; y modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud al reducir el gasto de bolsillo¹⁴ como fuente predominante de financiamiento y asegurar que los recursos públicos se constituyeran en la fuente principal de financiamiento del sistema de salud. Pretendía también promover una mayor equidad en la distribución de recursos públicos para salud entre zonas geográficas, instituciones y grupos de población (González Pier, 2006:35).

El SMNG privilegia instrumentos de focalización que se apoyan en la demanda y discrimina entre personas y hogares no con base en su situación socioeconómica, sino apoyando únicamente a los hogares con niños menores de 5 años e introduce un cambio en el criterio de focalización del SPSS, al incluir en el régimen no contributivo a las familias de los deciles I y hasta el VII.

Los programas selectivos son particularmente útiles cuando se trata de proveer beneficios para personas y familias que están en la pobreza extrema, o a título excepcional para personas que no están cubiertas por los sistemas de protección y seguridad social en forma regular. En algunos casos, especialmente ante la escasez de recursos, la protección se otorga a partir de mecanismos de selección, sobre la base de niveles de ingresos y condiciones de vida (pruebas de medios), con el fin de reducir filtraciones y disminuir el fenómeno del polizón (CEPAL, 2000:69).

La hipótesis de este trabajo, plantea que la introducción del SMNG, al modificar el planteamiento original en la afiliación de familias y su incorporación al régimen no contributivo, genera como resultado que el Seguro Médico para una Nueva Generación no contribuya al logro de la justicia financiera en salud toda vez que los hogares con menores de 5 años siguen incurriendo en gastos médicos por el menor y, en el caso de

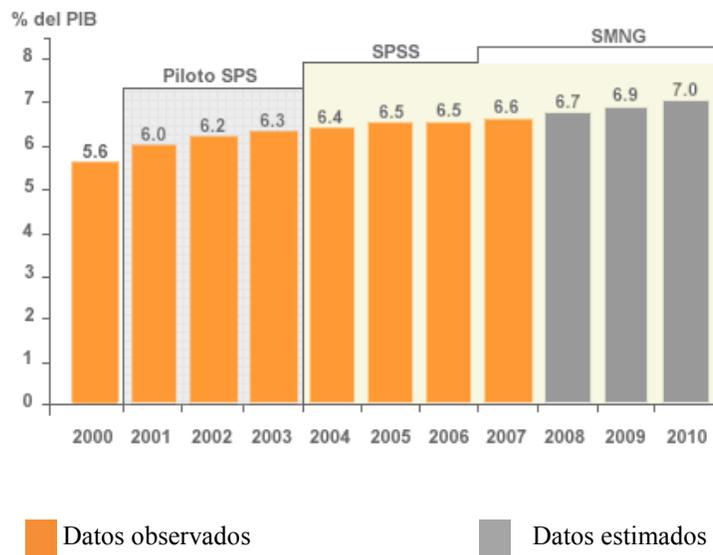
¹⁴ Pago directo al momento de recibir los servicios de salud y que proviene del propio bolsillo de la familia.

las familias de menores ingresos, dichos gastos tienen un impacto importante en el total del gasto familiar. Las secciones que siguen presentan algunos resultados de la reforma con el fin de verificar si dichos objetivos están en vías de cumplirse.

Resultados

Los resultados iniciales de la reforma son prometedores al menos en lo que se refiere a los recursos públicos y a la inversión en salud en México; ya que en los últimos años ésta se ha incrementado y aunque el porcentaje todavía es insuficiente para atender las demandas en salud y aún está por debajo del porcentaje del producto interno bruto (PIB) que otros países de ingresos medios le dedican a la salud. De un 5.6 por ciento del PIB en 2000, el gasto en salud aumentó a 6.4 por ciento en 2004, debido principalmente a la implantación del Sistema de Protección Social en Salud y ya para 2007 éste creció al 6.6% -año de introducción del SMNG- y se espera que conforme aumenta la afiliación al SPSS el monto destinado a salud crezca hasta un 7 por ciento.

Gráfica 3.3. Gasto total en salud como porcentaje del PIB, México 2000-2010



SPS: Seguro Popular de Salud SPSS: Sistema de Protección Social en Salud SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación

Fuente: Elaboración propia con información de: 2000-2006 (Sistema SICUENTAS), 2007 (OCDE Health at a Glance), 2008-2010 estimación Secretaría de Salud (2006a).

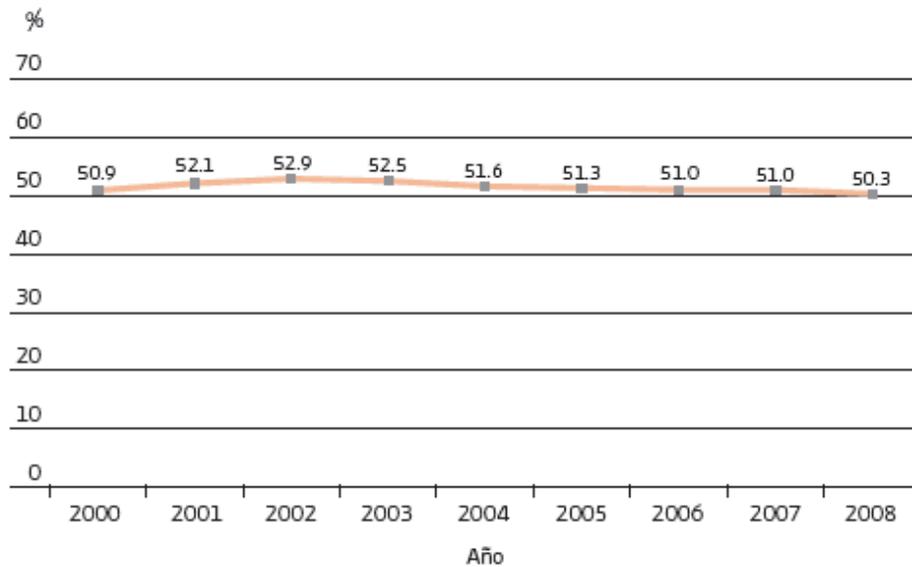
De alcanzarse la meta propuesta, aunque se trata de un aumento importante, esta cifra se ubicará todavía por debajo del promedio latinoamericano que actualmente es de 6.9% y muy por debajo de otros países de ingresos medios como Argentina 8.9% o Brasil 7.6%. Para alcanzar el nivel de inversión que permita atender las necesidades de salud de los mexicanos, se requerirán recursos crecientes que tendrán que movilizarse mediante estrategias innovadoras y sustentables de ampliación y redistribución del gasto público en salud.

Trayectoria del gasto de bolsillo en México

En México, del gasto total en salud poco más del 50 por ciento corresponde a gasto privado, y de éste un 95 por ciento son gastos de bolsillo, lo que significa que un numeroso grupo de familias todavía se ve en la necesidad de pagar directamente al proveedor de servicios al momento de recibir atención médica, estos porcentajes son los más altos en comparación con algunos países de ingresos medios de América Latina como Argentina, Uruguay, Brasil y Colombia (Secretaría de Salud, 2009: 53). Como se ha estipulado, el gasto de bolsillo es la forma más ineficiente e inequitativa de financiar la atención a la salud y rompe con el principio básico de justicia financiera. Los gastos de bolsillo, además, son regresivos.

En el año 2000, 50.9% del gasto total en salud en México fue realizado directamente del bolsillo de las familias en el momento mismo de utilizar los servicios de salud; para 2002 el gasto de bolsillo en salud fue de 52.9%, en 2004 representó el 51.6% del gasto total en salud; para 2006 el pago directo del bolsillo de los hogares correspondió al 51.0%; en 2008 es de 50.3 %; y se espera que para el 2010 este rubro concentre el 46% del gasto total en salud (Secretaría de Salud, 2006b:39).

Gráfica 3.4 Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud; México, 2000-2008



Fuente: SICUENTAS, Secretaría de Salud

A pesar de la tendencia a la baja, el porcentaje que representa el gasto de bolsillo en México aún se debe considerar elevado, y la disminución registrada probablemente se debe más al ritmo de crecimiento del gasto público en salud, particularmente del gasto en salud para población no asegurada, que a la reducción del gasto de bolsillo durante los últimos seis años.

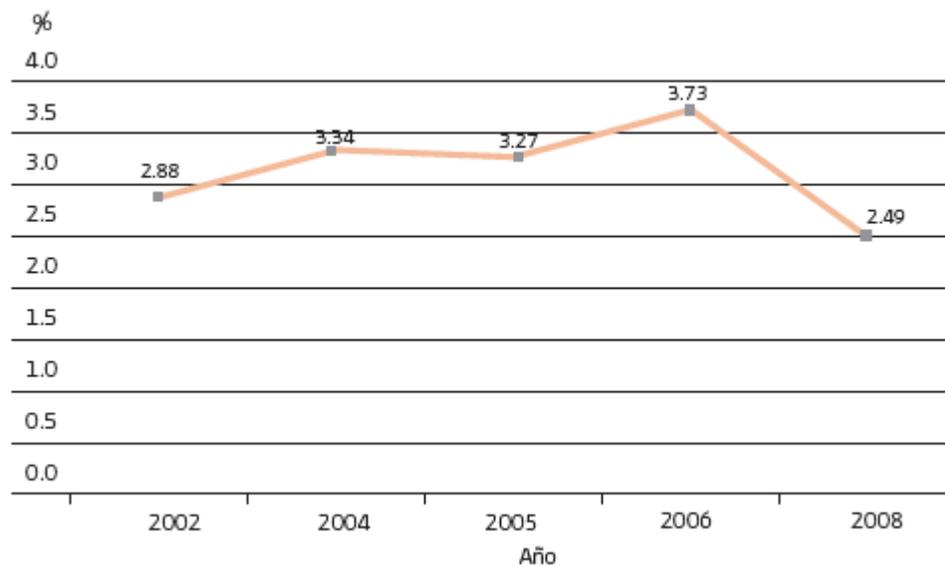
El gasto de bolsillo expone a las familias a pagos excesivos imposibles de anticipar por la incertidumbre involucrada en la ocurrencia de una enfermedad o accidente. Este gasto frena la efectividad de la atención preventiva ya que las personas suelen posponer la atención médica hasta que la enfermedad se agrava; finalmente la enfermedad debilita la posición como consumidores de servicios de salud toda vez que ante una emergencia no es fácil realizar juicios sobre costo y calidad de los servicios a adquirir.

Gasto catastrófico

Para el año 2000 se calculaba que alrededor del 4 por ciento de los hogares del país incurrieron en gastos catastróficos (Secretaría de Salud, 2002: 74). Con información de las Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la Secretaría de

Salud estimó que en 2002 los hogares que enfrentaron gastos catastróficos representaron un 2.88 por ciento del total de hogares, mientras que en 2006, año que registra el valor más elevado durante el periodo de 2002 a 2008, un 3.73 por ciento de los hogares incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Los cálculos con base en la ENIGH 2008 establecen que el porcentaje de hogares con gastos catastróficos fue de 2.49 por ciento.

Gráfica 3.5 Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud; México, 2002-2008



Fuente: Secretaría de Salud, con datos de la ENIGH 2004 y 2006, y CONEVAL

Cualquier hogar puede llegar a enfrentar la enfermedad de alguno de sus miembros. Si la familia se ve obligada a asumir el costo de la atención, su capacidad para cubrir otras necesidades básicas puede verse mermada. Las familias de altos ingresos pueden tener que vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros, pero las familias de ingresos bajos pueden llegar a perder su patrimonio, construido durante toda una vida. Es en muchas ocasiones un verdadero dilema: la vida o el esfuerzo de toda la vida, que sirve para salvar una vida.

Los gastos catastróficos y empobrecedores son más comunes entre la población no asegurada. Para el año 2003, 9.6% de los hogares no asegurados sufrieron de estos gastos frente a sólo un 2.2% de los hogares que si cuentan con algún tipo de aseguramiento. Sumado a ello, prácticamente la totalidad de los gasto empobrecedores

por motivos de salud se presentaron en el 20% más pobre de los hogares del país (Secretaría de Salud, 2004: 92).

Evolución en la población afiliada al SPSS

El deterioro en la protección financiera afecta tanto a las familias con acceso a la seguridad social como a las familias no aseguradas. Sin embargo, datos recientes muestran que desde el año 2000 la mejoría se presenta únicamente entre la población no asegurada o con Seguro Popular, ya que en el caso de la población asegurada los cambios tienden a no ser significativos. Para ese año, sólo el 7% de las familias de los dos deciles más pobres estaban aseguradas (principalmente a través de IMSS o ISSSTE). Para 2004 esta cifra había aumentado a 37% a medida que las familias de este grupo se afiliaron al Seguro Popular (Frenk, 2007: s33).

La unidad de afiliación al seguro popular es la familia, entendida como el titular y su cónyuge, los hijos menores de 18 años y los ascendientes mayores de 64 años que dependen económicamente del jefe de familia.¹⁵

Cuadro 3.3 Afiliación de familias al Seguro Popular por decil de ingreso

Año	Total de familias	% de familias por decil de ingreso									
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
2001	59,484	n/d ¹									
2002	295,210	39.3	31.8	22.6	5.07	0.53	0.35	0.20	0.15	-	-
2003	613,938	64.99	23.38	10.02	1.35	0.11	0.08	0.04	0.03	-	-
2004	1,563,491	66.97	27.21	4.71	0.87	0.11	0.07	0.04	0.02	0.009	0.002
2005	3,556,032	63.53	31.35	3.85	0.73	0.23	0.13	0.08	0.05	0.030	0.005
2006	5,100,000	67.055	28.909	3.091	0.536	0.17	0.104	0.057	0.041	0.024	0.013
2007	7,293,539	70.591	26.268	2.189	0.952 ²						
2008	8,812,918	74.060	22.827	1.957	1.157 ²						
2009 ³	9,612,943	72.882	23.427	2.183	1.507 ²						

1/ Dato no disponible

2/ Agrupa las familias beneficiarias del decil IV al X

3/ información a junio de 2009

Fuente: Elaboración propia con información de: 2001 (González Pier, 2006:29); 2002 (Secretaría de Salud, 2003:215); 2003 (Secretaría de Salud, 2004:103); 2004 (Secretaría de Salud, 2005:79); 2005 (Secretaría de Salud, 2006c:89); 2006 (Secretaría de Salud-CNPSS, 2007:34); 2007 (Secretaría de Salud-CNPSS, 2008:44); 2008 (Secretaría de Salud-CNPSS, 2009:38); 2009 (Secretaría de Salud-CNPSS, 2009a:40).

¹⁵ También pueden considerarse a los hijos de hasta 25 años, solteros, que prueben ser estudiantes o discapacitados dependientes. Las personas mayores de 18 años, se afilian de forma individual y se les denomina familia unipersonal (González Pier, 2006: 54).

Del cuadro anterior, resulta interesante que a partir del año 2007, año de la introducción del SMNG, los datos presentados por la CNPSS, para las familias de los deciles IV a X afiliadas al SPSS se presenten de manera agregada y no con datos independientes como se venía haciendo en años anteriores.

De los datos antes presentados, puede notarse que, excepto el año de arranque del programa piloto, en todos los años, más del 98% de las familias afiliadas pertenecen a los tres primeros deciles de ingreso, lo que aparentemente estaría confirmando la prioridad en la cobertura otorgada a las familias de menores recursos.

Sin embargo, algunos estudios demuestran que hasta 2006, el Seguro Popular clasificaba a la mayor parte de los afiliados como pertenecientes a los dos deciles más bajo de ingresos y por ende no tenían que pagar una prima de seguro y que una comparación del perfil de ingreso de los afiliados sugiere que muchos hogares que no están en esos deciles de ingreso se están afiliando al Seguro Popular, pero se les está clasificando como pertenecientes a ellos (Gakidou, 2007:s105). Y lo mismo puede suponerse ocurre con los datos de afiliación hasta el año 2009.

La clasificación de la mayoría de los hogares como pertenecientes a los dos deciles más bajos al momento de la afiliación es insostenible en el largo plazo. Este desvío en la afiliación al parecer está generando un poderoso incentivo de afiliación en familias de mayores ingresos y es probable que esté generando distorsión en los beneficios a las familias de menores ingresos.

Más aún, si presentamos la información anterior, agrupando a las familias beneficiarias por tipo de régimen de contribución, esto es, decil I a III o régimen no contributivo y decil IV a X régimen contributivo, los datos muestran que, no obstante que la participación de las familias de los deciles con mayores ingresos tuvo un descenso en su afiliación hasta el 2006, a partir del año 2007, año de la introducción del SMNG, presentan un incremento en su afiliación al sistema.

Cuadro 3.4 Porcentaje de familias afiliadas al SPSS por tipo de régimen

Año	Régimen no contributivo Deciles I a III %	Régimen contributivo Deciles IV a X %
2001	n/d	n/d
2002	93.7	6.3
2003	98.39	1.61
2004	98.89	1.121
2005	98.73	1.255
2006	99.055	0.945
2007	99.048	0.952
2008	98.844	1.157
2009 ¹	98.492	1.507

1/ Información al primer semestre de 2009

Fuente: elaborado a partir de datos del cuadro 3.2

Si bien es cierto que el incremento en el número en las familias aseguradas pertenecientes a los deciles con mayores ingresos es marginal, no por ello, deja de ser notable que se esté generando un incentivo de afiliación entre las familias de mayores ingresos.

Desafortunadamente, la población con mayor probabilidad de enfrentar gastos catastróficos por motivos de salud es la económicamente más vulnerable; la que no tiene los beneficios de la seguridad social, ni de algún seguro de gastos médicos; la que reside en áreas rurales y la que pertenece al 20% de la población más pobre del país.

La protección financiera en salud puede servir como red de seguridad para las familias para proteger su capacidad de financiar la atención médica y protegerlas contra las crisis de salud que aumentan las necesidades de atención médica. La protección en salud estaría ayudando a garantizar que la enfermedad no obligue a las familias a elegir entre la ruina económica y la salud.

La focalización en el Sistema de Protección Social en Salud busca, pues, que se minimice el riesgo de errores de inclusión y evitar que el beneficio se filtre hacia la población que cuenta con seguridad social o hacia segmentos sociales diferentes del grupo destinatario (población perteneciente a los deciles de ingresos más altos), o errores

de exclusión, y que la brecha entre el universo de los destinatarios y los sujetos acogidos por el programa aumente.

Seguro Médico para una Nueva Generación

El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), se inserta en la estrategia 7 del Programa Nacional de Salud 2007-2012: “Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona”, en su línea de acción 7.1 “Establecer el Seguro Médico para una Nueva Generación, que incorporará a todos los niños no beneficiarios de la seguridad social al SPSS”. La meta es afiliarse al 100% de las familias sin seguridad social que tengan niños nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006 y que así lo soliciten; asimismo, ampliar la cobertura de intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación para la población beneficiaria.

El SMNG establece operar en todas las localidades del territorio nacional donde habitan familias con niños nacidos a partir del 1° de diciembre del 2006 y hasta que cumplan 5 años de edad, que no sean derechohabientes de la seguridad social y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del programa.

La rectoría del SMNG es responsabilidad de la Secretaría de Salud que, conforme a sus Reglas de Operación (DOF, marzo 2008 y diciembre 2008), determina la normatividad para la instrumentación, operación, seguimiento y evaluación del programa.

El programa busca promover, atender y conservar un mejor estado de salud de los niños mexicanos menores de cinco años, que al no ser derechohabientes de la seguridad social estén afiliados al Sistema, a través del otorgamiento gratuito de atención a la salud en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El SMNG es un programa público, asistencial, voluntario y es cubierto mediante un subsidio federal proveniente de recursos fiscales del presupuesto del ramo de salud, autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. El SMNG utiliza como vehículo financiero al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). En términos operativos esto se traduce en la ampliación del paquete de beneficios para los niños afiliados, además de las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios

de Salud (CAUSES)¹⁶ y de las intervenciones financiadas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)¹⁷, se incorpora el tratamiento de 17 padecimientos congénitos y adquiridos con intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

Los menores afiliados tienen, durante la vigencia de sus derechos, garantizado el derecho de recibir gratuitamente la atención médica de primer nivel y especializada, mediante un paquete de acciones preventivas, intervenciones de salud y sus medicamentos asociados incluidos en el SMNG, integrados por un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida; estudios de laboratorio que permitan diagnósticos tempranos; y atención médica y medicamentos para los padecimientos que afectan a los niños menores de 5 años por el SMNG, de acuerdo a la lista de padecimientos diseñada para atender a ésta población, los cuales no están incluidos en CAUSES ni cubiertos por el FPGC. Adicionalmente, ya que los menores afiliados al SMNG también están incorporados al SPSS, tienen derecho a las 101 intervenciones correspondientes al primer y segundo nivel de atención que se encuentran contenidas en CAUSES del SPSS y, las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC aplicables a niños.

Resultados del Seguro Médico para una Nueva Generación

Las Reglas de Operación del SMNG no limitan el acceso a las familias por su nivel socioeconómico o área geográfica, ya que el criterio de elegibilidad es ser población no cubierta por la seguridad social. La meta de afiliación para cada año se basa en la estimación de familias con niños recién nacidos que son susceptibles de incorporarse al esquema del SMNG,

De acuerdo con las cifras reportadas por la CNPSS al 30 de junio del 2009, se cuenta con un total de 2,220,542 afiliados, de los cuales 819,410 niños se afiliaron en 2007,

¹⁶ Este catálogo describe las intervenciones de salud que recibirá la familia beneficiaria del SPSS. Este catálogo describe de manera explícita y pormenorizada un conjunto de servicios, el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud y enfermedades descritas en el mismo.

¹⁷ Este fondo es parte del SPSS y busca otorgar servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con seguridad social y que padecen enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar.

1,852,891 niños en 2008 y 367,651 infantes durante el primer semestre de 2009 (SSA, 2009:151).

Gráfica 3.6 Afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación



Fuente: 3er Informe de labores SSA:151

Una evaluación que tome en cuenta el criterio de equidad distributiva con fundamento en el acceso de los más vulnerables, debe medir la eficacia de la cobertura incluyendo no sólo los requisitos del programa, que son indicadores necesarios pero no exhaustivos ni suficientes de la situación de vulnerabilidad de un hogar. En ese sentido, es imprescindible percibir que hay múltiples formas disponibles de focalización y éste no se restringe sólo a considerar la presencia de un menor de cinco años nacido a partir de diciembre de 2006 como criterio de corte.

Asimismo, se debe tener en mente que la pobreza está asociada a la estructura de oportunidades y al contexto sociocultural y económico de las personas; la pobreza también se vincula con posibilidades y limitaciones locales, por lo que no basta con actuar sobre las carencias individuales o familiares, sino diferenciar por estados, regiones y localidades con menores posibilidades de acceso a los servicios y que es donde se ubican las familias con mayores carencias. La información de las familias afiliadas por tipo de localidad, muestra que para el año 2009 el 64.1% de las familias incorporadas al SPSS habita en ciudades, en tanto que en el SMNG el 72% de los

hogares beneficiados están ubicados en localidades urbanas (SSA, CNPSS Informe 2009: 43-44). Así pues, aunque la reforma a la Ley General de Salud y los objetivos del SPSS estipulan dar prioridad de afiliación a las familias pobres en áreas con alta marginación y a grupos de poblaciones rurales e indígenas, los datos indican que la afiliación se sigue concentrando en las zonas urbanas del país.

Estos resultados indican que es en las localidades rurales donde se requiere un mayor esfuerzo de cobertura y afiliación en materia de salud, por lo que el Programa debería analizar su estrategia de cobertura de tal forma que amplíe los servicios de salud en zonas rurales. De ahí que sea necesario acercar la infraestructura y los servicios médicos a todas las zonas rurales del país, en particular a entidades como Oaxaca y Chiapas, donde la proporción de familias rurales afiliadas al SMNG es significativamente menor a la proporción de hogares en zonas urbanas.

La idea general que se deriva de este análisis es que los mayores niveles de progresividad del gasto público están relacionados estrechamente con la extensión de la cobertura. La selectividad jugaría en este esquema un papel subsidiario con funciones específicas por cumplir. Dicho de otro modo, lejos de ser conflictivo, asignar más recursos para los más pobres es consistente con el principio de la universalidad y es esencial para la equidad (Fonseca, 2008:14-15).

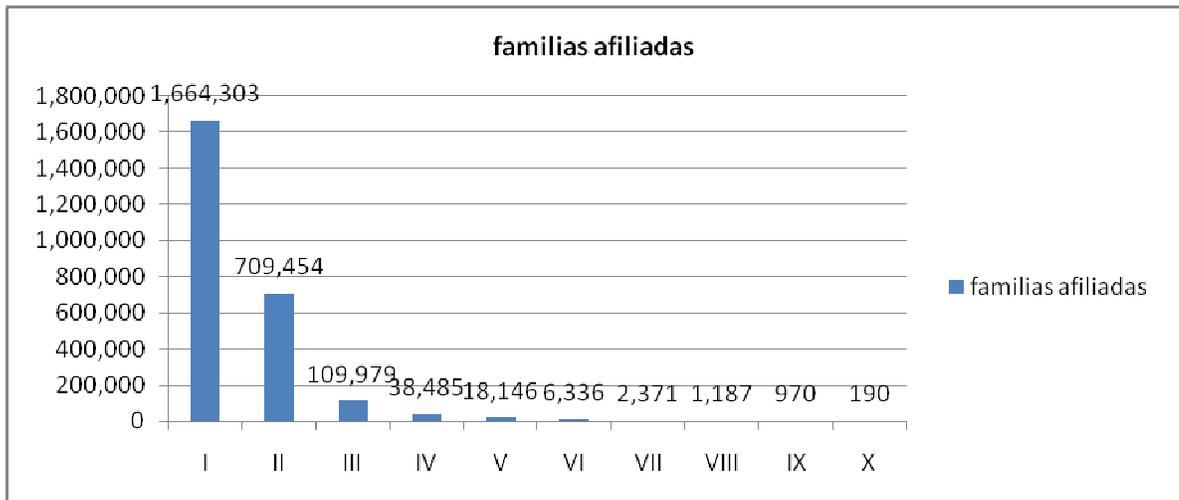
Es necesario cuestionar si es válido otorgar prioridad y apoyar -a través de mecanismos específicos- sólo a algunas familias en situación de una posible desventaja (debido básicamente a la composición de la familia) y preguntarse cuáles son las dimensiones de mayor peso en la situación de estas familias.

Respecto a la población objetivo, corresponde apreciar en qué medida los bienes y servicios están llegando a la población objetivo definida durante la formulación de la política, por tanto analizar y evaluar la cobertura y la focalización del programa (Cohen y Franco, 2005:112).

El criterio universal del Seguro Médico para una Nueva Generación estaría garantizado al permitir la afiliación de cualquier familia con un menor de cinco años que no cuente con servicios de seguridad social; sin embargo, *las ventajas de la focalización se pierden al ampliar el régimen no contributivo a familias con menores necesidades pero a*

quienes se les está generando un incentivo de afiliación debido al tipo de servicios de alto costo y alta especialidad que el programa les ofrece.

Gráfica 3.7 Familias afiliadas al SMNG por decil de ingreso acumulado a 2009



Fuente: Construcción propia con datos del Padrón de Beneficiarios SMNG, 2009

Si partimos de un criterio de equidad que contemple la necesidad de asistir a los hogares más vulnerables debemos evaluar, por un lado, la eficacia de la cobertura del programa en función de indicadores de vulnerabilidad y a partir de ahí establecer cuál es la probabilidad de que los hogares más vulnerables ingresen y se beneficien del programa y que dicho programa no esté generando dispersión de los recursos en beneficio de sectores no pobres, a raíz de un mal diseño y de la ampliación de la población objetivo a grupos con menores necesidades (Del Tronco, 2005:174, 178).

De acuerdo los datos de afiliación al programa a septiembre de 2009 (cuadro 3.5), poco más del 97% de las familias afiliadas pertenecen a los tres deciles de menores ingresos y casi 3 % pertenece a los deciles IV a X. Sin embargo, del total de los hogares de los deciles de mayores ingresos 65,338 familias están incluidas en el régimen no contributivo, lo que equivale al 2.55% del total de familias afiliadas al SMNG; así, tan sólo el 0.045% de las familias aporta cuota al programa.

Cuadro 3.5 Porcentaje de familias afiliadas SMNG por decil de ingreso

Decil de ingreso	Número de familias afiliadas	%
I	1,664,303	65.066
II	709,454	27.736
III	109,979	4.300
IV	38,485	1.505
V	18,146	0.709
VI	6,336	0.248
VII	2,371	0.093
VIII	1,187	0.046
IX	970	0.038
X	190	0.007

Fuente: Construcción propia con datos del Padrón de Beneficiarios SMNG, 2009

Así, mientras que en el Seguro Popular para 2009 el 1.50% de la población afiliada que pertenece a los deciles de mayores ingresos aporta su cuota familiar al programa, en el caso del SMNG sólo el 0.045% de los beneficiarios aporta su cuota.

La progresividad lograda por la focalización de la política social –el Sistema de Protección Social en Salud- se pierde en el programa del Seguro Médico para una Nueva Generación ya que éste extiende el régimen no contributivo a la población de los deciles de mayores ingresos y posiblemente estaría dejando fuera de los beneficios del programa a población con mayores carencias pero con menores posibilidades de acceso a los servicios que viven en localidades en zonas rurales y que no cuentan con servicios de seguridad social.

Es entonces posible que, la variación en la política de contribución social del SMNG al establecer que únicamente las familias pertenecientes a los deciles ocho al diez están obligadas a pagar una contribución familiar, puede generar efectos adversos no intencionales en términos de justicia financiera; esto es que los beneficios del programa podrían concentrarse en familias de mayores ingresos, ya sea porque tienen mayor formación educativa o que residan en localidades cercanas a las unidades de salud más especializadas.

Al parecer, las mismas Reglas de Operación del Programa estarían generando también una distorsión en la afiliación -y probablemente también un cambio en la justicia en la contribución financiera- toda vez que la afiliación al SMNG se realiza en función de una

meta de afiliación anual propuesta por las entidades federativas con criterios de demanda potencial y de factibilidad de la prestación de los servicios de salud. Dicha meta numérica está sujeta al cumplimiento de por lo menos el 75 por ciento de la meta de afiliación al SMNG de familias nuevas, así como de la meta de altas de recién nacidos en familias y la CNPSS está facultada para retener o suspender los pagos correspondientes a los apoyos para la operación del programa cuando no se cumpla la meta (DOF, diciembre 2008).

Entonces, no sería de extrañar que en el proceso de afiliación de las familias al SMNG no se esté brindando prioridad a las familias de menores ingresos y que habiten en zonas rurales y que, en cambio, se busque afiliar a todas las familias posibles, independientemente de su lugar de residencia y nivel socioeconómico; e incluso se puede sospechar que –con el afán de cumplir la meta anual- algunos hogares pertenecientes a los deciles de ingreso alto se están clasificando en el régimen no contributivo.

Gasto en salud de las familias con menores de 5 años

La premisa principal del SMNG en lo que respecta a gastos en salud, es que los hogares beneficiarios no deben gastar -directamente de su bolsillo- en la salud del niño afiliado, lo que contribuirá a evitar el empobrecimiento de las familias por problemas de salud, como se establece en los objetivos de las reglas de operación. Sin embargo, los hogares afiliados sí gastan en la salud de los niños cubiertos por el SMNG, con lo que se incumple uno de los objetivos básicos del programa y con lo que el mismo no estaría contribuyendo a la justicia financiera en salud.

De acuerdo con los resultados de una encuesta nacional del SMNG¹⁸ realizada en 2009 para la CNPSS, con base en la información de gasto en salud, el 63.3 por ciento de los hogares beneficiados gastaron en salud del menor, y el 70.9 por ciento en salud del hogar en general, siendo mayor el porcentaje de hogares urbanos en comparación con los rurales (Secretaría de Salud-CNPSS, 2009b).

¹⁸ La encuesta incluyó una muestra para población beneficiaria con representatividad nacional, urbana y rural; la información se recolectó en entrevista directa durante el primer cuatrimestre de 2009.

Cuadro 3.6 Porcentaje de familias afiliadas al SMNG que realizaron gasto en salud por decil

Deciles	Gastaron en salud del niño	Gastaron en salud del hogar
I	51.5%	59.2%
II	66.1%	74.4%
III	67.8%	75.0%
IV	73.4%	81.6%
V	81.8%	88.4%
VI	81.8%	89.3%
VII	89.0%	91.5%
VIII	91.4%	94.3%
IX	68.1%	88.7%
X	100%	100%

Fuente: cálculos de la Encuesta Nacional del SMNG

Asimismo, se observa que entre más bajo el decil -es decir, entre menor la capacidad económica de los hogares-, es más baja la proporción de hogares que gastan en salud, tanto del niño como de todos los miembros del hogar. Sin embargo, en el gasto de bolsillo en salud, debe considerarse el gasto en salud reprimido, que implica que la ausencia de gasto en salud en los hogares puede obedecer a diversas razones, tanto positivas como negativas: una buena cobertura en la afiliación o en los servicios, ausencia de eventos de morbilidad en el periodo, precariedad de los ingresos del hogar y falta de acceso a crédito que impiden realizar gastos en episodios de morbilidad (CEPAL, 2008b: 88).

Los datos anteriores entonces podrían interpretarse en dos sentidos: 1) que son precisamente los hogares de los deciles de ingreso menor los más beneficiados por el SMNG y por tanto los que más uso hacen de los servicios de salud para población abierta; 2).que los hogares de los deciles más bajos se excluyen a sí mismos de los sistemas de salud privados por cuestiones económicas, lo que implica que postergan o anulan la asistencia médica, con repercusiones importantes para la salud de los miembros de estos hogares.

Esta segunda posibilidad tendría como fundamento los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)-2008 que señala para el periodo comprendido entre 2006 y 2008 una reducción en los ingresos corrientes de los hogares

por aproximadamente 1.6% en términos reales y en particular el retroceso de 8% para el decil de menores recursos.

Por el lado del gasto corriente de los hogares, la ENIGH-2008 indica una reducción real de 12.7% con respecto a la ENIGH-2006. Como resultado de los menores ingresos, las familias disminuyeron sus erogaciones más que proporcionalmente. El gasto atribuible a cuidados de la salud fue del 3.1% del total del gasto y presentó una caída de 33.3% en el periodo de referencia (INEGI; 2009).

Un factor importante a considerar son las diferencias en la asignación del gasto dependiendo del decil de ingresos. La ENIGH-2008 revela gastos inaceptables que los hogares de los primeros deciles de ingreso realizan para acceder a bienes y servicios de salud que son de 48% en el primer decil y el 23% para el segundo decil. Por principio, las familias afiliadas al SPSS – o que cuenten con servicios de seguridad social-pertenecientes a los primeros dos deciles de ingreso no deberían gastar en cuidados de la salud.

De igual manera, las familias afiliadas al SMNG no deberían gastar en la salud del niño; este gasto sigue siendo una carga importante para los hogares, por lo que no se está cumpliendo con el objetivo del programa de reducir la carga económica que representa atender la salud del niño beneficiario. El alto porcentaje de familias que tienen estos gastos puede estar apuntando entre otras causas a un problema de cobertura en la población objetivo, problemas de acceso a las unidades médicas que ofrecen el SMNG o bien a un problema en la calidad del servicio que se otorga.

Más aún, los resultados de la encuesta nacional del SMNG señalan que el gasto en salud del menor representa una carga importante para los hogares, aún cuando están afiliados al SMNG. Para los hogares que gastaron en la salud del niño, dicho gasto representa, en promedio, el 66.3 por ciento del gasto en salud del hogar y el 6.4 por ciento del gasto total del hogar.

No se debe soslayar el gasto en salud del hogar descontando el gasto en salud del niño, que representa para los hogares afiliados al SMNG el 3.2% del gasto total del hogar. Es entonces importante señalar que el resto de la familia también debería estar afiliada al Seguro Popular, por lo que tampoco el hogar debería tener gasto en salud.

Sin embargo, aun cuando los gastos de las familias de menores ingresos son nominalmente bajos, son altos como proporción del ingreso disponible de los hogares e incluso para algunas familias implica pasar la línea de pobreza; a su vez, los gastos nominalmente altos –e incluso excesivos- entre las familias con mayores ingresos gastos no llevan al hogar a la pobreza.

Gastos catastróficos en familias afiliadas al SMNG

De acuerdo con dicha encuesta, respecto a las familias que cuentan con el SMNG y que incurrieron en gastos catastróficos para atender la salud del niño, un total de 4.4% de ellas cayeron en esta situación. Al ver la información por deciles de ingreso, las cifras son como siguen.

Cuadro 3.7 Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud del menor

Deciles	Hogares con gasto catastrófico %
I	4.6%
II	3.9%
III	3.5%
IV	4.5%
V	5.8%
VI	3.6%
VII	7.0%
VIII	5.4%
IX	3.3%
X	0.0%

Fuente: cálculos de la Encuesta Nacional del SMNG

El análisis de los datos permite observar que aún es alto el porcentaje de familias que a pesar de estas incorporadas en el SMNG siguen incurriendo en gastos catastróficos por motivos de salud de los niños menores de 5 años, sin importar su nivel de ingreso; y que las familias de los deciles IV al VII -incorporadas al régimen no contributivo del SMNG- son las que más recurren al gasto de bolsillo en salud y son las que presentan un mayor porcentaje de gasto catastrófico.

Nuevamente, el menor porcentaje de familias de bajos ingresos con gastos catastróficos en salud del menor de 5 años no debe atribuirse sólo a que éstas se beneficien más del

programa sino que, en algunas circunstancias, un gran número de estas familias postergan o evitan los gastos en salud del menor, por mucho que ellos sean necesarios y adecuados para restablecerla (CEPAL, 2008b: 86).

Contribución del SMNG a la justicia financiera en salud

Como ya se había señalado en el capítulo 1, en un sistema de salud equitativo los riesgos que corre cada familia debido a los costos del sistema de salud se distribuyen según la capacidad de pago y no según el riesgo de enfermedad. Un sistema de salud en el cual las personas o las familias son empujadas a la pobreza por pagar la atención médica que necesitan o se ven obligadas a prescindir de dicha atención debido a su costo no es equitativo.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos a partir de la introducción del SPSS, por lo que se refiere al gasto de bolsillo de las familias que no contaban con seguridad social y con datos del año 2008 para las familias mexicanas que aún pagan directamente por servicios de salud, estos gastos representan el 50.3 por ciento del total de sus gastos, sin embargo, entre las familias afiliadas al SMNG estos gastos ascienden al 63.3 por ciento del total de gasto de la familia.

Por otra parte, el porcentaje de familias que incurren en gastos catastróficos, -tomando como referencia el mismo año-, para la población en general ascendía al 2.49 por ciento de las familias, y no obstante la creación del SMNG, las familias afiliadas a este programa siguen presentando gastos catastróficos en el 4.4 por ciento de las familias.

También se señaló anteriormente que la forma en que se financia la atención sanitaria es perfectamente equitativa si la razón entre la contribución sanitaria total y el total de gastos que no sean en alimentos es idéntica para todas las familias, independientemente de sus ingresos, su estado de salud o su utilización del sistema sanitario y que el financiamiento no sería equitativo si las familias pobres gastaran una parte mayor que las ricas, ya sea porque estuvieran menos protegidas por sistema de pago anticipado y, por consiguiente, tuvieran que pagar una parte relativamente mayor de su bolsillo, o porque los mecanismos de pago anticipado fueran regresivos.

1) Primero, si tomamos los datos de las familias afiliadas al SMNG por decil de ingresos y que presentan gastos catastróficos, podemos ver que son pocas las familias de los deciles de mayores ingresos que llegan a caer en esta situación ya que dichos gastos en salud representan un porcentaje menor de sus ingresos y, por tanto, podríamos suponer que al incluirlas en el programa se estarían desviando recursos que de otra manera estarían destinados a familias de menores ingresos.

2) Segundo, también se puede observar que es entre las familias de ingresos medios en donde se presenta un mayor número de casos con gastos catastróficos –aún cuando están afiliadas al SMNG bajo el régimen no contributivo- y por lo tanto, se podría suponer que éstas familias prefieren utilizar otros servicios de salud privados no obstante que éstos les representen un gasto importante del ingreso familiar y, en consecuencia, el modificar el esquema de contribución familiar e incluirlas en el régimen no contributivo resulta regresivo para la justicia financiera ya que los recursos asignados a éstas familias no se destinan a los hogares de menos ingresos entre los que los gastos de bolsillo son relativamente más onerosos, el acceso a otras modalidades de aseguramiento es menor y la contribución familiar es menor.

3) Tercero, como ya se ha venido señalando, el menor porcentaje de familias de los deciles de ingresos bajos que incurren en gastos catastróficos por motivos de salud, no se pueden explicar únicamente porque sean los más beneficiados por el SMNG sino que se tendría que definir cuántas de estas familias incurren en un endeudamiento que las lleva a caer por debajo de la línea de pobreza debido al gasto realizado; más aún tendría que definirse cuántas de las familias de estos deciles no incurren en gastos catastróficos porque definitivamente postergan o evitan el gasto en salud.

Capítulo 4. Conclusiones y recomendaciones de política

No obstante que los datos presentados no permiten realizar inferencias causales, este trabajo presenta un esbozo preliminar del impacto potencial en la equidad y justicia financiera del gasto de bolsillo y la proporción de hogares afiliados al SMNG con gastos catastróficos en salud. La evidencia presentada ofrece resultados para la planeación del SPSS y específicamente para el SMNG que lleven a considerar *diferentes escenarios de afiliación y de inclusión de familias en el régimen no contributivo* y, por lo tanto, *de reducción en los gastos de bolsillo*. Queda por demostrar de manera causal, y no solo a través de información exploratoria, qué tan bien la política –SMNG- recupera o alcanza la justicia financiera e intenta resolver la paradoja de que no se hace pagar a familias que pueden pagar y se deja de atender a familias que no pueden pagar.

En todo caso -y sin duda esto forma parte del análisis y del debate sobre un programa como el SMNG- resulta común que la definición de las políticas y los programas sociales reflejen imputaciones causales que se pretenden irrefutables; de ahí que la actual administración reconozca a los niños como una población que requiere de atención especial y que por tal razón implanta iniciativas para atender de manera prioritarias las necesidades de los niños en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, y atención médica curativa; implicando que invertir en la salud de los menores es invertir en el desarrollo humano y que en realidad derivan de razones prácticas; es decir, sólo se replica el esquema de funcionamiento de programas anteriores.

La decisión de afiliar únicamente a los niños nacidos a partir de diciembre de 2006, excluyó a todos los niños menores de cinco años que ya hubieran nacido antes de esa fecha, en razón de la disponibilidad presupuestal, de las metas programáticas anuales de afiliación y a que la mayor parte de la morbilidad y mortalidad se presentan en la etapa perinatal. Sin embargo, la inclusión de todos los menores de cinco años en el SMNG podría acelerar el descenso en las tasas de mortalidad en este grupo de edad. Está demostrado, por ejemplo, que los niños de poblaciones pobres tienen una desaceleración importante en el crecimiento y desarrollo debido a desnutrición y anemia; asimismo, los niños entre dos y cinco años todavía presentan tasas importantes de mortalidad por enfermedades infecciosas.

Sin embargo, la inequidad persistente de la mortalidad en los menores de cinco años y en particular, la inequidad en la mortalidad infantil en nuestro país, tanto en términos de pobreza como geográficos estarían apuntando –probablemente- a mecanismos de focalización diferentes a los propuestos en el que puedan contribuir a expandir la protección en salud de los hogares más pobres y contribuir efectivamente a la justicia financiera en salud.

Los resultados presentados en los informes oficiales, muestran que no hay evidencia de la efectividad del SMNG toda vez que sus indicadores sólo se refieren al desempeño en tanto eficiencia en el gasto y a la gestión del programa y no miden el grado de alcance de los objetivos del programa y no compromete indicadores que permitieran medir su incidencia sobre la justicia financiera.

Los indicadores no proporcionan información acerca del acceso real, -ni de la cobertura efectiva- de los afiliados a la atención médica ni de la accesibilidad económica y geográfica de los servicios de salud. Tampoco se da cuenta de la calidad de la atención médica, ni de su eficacia para resolver los daños a la salud, que estaría denotando el grado en que en realidad se alcanzan las metas del programa en un tiempo determinado, independientemente de su costo.

Además de los indicadores claramente administrativos y de gestión ligan la rendición de cuentas del SMNG al logro de la meta anual de afiliación de familias lo que podría estar generando una distorsión en la afiliación -y probablemente también un cambio en la justicia en la contribución financiera- ya que puede sospecharse que en el proceso de afiliación de las familias al SMNG y con el afán de cumplir la meta anual, algunos hogares pertenecientes a los deciles de ingreso alto se están clasificando en el régimen no contributivo.

El SMNG es un programa de reciente creación y tiene como principal fortaleza que forma parte de la estructura del SPSS cuyo diseño contempla los mecanismos financieros, legales y organizacionales para facilitar el acceso a servicios de salud a una población vulnerable. Bajo esta lógica, la política social es una actividad del Estado quien desarrolla programas en los que realiza todas las funciones (financia, diseña, implementa, supervisa y evalúa).

Sin embargo, el posible agotamiento de esta concentración de responsabilidades postula que el Estado ya no debe hacer las mismas cosas que en el pasado, ni de la misma manera ya que surgen otros actores con quienes puede compartir funciones y por tanto se podría privilegiar que las decisiones se tomen en el ámbito local, para lo cual promueve tanto la desconcentración como la descentralización. El SPSS permite tener un marco legal, operativo y financiero similar para todas las entidades, las inequidades provenientes del rezago en inversión y las diferencias en la calidad de los servicios de salud proporcionados persistirán por varios años.

La propuesta es que en programas orientados a la población de menores recursos – SMNG- sus responsabilidades sean:

- el financiamiento; las actividades de promoción, y
- la ejecución de los programas sólo de manera subsidiaria; esto es, en reemplazo de otros actores sociales llamados en primer lugar a cumplir esas tareas.

Más allá de condicionantes generales, hay siempre grados de libertad para hacer las cosas mejor o peor en cada contexto específico, y esto tiene que ver con el arte de las políticas públicas, con el esfuerzo por cambiar en lo posible las instituciones, y con la utilidad de formar una tecnoburocracia moderna y capaz, que esté imbuida de la voluntad -que no el voluntarismo- de contribuir al cambio.

Recomendaciones de política

Con base en los resultados del análisis, se hacen las siguientes recomendaciones:

1) La calidad de la focalización del Seguro Médico para una Nueva Generación podría mejorar si este incluyera criterios adicionales al de haber nacido en fecha posterior al 1° de diciembre de 2006 y se optara por una selectividad basada también en el territorio y orientar el programa primordialmente a aquellos estados, regiones o localidades del país que siguen presentando las mayores tasas de mortalidad neonatal e infantil.

2) Debería revisarse, asimismo, el proceso de incorporación de beneficiarios para asegurar que los hogares que en el futuro se afilien al SMNG, efectivamente necesiten

los servicios de salud otorgados y se les explique los derechos y obligaciones del Programa.

3) Para aquellos hoy en día registrados en el padrón de afiliados, sería de utilidad hacer un análisis de los motivos que llevan a las familias afiliadas a seguir recurriendo a los gastos de bolsillo para atender las necesidades de salud de los menores de 5 años; esto ayudaría a que más hogares se beneficien del Programa, reduciendo así la carga económica de la atención en salud del niño.

4) Parece necesario, también, realizar un esfuerzo de incorporación y de ampliación de servicios en las zonas rurales, en particular para la población pobre, por ser las de menor acceso –dadas las imposibilidades individuales y las limitaciones propias del sistema de salud- a esta clase de servicios.

5) Adicionalmente, debería considerarse al “impacto” (la medida en qué son alcanzados los objetivos del programa) como uno de los criterios más relevantes para estructurar, organizar y gestionar un programa social, ya que dichas evaluaciones del impacto permiten determinar de manera precisa la magnitud de los cambios producidos por el programa (Cohen y Franco, 2005).

6) Realizar una medición de impacto llevaría a comparar una situación inicial (línea de base) con una situación posterior (línea de comparación), controlando los efectos externos al proyecto (mediante grupos de control), y para eso es fundamental recolectar dicha información. Dado que en el diseño del SMNG no se consideraron estas mediciones, una posible forma de medir el impacto del programa sería a través de las familias sin acceso a seguridad social y que aún no cuentan con el SMNG –e incluso tomar a las familias ya afiliadas pero que no hacen uso de los servicios- como un posible grupo de control versus las familias afiliadas que si utilizan el SMNG.

7) Finalmente, dado que un gran porcentaje de las familias afiliadas al SMNG siguen pagando de manera directa por los servicios de salud –gasto de bolsillo-, queda como posibilidad que se modifiquen los criterios de distribución de los recursos destinados a la protección social en salud de las familias que no cuentan con seguridad social y que entonces se establezca un esquema de transferencias condicionadas que han resultado exitosas en otras políticas sociales.

Agenda futura de investigación

Un análisis de una serie de indicadores que miden el gasto catastrófico y empobrecedor podrá mostrar las tendencias en la protección financiera del sistema de salud en México y establecer medidas basales sobre los niveles de protección financiera del programa piloto del Seguro Popular y los primeros cuatro años de su aplicación en el contexto del Sistema de Protección Social en Salud y la introducción del Seguro Médico para una Nueva Generación. Queda para la agenda de investigación, en posteriores análisis, establecer los mecanismos causales a través de los cuales los factores micro y macroeconómicos generan los cambios en las tendencias.

Es pertinente entonces dilucidar si para reducir la mortalidad en los menores de cinco años se requiere la inclusión de intervenciones efectivas, dirigidas a la población más vulnerable -en términos de situación de pobreza- y de una acción focalizada tenaz en las zonas donde se presentan hoy los riesgos de muerte en menores de cinco años y por lo tanto complementar los programas existentes, en este caso el SPS, con iniciativas que lo hagan aún más efectivo y que no necesariamente implica iniciar nuevos programas como el SMNG que generen distorsión en el financiamiento de los servicios de salud.

La información que se presenta es de tipo descriptiva y no incluye un análisis causal de los múltiples factores que determinan el nivel de gasto en salud de los hogares y entre la población. Algunos estudios han observado que dicha mejoría coincide con la implementación del Seguro Popular y la protección financiera que éste ofrece a las familias contra los riesgos de empobrecerse por los gastos en salud (Knaul 2007: s84; Gakidou, 2007: s103); sin embargo, no puede afirmarse una relación causal entre estos eventos ya que no es posible distinguir entre este efecto y el efecto que tiene la reducción continua en el país en el porcentaje de hogares viviendo en pobreza y el efecto de otros programas sociales y de reducción de la pobreza (tipo Oportunidades) por lo que queda como agenda pendiente de investigación.

Será importante en futuros estudios diferenciar entre la recuperación de la economía, la reducción de la pobreza entre los hogares, otros programas y proyectos sociales y la aplicación del SPSS, para poder aislar los efectos del SMNG sobre el gasto de salud de bolsillo de los hogares, y fundamentalmente, de los más necesitados.

Es importante señalar que para comprobar con mayor eficacia los determinantes de los cambios en la protección y en la justicia financiera, el estudio de datos longitudinales es esencial para enriquecer la evaluación del impacto de las políticas de salud en la protección financiera y del SMNG en particular.

Referencias Bibliográficas

1. Bouza Suárez, A. (2000), Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 26(1), 50-56.
2. Casas-Zamora, JA. (2002), Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 386-396.
3. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2000), Equidad, desarrollo y ciudadanía, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
4. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2008a). Panorama social de América Latina, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.
5. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2008b). Objetivos de desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.
6. Cohen, E. y Franco, R. (2006): Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana, FLACSO-México-Sedesol, México.
7. Colino, C. (s/f) "Método comparativo". En Román Reyes (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales.
www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/M/metodocomparativo_a.htm.
8. Countdown Coverage Writing Group, Countdown to 2015 Core Group. (2008), "Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions" *The Lancet*, 371: 1247-58.
9. Dahlgren, G., Whitehead, M. (1992) Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
10. Del Tronco, J. (2005) "Entre la equidad distributiva y la legitimación política: el Plan jefas y jefes de hogar desocupados en Argentina" en *Perfiles Latinoamericanos* núm. 26, pág. 165-197.
11. Diario Oficial de la Federación de México DOF. (2003, 15 mayo). Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Secretaría de Salud.
12. Diario Oficial de la Federación de México DOF. (2004, 05 abril). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud.
13. Diario Oficial de la Federación de México DOF. (2008, 31 marzo). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el ejercicio fiscal 2008. Secretaría de Salud.
14. Diario Oficial de la Federación de México DOF. (2008, 30 diciembre). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el ejercicio fiscal 2009. Secretaría de Salud.
15. Esping-Andersen, G. (1993): Los tres mundos del Estado de Bienestar, Valencia, Ed. Alfons El Magnanim, Institució Valenciana d'Estudis i Investigació.

16. Filgueira, F. (1997): “El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada” en ROBERTS, Bryan (ed.), Centroamérica en reestructuración: ciudadanía y política social, FLACSO, Costa Rica.
17. Fonseca, A. (2008) “Los sistemas de protección social en América Latina: focalización vs. Universalidad”, FAO, Santiago de Chile (documento de trabajo), [Documento en línea]. Disponible desde Internet en: www.rlc.fao.org/iniciativa/wps.htm
18. Franco Marina, F., Lozano, R., Villa, B., Soliz, P. (2006), La Mortalidad en México, 2000-2004 ”Muertes Evitables: magnitud, distribución y tendencias”. México D.F., Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.
19. Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantes, O., Lezana, MA., Knaul, FM. (2007) “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México” en *Salud Pública de México*, vol.49 supl. 1 pág. S23-S36.
20. Frenk, J., Gómez-Dantes, O., Knaul, FM. (2009) The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage, Bulletin of the World Health Organization núm. 87.
21. Gakidou, E., Lozano, R., González-Pier, E., Abbot-Klafter, J., Barofsky, JT., Bryson-Cahn, C., et al. (2007) “Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial” en *Salud Pública de México*, vol.49 supl. 1 pág. S88-S109.
22. González-Pier, E., Barraza-Llorens, M., Gutiérrez-Delgado, C., Vargas-Palacios, A. (2006) “Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos”, 2da. Edición, México, DF: SSA/FUNSALUD/INSP/FCE.
23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. (2009), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2008. México, INEGI. [Información en línea]. Disponible desde internet en: www.inegi.gob.mx
24. Knaul, FM., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., Martínez, A. (2005a), Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: Impacto del seguro popular de salud en México, en *Salud Pública de México* vol.47, no.1, suplemento.
25. Knaul, FM., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O. (2005b), Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004 en *Salud Pública de México* vol.47, no.6, noviembre-diciembre de 2005.
26. Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, JT., Maguire, R., et al. (2007) “Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México” en *Salud Pública de México*, vol.49 supl. 1 pág. S70-S87.
27. Lijphart, A. (1971), “Comparative politics and the comparative method” en *The American Political Science Review*, vol. 65, no. 3, pág. 682-693.

28. Mesa Lago, C. (1994), La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización, Ecuador, INCAE.
29. Mesa Lago, C. (2006), Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI, BID.
30. Murray, CJL., Knaul, FM., Murgrove, P., Xu, K., Kawabata, K. (2000), Defining and measuring fairness of financial contribution. WHO. Global Programme on Evidence Working Paper, no. 24. Ginebra, WHO.
31. Ocampo, JA. (2008), “Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización” en *Nueva Sociedad* núm. 215 [documento en línea]. Disponible desde internet en: www.nuso.org
32. OECD (2007). Health at a Glance: OECD Indicators-2005 Edition. Disponible desde internet en: <http://www.oecd.org/bookshop/>
33. OMS (Organización Mundial de la Salud). (2000), Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: World Health Organization.
34. OMS (Organización Mundial de la Salud). (2005), Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: World Health Organization.
35. Parsons, W. (2007) Políticas Públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas, 1ª edición, México, DF. Miño y Dávila/FLACSO-México.
36. Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo Humano (PNUD). (2005), Ajuste al Índice de Desarrollo Humano Municipal. Nota técnica. Disponible en Internet en: <http://www.undp.org.mx/desarrollohumano/disco/index.html>.
37. Rein, M. Y Schon, D. (1991) “Un discurso de políticas que refleja su marco” en Wagner, P., Weiss, C., Wittrock, B. y Wollman, H. *Ciencias sociales y estado moderno Experiencias nacionales e incidencias teóricas*, Fondo de Cultura Económica, México, 1999.
38. Secretaría de Salud. (2001) Programa de Acción: Protección Financiera en Salud, México, D.F.
39. Secretaría de Salud. (2002), Salud México 2001. Información para la rendición de cuentas. México, D.F. Secretaría de Salud.
40. Secretaría de Salud. (2003), Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas. México, D.F. Secretaría de Salud.
41. Secretaría de Salud. (2004), Salud México 2003. Información para la rendición de cuentas. México, D.F. Secretaría de Salud.
42. Secretaría de Salud. (2005), Salud México 2004. Información para la rendición de cuentas. México, D.F. Secretaría de Salud.

43. Secretaría de Salud. (2006a) Las cuentas en salud en México 2001-2005, México, D.F.
44. Secretaría de Salud. (2006b) Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación financiera, México, D.F.
45. Secretaría de Salud. (2006c), Salud México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. México, D.F. Secretaría de Salud.
46. Secretaría de Salud. (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, D.F.
47. Secretaría de Salud. (2008), Rendición de cuentas en salud 2007. México, D.F. Secretaría de Salud.
48. Secretaría de Salud-CNPSS. (2007), Comisión Nacional de Protección Social en Salud Informe de resultados 2006. México, D.F. Secretaría de Salud. Disponible en Internet en: http://seguro-popular.cnpss.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/2006/segundo_trimestre/01.pdf
49. Secretaría de Salud-CNPSS. (2008), Comisión Nacional de Protección Social en Salud Informe de resultados 2007. México, D.F. Secretaría de Salud. Disponible en Internet en: <http://seguro-popular.cnpss.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/2007/informederesultados2007.pdf>
50. Secretaría de Salud-CNPSS. (2009), Comisión Nacional de Protección Social en Salud Informe de resultados 2008. México, D.F. Secretaría de Salud. Disponible en Internet en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/informe_de_resultados_sps_%202008.pdf
51. Secretaría de Salud-CNPSS. (2009a), Comisión Nacional de Protección Social en Salud Informe de resultados Primer semestre 2009. México, D.F. Secretaría de Salud. Disponible en Internet en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/informe_1sem2009.pdf
52. Secretaría de Salud-CNPSS. (2009b), Encuesta Nacional de SMNG, México, D.F. Secretaría de Salud. (documento inédito)
53. Secretaría de Salud. (s/f), Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). Disponible en Internet en: dgis.salud.gob.mx/sicuentas.
54. Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Martínez-Monroy, T., Lemus-Carmona, EA. (2005), Gasto privado en salud por entidad federativa en México Salud Pública México 2005; Vol. 47(sup 1):27-36.
55. Sojo, A. (2007): La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales. Revista de la CEPAL 91, Abril, pp. 111-129.
56. Sojo, C. (2004) “La modernización sin Estado: el destino privado de las políticas públicas” Revista Mexicana de Sociología, Número especial, octubre 2004. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México. pp. 137-155.

57. UNICEF. (2005), Estado Mundial de la Infancia 2006. Excluidos e invisibles. Nueva York, UNICEF.
58. Whitehead, M. (1991), "The concepts and principles of equity and health", en *Health Promotion International*, 6(3), Oxford University Press.
59. Xu, K., Aguilar, AM., Carrin, G., Evans, D V., Hanvoravongchai, P., Kawabata, K., Klavus, et al. (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos, metodología. World Health Organization, Discussion paper.
60. Zaremborg, G. (2008): Metodología I, FLACSO-México. (documento inédito).

Acrónimos utilizados

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
DOF	Diario Oficial de la Federación
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
SSA	Secretaría de Salud
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SPS	Seguro Popular de Salud