

Los dilemas del Seguro Popular: la reforma del sistema de salud, el asistencialismo y la privatización

JESÚS VERA SILVA*

RESUMEN: El Sistema Nacional de Salud está inmerso en un profundo proceso de reforma. El planteamiento básico que le dio origen fue abrir la administración de recursos y la prestación de servicios de salud a los empresarios privados. Así el Seguro Popular es una fase de la reforma orientada a la reestructuración de los servicios de salud para la población abierta (sin seguridad social) que pretende articular cuantiosos fondos monetarios como incentivos para que los particulares participen en él.

ABSTRACT: The National Health System is currently undergoing a profound process of reform. The basic premise underlying this reform was to open up resource administration and health service provision to private entrepreneurs. Thus, the Popular Insurance Scheme constitutes a phase of reform oriented towards the restructuring of health services for the population without social security designed to create a large fund of monetary resources that will operate as an incentive for private citizens to participate in it.

Palabras clave: reforma del sistema de salud, Seguro Popular, política de salud, privatización de servicios de salud.

Key words: Health reform, Popular Insurance scheme, health policy, privatization of health services.

* Maestro en Gobierno y Asuntos Públicos. Programa de Posgrado en Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM. Dirección electrónica: <liveradosj@yahoo.com.mx>.

D.R. © 2010. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. *Revista de Investigación Social*, año V, núm. 8, verano de 2009. México, D.F., pp. 15-39. ISSN: en trámite (folio núm. 295/08).

EL SEGURO POPULAR.
ORÍGENES FORMALES Y CARACTERÍSTICAS

Con la pretensión de alcanzar la cobertura universal en el año 2006, el Seguro Popular (SP) se concibió como un esquema gubernamental de aseguramiento para enfrentar uno de los principales retos del Sistema Nacional de Salud (SNS) reconocido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) y establecido con anterioridad por la Organización Mundial de la Salud: la protección financiera de los usuarios ante eventos catastróficos.

El desafío del SP fue erigirse en tan sólo cinco años en un seguro público que resultara accesible y atractivo para 50% de la población que la Secretaría de Salud (SSA) estimaba que no contaba con algún seguro de este tipo (57.8% de acuerdo con el XII Censo de Población y Vivienda del año 2000).

La pretensión fue reducir el número de familias que incurrieran en “gastos de bolsillo” (51% del gasto en salud en el país), y que podrían ser parte de gastos catastróficos (que involucrarán de dos a tres millones de familias según el PNS), o que por su cuantía llegarían a sumir en la pobreza o empeorar las condiciones de vida de la población por motivos de salud. Al mismo tiempo, se buscaba inculcar la cultura de prepago, y como los servicios serían prestados por las entidades federativas, el SP coincide con las acciones de descentralización iniciadas en el sector entre los años de 1986 y 1996.

Sus objetivos específicos fueron: reducir el gasto privado de bolsillo; atender oportunamente los problemas de salud; fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre las familias derechohabientes de la seguridad social y la población abierta, y contribuir a superar las inequidades y los rezagos en la distribución del gasto entre las entidades federativas.

De sus características administrativas destacan el cobro a la totalidad de los asegurados con una cuota progresiva susceptible

de actualización anual, que originalmente iba desde los 214 hasta los seis mil pesos, así como la exclusión de los hijos mayores de 18 años como parte del núcleo familiar cubierto por el SP. Otra característica es que éste se erigió como un seguro voluntario tanto para los estados como para los individuos,¹ además de que hizo explícitos los derechos y las obligaciones de los usuarios. Por otra parte, ofreció un paquete de servicios mínimos con 78 intervenciones, de las cuales 22 fueron de prevención y 20 de medicina familiar, excluyendo los servicios de alta especialidad.

Al SP se le identifica como un programa social cuya población objetivo es aquella que se ubica en los seis deciles más bajos del ingreso, que no tiene acceso a la seguridad social y que reside en localidades semiurbanas y urbanas del país (SSA, 2002: 398).

Como seguro público, su financiamiento se llevaría a cabo principalmente con recursos provenientes del presupuesto de la federación, para cubrir un monto no superior al 30% del costo de los servicios, cuya prestación correspondía a los gobiernos locales, y donde el evento riesgoso asegurado es la enfermedad de alguno de los integrantes de la familia en los casos señalados limitativamente por el Catálogo de Beneficios Médicos (Cabeme), mediante un pago anticipado.

Asimismo, partió de la división explícita de funciones entre los órdenes de gobierno federal y estatal, correspondiendo al primero el diseño del programa como parte de una política pública, la planeación estratégica, la identificación de necesidades, el manejo del padrón de usuarios y el financiamiento, mientras que a los gobiernos locales se encargó la afiliación y la prestación de servicios.

¹ En un estudio realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para explorar las alternativas orientadas a ampliar la seguridad social, se hace la recomendación para los países de ingresos medios y con instituciones de seguridad social bien desarrolladas consistente en que “deberían dirigirse a la cobertura de la población, a través de la extensión del programa de seguro social obligatorio” (OIT, 2000: 220).

Para su instrumentación inicial se eligieron 26 municipios de cinco estados (Tabasco, Jalisco, Aguascalientes, Colima y Campeche), mismos que se escogieron por la existencia de una alta cobertura en seguridad social y de capacidad para ofrecer los servicios, más la presencia de grandes concentraciones urbanas y semiurbanas junto con la de grupos beneficiarios de los programas sociales federales.

Derivado de la focalización como característica de la política social vigente, para ingresar al SP se estableció el requisito de someterse a un estudio socioeconómico para ser sujeto de afiliación, mediante el cual se determinaba el decil de ingreso al que pertenecía la familia para efectos del pago de su cuota respectiva.

SITUACIONES CRÍTICAS DEL SEGURO POPULAR EN SU PRIMERA ETAPA

A partir de la identificación de algunos aspectos de la realidad en los que el SP busca deliberadamente incidir a través de su instrumentación en el país, se pueden señalar los puntos críticos a los que desde su inicio se enfrentó.

Uno de los problemas más serios del SP es el cobro de cuotas frente a la condición de pobreza imperante en México. De acuerdo con las definiciones del organismo gubernamental encargado de medirla, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval),² la mitad de la población del país

² Definiciones y magnitudes en el año 2006. Pobreza alimentaria: ingreso per cápita en el nivel hogar menor al necesario para cubrir las necesidades correspondientes a los requerimientos establecidos en la canasta alimentaria INEGI-CEPAL, con 18 millones 790 mil o 18.2% de los habitantes del país padeciéndola. Pobreza de capacidades: ingreso per cápita en el nivel de hogar menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, salud y educación con 25 millones 950 mil mexicanos = 25.13% de la población. Pobreza de patrimonio: ingreso per cápita en el nivel de hogar menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación,

se encuentra en condiciones de pobreza, y por lo tanto no podía pagar por servicios de salud, de tal modo que el cobro resultaba un obstáculo difícil de salvar para la mitad de los mexicanos.

La definición de gastos catastróficos representa otro de los cuestionamientos centrales al SP. La Secretaría de Salud (SSA, 2002: 428) definió como gasto catastrófico aquél que supera 30% del ingreso anual disponible del hogar (ingreso total menos gasto en alimentación) y que pone en riesgo de empobrecimiento a los hogares de menores ingresos. Originalmente (Frenk *et al.*, 1994: 53) su connotación era más amplia, al considerar un gasto tan elevado en relación con el ingreso familiar que pusiera en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas.

Las consideraciones anteriores no parecen reflejar las condiciones nacionales, ya que al aplicar la fórmula implícita en la definición de la SSA a los datos obtenidos por la encuesta nacional de ingresos y gastos en los hogares 2002 se encuentra que, en promedio, el grueso de las familias mexicanas no incurría en gastos catastróficos por motivos de salud, simplemente porque no cuenta con recursos para ello. Incluso, en los tres deciles más bajos del ingreso, que son los que se ubican en zona de mayor riesgo para enfrentar gastos catastróficos, la situación es tal, que en los deciles 2° y 3°, su ingreso apenas fue suficiente para alimentarse, mientras que para el decil más bajo ni siquiera para eso alcanza. Por ello se puede decir que esta población vive permanentemente en una situación catastrófica sin posibilidad de enfrentar ningún otro tipo de gasto que no sea el de la sobrevivencia cotidiana (Vera, 2010: 174-177).

Además, se percibe en el SP la ausencia de claridad en cuanto a los elementos para determinar las cuotas familiares (Gordillo y Mora, 2005: 95-96), así como la exclusión de los hijos mayores

vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público y educación con 49.7 millones de personas = 48.13% de los habitantes en el país (Coneval, 2006).

de edad de la atención médica ofrecida por el SP para el núcleo familiar, ante un mercado más demandante y competitivo.

Otras críticas tienen que ver con los criterios técnicos para la selección de las localidades en las que inicialmente se puso en funcionamiento el SP (Ortiz, 2006: 42-45), porque parece que el cálculo electoral y las prácticas clientelares en favor del partido en el gobierno pesaron más que las necesidades de salud de la población al seleccionarlas (Gordillo y Mora, 2005: 99, 128-129). Ante tales acciones hay que decir que si bien son totalmente cuestionables desde el punto de vista ético, encuentran una explicación lógica desde el plano político en el que se definen y funcionan las políticas públicas y los programas que las constituyen (Vera, 2010: 179, 385-386).

De igual manera se ha cuestionado la cobertura tan limitada respecto de los servicios de salud que ofreció, pues excluyó el tratamiento de la gran mayoría de los padecimientos crónico-degenerativos que en la actualidad se erigen como las principales causas de muerte de la población mexicana y cuyo tratamiento es extremadamente costoso (Olaiz *et al.*, 2006: 21 y SSA, 2001: 33-37).

Uno de los obstáculos más graves del SP es la falta de un planteamiento que lo vinculara de manera seria con las carencias y necesidades de infraestructura del SNS con miras a lograr la cobertura universal.

Al respecto, tenemos que en 1997 la infraestructura disponible alcanzaba para atender solamente a 36% de la población, según estimaciones de Banamex (Ruiz, 2003: 34). Sin embargo, en un estudio más minucioso que busca mostrar que a partir de los recursos con los que se cuenta se puede avanzar hacia una mayor cobertura sobre bases diferentes a las de la reforma actual, se encontró que si bien el SNS sólo contaba con 37% del personal paramédico requerido para la cobertura universal, la “cobertura reportada” —personas con seguridad social más la

cobertura potencial que se podría brindar a la población abierta (49%) en el primer nivel de atención— era de 105% (Laurell y Ruiz, 1996: 19-42).

Lo anterior llama la atención sobre el hecho de que, aunque las necesidades de infraestructura y personal médico en el país son de gran envergadura y desbordan las pretensiones del SP, es necesario, para fines de su tratamiento, precisar diferenciadamente cuáles son y en dónde se presentan tales carencias.

En este sentido, como la medida denominada “cobertura reportada” es muy general e inexacta, se utilizó la “cobertura hipotética en función de los recursos” (definida como la capacidad para cubrir a la población con los recursos existentes) y que arrojó resultados diferenciados tanto por estados como por recursos disponibles. Seis entidades contaban con cobertura hipotética completa (Baja California Sur, Coahuila, Estado de México, D.F., Nuevo León y Yucatán), mientras que Chiapas se ubicó en el último lugar con menos de 75% de cobertura en función de todos los recursos, seguida por Guanajuato, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Zacatecas con menos de 75% de cobertura hipotética en relación con el número de camas y recursos humanos. Por cierto, el principal déficit en cuanto a recursos para todo el SNS se verificó en el rubro camas.

Pero como la presencia de los recursos no garantiza que el servicio se pueda prestar, porque esto requiere que aquellos deben combinarse de cierta manera, lo cual permite identificar el “recurso crítico” que es aquél en cuya ausencia no se puede brindar la atención, a pesar de la existencia de los otros recursos (por ejemplo, para la consulta, el recurso crítico es el médico y no el consultorio, mientras que para la hospitalización lo serán las camas), se utilizó una tercera medida denominada “cobertura real” que se define como aquella que calcula los servicios prestados con los siguientes resultados: consulta 68.2%; hospitalización general 66.1% y hospitalización de especialidad 52.1 por ciento.

En este mismo sentido tenemos que el personal médico es insuficiente y padece una fuerte concentración, pues de acuerdo con cifras oficiales (SSA, 2006) había un especialista de la medicina (incluyendo los que tienen contacto directo con el paciente y los galenos en adiestramiento) por cada 775.21 habitantes.

De dicho personal, si la referencia es el total nacional, 14.6% se encontraba en el Distrito Federal, 8% en el Estado de México, 6.6% en Jalisco, 6.2% en Veracruz, 4.2% en Puebla y 4% en Nuevo León, lo cual quiere decir que en tan sólo seis de las 32 entidades federativas se concentraron 44% de los especialistas. Destaca el hecho de que en el año 2000, dos de esos estados (D.F. y Nuevo León) ocuparon el 1° y 2° lugar, respectivamente, como las entidades con más alto índice de desarrollo humano (IDH) en el país de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), mientras que las entidades con las más bajas calificaciones del IDH, Chiapas y Oaxaca, respectivamente, contaban solamente con 2.6% y 2.7%, respectivamente, de dichos especialistas.

Como se puede ver, la pretensión del SP de lograr la cobertura universal para el año 2006 permite vislumbrar serias deficiencias en el diseño de dicha política pública, pues si se toman en cuenta sus objetivos y sus planteamientos programáticos y se les confronta con los problemas que las condiciones socioeconómicas y el perfil epidemiológico de la población definen, se puede comprender con facilidad por qué no se pueden alcanzar las metas que se propone.

DE LA REESTRUCTURACIÓN DEL SEGURO POPULAR FRENTE
A SUS CRÍTICAS Y LA PERMANENCIA DE SUS CONTRADICCIONES
MÁS PROFUNDAS: EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN
SALUD Y SU VISIÓN ASISTENCIALISTA

Según Julio Frenk Mora, entonces secretario de Salud federal, el SP fue una prueba piloto exitosa (Ortiz, 2006: 42-44); sin embargo,

en julio de 2003, los secretarios de Salud de Tamaulipas, Colima, Campeche y Jalisco (las tres últimas son algunas de las entidades en las que inicialmente se puso en operación el SP) señalaron que los mayores retos para el éxito del SP eran el desabasto de medicamentos en las instituciones de salud pública, junto con la falta de infraestructura, concluyendo que los rezagos en materia de salud impidieron que el SP cumpliera con sus objetivos <<http://www.cimacnoticias.com/noticia>>.

En el año 2002 el SP había logrado afiliar a 295 513 familias, lo que representaba aproximadamente 1.5 millones de personas inscritas, y se instauró en 20 estados de la república, por lo que si hubiera duplicado anualmente la inscripción habría alcanzado la cifra de 24 millones de asegurados en el año 2006.

Ante estos escenarios, pero con la firme convicción de continuar con el proceso de reforma del SNS, el Ejecutivo federal envió en noviembre de 2002 una iniciativa de reformas y adiciones a la Ley General de Salud (LGS) para incluir en ella al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo eje central es el Seguro Popular.

Sin mayores contratiempos, la reforma legal fue aprobada por la mayoría legislativa conformada por el Partido Acción Nacional y el Partido Revolucionario Institucional durante abril de 2003.

Los objetivos del SPSS son: *a)* ordenar las asignaciones de recursos; *b)* corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas; *c)* transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica; *d)* corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía, y *e)* dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales y unificar el esquema de protección social en salud (González *et al.*, 2006: 34-38).

El SPSS se establece dentro de la LGS en el título tercero bis, denominado “De la protección social en salud”. El artículo

77 bis 1, establece el derecho de todos los mexicanos a acceder a dicho sistema como derivación del artículo 4° constitucional.

El núcleo del SPSS es el prepago como mecanismo para acceder a la atención pública de servicios de salud, pero sólo hasta el segundo nivel de atención con exclusión de los de alta especialidad.

La justificación de tal proceder se encuentra en dos fuentes: por un lado, el SPSS introdujo una diferenciación en lo que se consideran los bienes de la salud: por un lado los bienes públicos (servicios comunitarios, rectoría del sistema e investigación) y, por el otro, servicios personales (atención médica), de acuerdo con su naturaleza económica y los beneficios colaterales que traen consigo, lo que sirvió para concluir que los segundos eran susceptibles de ser cobrados (González *et al.*, 2006: 43-45).

Por otra parte, la selección de las intervenciones menos costosas y “más efectivas” se introdujo a partir de la utilización del indicador denominado años de vida saludable perdidos (Avisa), indicador que fue elaborado por la OMS y el Banco Mundial (BM) y que, en términos prácticos, se orienta a justificar la atención de los padecimientos menos costosos y de mayor prevalencia entre la población en edad económicamente más productiva (Frenk *et al.*, 1994: 30-31, 131 y Laurell, 1998: 41-42).

Con el SPSS se mantuvo básicamente intacta la distribución de funciones entre la federación y los gobiernos locales, creándose el Consejo Nacional de Protección Social en Salud (Conpss) como entidad coordinadora y de enlace con las entidades federativas, además de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) con el carácter de órgano desconcentrado de la SSA responsable de los aspectos normativos y de instrumentación del sistema a nivel federal, además de que estipuló la necesidad de que en los estados se instituyeran los regímenes estatales de protección social en salud como las instancias responsables de la gestión del SP en el plano local.

El esquema amplió el núcleo familiar de beneficiarios al incluir en él a los hijos mayores de 18 y hasta los 25 años que fueran dependientes, estudiantes y solteros o discapacitados.

Se replantearon las metas de afiliación, proyectando un avance progresivo anual de 14.3% a partir de 2003 hasta alcanzar la cobertura total en el año 2010. En cuanto al financiamiento, hubo cambios importantes al incluir a los estados como fuentes de recursos. Así, se establece un esquema tripartita que pretende asemejarse al del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, pero ahora la aportación del patrón queda sustituida por las cuotas solidarias realizadas por los gobiernos federal y estatal

El artículo 127 del Reglamento de la LGS en materia de protección social en salud (RLGSPSS) estableció el régimen no contributivo, mediante el cual se exentó del pago de cuotas a los dos deciles más bajos del ingreso. Por su origen reglamentario, dicho régimen queda sujeto a lo que disponga el Ejecutivo federal, pues la LGS únicamente señala un principio a partir del cual se puede exentar del pago según lo establecido en el artículo 77 bis 26.

Pero a la par del régimen no contributivo se estableció la figura de las cuotas reguladoras, las cuales, de acuerdo con el artículo 77 bis 28 de la LGS se establecen por el Consejo de Salubridad General con el fin de favorecer el uso responsable de los servicios de salud en virtud de la frecuencia en su utilización, el nivel de especialidad requerido o la demanda de medicamentos para tratar las enfermedades que motivan la consulta.

El hecho de que el SP estuviera centrado en acciones preventivas y excluyera los tratamientos y servicios de tercer nivel, así como servicios de hospitalización asociados, ha sido objeto de reiteradas críticas, por ejemplo Boltvinik (2003: 41) y Blanco y López (2006: 46), a las cuales el sistema respondió con dos medidas: por un lado incrementó el número de intervenciones a las que tienen derecho los afiliados hasta llegar a 249 a través del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (Causes),

mientras que por el otro vinculó al Seguro Popular con un conjunto de prestaciones agrupadas y financiadas mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), para cuyo acceso interpuso diversas restricciones.

El Causes mantiene el mismo perfil de atención limitada del SP, mientras que el FPGC pretende cubrir financieramente algunas enfermedades causantes de gastos catastróficos no cubiertas originalmente por el SP; sin embargo, la viabilidad financiera de éste último fue cuestionada por la Auditoría Superior de la Federación (Méndez, 2007).

En cuanto a la infraestructura, se planteó la necesidad de vincular el sistema con el plan maestro de infraestructura del PNS 2001-2006, estableciendo para cada región una o más redes de prestadores de servicios, compuestas a su vez por unidades de atención básica y hospitales generales o de alta especialidad. La base de las redes son las unidades con las que ya operaban los servicios en los estados, así como las pertenecientes al Programa IMSS-Oportunidades.

Por lo que hace a los medicamentos, estableció una estrategia tendente a involucrar a los abastecedores y productores en la atención de la demanda. El planteamiento es utilizar como incentivo el volumen de compras del sector salud para que en las farmacias particulares se les entreguen los medicamentos a los beneficiarios, el costo de los cuales será cubierto por el SPSS.

Con esta reformulación, el SPSS pretendió hacer frente a las críticas que se hicieron al SP por sus insuficiencias e incoherencias frente a los problemas en materia de salud en el país; sin embargo, tal restructuración no se apartó del planteamiento primigenio que desde 1994 propuso la persona que en la etapa de la instrumentación del SP ocupó el cargo de secretario de Salud federal.

La posición asistencialista del SP, enfocada a ofrecer atención mínima a la salud de los grupos más necesitados sin atender los

LOS DILEMAS DEL SEGURO POPULAR

orígenes de su situación de precariedad, se ve reforzada por la falta de una estrategia sólida que se oriente a mejorar las condiciones de salud de los habitantes en general (con especial atención a la administración de los recursos que median entre los individuos y los procesos de salud-enfermedad), así como por la ausencia de una política que busque fincar las bases de un sistema de salud más equitativo a través de infraestructura suficiente y funcional junto con el personal calificado bien distribuido de acuerdo con las necesidades de salud regionales.

Esta naturaleza asistencial la acentuó la refuncionalización de la política social caracterizada por la privatización, descentralización y focalización de los servicios como marco en el que se definió el SP.

LA UBICACIÓN DEL SEGURO POPULAR COMO PARTE DE LA REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La reforma integral del sistema de salud fue propuesta por un grupo de investigadores liderado por Julio Frenk, en 1994, como una alternativa que debía ser discutida. En sus propias palabras, era la opción más adelantada al ubicarse como una mezcla que retomaba lo mejor de dos posibles sistemas de atención a la salud: un sistema público único o uno privado-atomizado.

Para llevarla a cabo se propusieron tres etapas, con la acotación de que no describían un orden secuencial en el que debieron cumplirse. Cada una reportaba beneficios y se podía comenzar con cualquiera de ellas de acuerdo con las coyunturas políticas que les favorecieran.³

³ En palabras del propio Frenk: “El Seguro Popular no es un programa más de salud, sino un vehículo financiero para fortalecer la calidad de los servicios médicos dentro de las reformas estructurales al sector” (Leal, 2008: 92). La lógica del avance del proceso de reforma frente a su oportunidad política se da en los siguientes términos,

Las etapas que conforman este proceso (Frenk *et al.*, 1994: 309 y ss.) y que culminan con la apertura del sistema de salud a los agentes privados para que participen en la administración de los fondos públicos de servicios clínicos y la prestación de servicios de salud son: i) fortalecimiento interno y federalización de las instituciones públicas; ii) apertura inicial de las instituciones públicas y preparación de las organizaciones privadas, iii) ampliación del pluralismo y libertad de elección.

Es en la primera fase donde comienzan a separarse las funciones de financiamiento y de prestación de servicios dentro de cada institución pública (en el IMSS verificada en 1997, en el ISSSTE en 2007 y en la SSA en proceso de cimentación), separando también los fondos del seguro de salud de los destinados a las pensiones. Paralelamente, aquí se establece la necesidad de poner en práctica un Seguro Nacional de Salud para la población no asegurada con el cobro de primas subsidiadas y progresivas de acuerdo con el ingreso familiar.

Asimismo, se proyectaba concluir la descentralización de los servicios de salud por los que cada estado recibiría un pago y asistencia técnica para el manejo del financiamiento, además de dar mayor autonomía a los hospitales, así como a las múltiples unidades de cada institución en el plano gerencial, de entre las cuales podría elegir el derechohabiente (sólo de la institución a la que perteneciera) abriendo así limitadamente la libertad de elección.

Con estos elementos, queda claro que el Seguro Popular es parte de un proyecto más ambicioso que busca calculadamente una reforma sustancial del SNS.

según Frenk: “Más que buscar un consenso total desde un principio o tratar de ejecutar simultáneamente todas las acciones que requiere una reforma sistémica, parecería que las probabilidades de éxito se incrementan en la medida en que se adopten estrategias que identifiquen conjuntos de intervenciones coherentes que ataquen los cuellos de botella más críticos en el sistema” (Frenk y Londoño, 1997: 28).

LOS DILEMAS DEL SEGURO POPULAR

Como punto de paso de la reforma, y dentro de un enfoque sistémico en el que cada elemento afecta a los demás, la puesta en operación del SP prepara el camino hacia la constitución de un mercado de la salud donde los servicios en este rubro son visualizados no sólo como un factor de bienestar social, sino predominantemente como un sector creciente de la economía que representa una oportunidad de negocio (hay que pensar en la cultura de prepago que pretende institucionalizar el SP y la participación de las empresas privadas en las redes de prestadores de servicios). Ello con la acotación de que en esta visión subyace latente una tensión entre la equidad y la rentabilidad debido a los altos niveles de pobreza y desigualdad existentes en el país.

CONSIDERACIONES FINALES: UNA LECTURA POLÍTICA DEL SEGURO POPULAR A TRAVÉS DE SU ANÁLISIS COMO POLÍTICA PÚBLICA

Como política pública, el SP está determinado por el contexto político y socioeconómico del que surge y en el que se desarrolla, a la vez que busca encauzarlo en determinada dirección a través de acciones y omisiones calculadas. Bajo esta óptica, en este apartado finalmente se acaba por delinear los dilemas del SP, mediante la exposición de su razón de ser desde el ámbito político.

La pretensión de conseguir la protección total en salud a través del SP con la prestación de servicios mínimos, sin conexión explícita con otros diseños que atiendan problemas torales en materia de salud proviene de dos puntos. El primero es la necesidad de servicios de salud en un país donde la mitad de su población (gran número de electores potenciales) vive en condiciones de pobreza, lo que les imposibilita acceder a niveles adecuados de bienestar, aunado a que las administraciones se comprometieron

formalmente con la extensión de servicios de salud, por lo menos desde hace 75 años.

La segunda razón tiene que ver con la forma en que se desarrolla la competencia político-electoral en el país, desde que existe recientemente la posibilidad de que partidos diferentes al PRI asuman el gobierno (en su sentido amplio) central. Así, de manera incremental —léase circularmente en pro del mantenimiento del estado de cosas (Etzioni, 1992: 267-271)— cada administración puso “obligadamente” en marcha acciones o programas para enfrentar esta situación y la correspondiente a 2000-2006 no fue la excepción.

Ahora bien, el acotamiento inicial de los servicios ofrecidos tiene que ver con las prioridades fijadas en función de la concepción dominante en los círculos gubernamentales: centradas en el crecimiento económico para, con base en él, atender, después y sólo después, las necesidades de la población.

Antes que la reforma del sistema de salud, la prioridad en la administración de Vicente Fox fue la reforma fiscal, la que por cierto entre una de sus medidas incluía gravar alimentos y medicinas.

Bajo esta categorización de prioridades, antes que invertir había que recaudar. Ello explica en buena medida el establecimiento de cuotas a la totalidad de la población a la que se le prestarían los servicios del SP, además de que ayuda a esclarecer las razones por las que hasta el año 2005 se estableció la exención de cuotas para los dos deciles más bajos del ingreso en el RLGSPSS.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, se puede decir entonces que esas prioridades son reflejo de lo que el gobierno quiere, y se materializaron en la delimitación de las alternativas que era posible tomar en cuenta para su posterior instrumentación.

Por ejemplo, un esquema de gratuidad total en servicios de salud no estaría a tono con las ideas dominantes en materia de política social, porque de acuerdo con éstas implicaría dispendio de

recursos y favorecer a quienes sí tienen recursos para pagar por su salud, lo que también desincentivaría el mercado mexicano en materia de prestación de servicios de salud, que se visualiza desde 1994 como una posibilidad de negocios para inversionistas nacionales o extranjeros.

Otro de los procesos contextuales determinantes para la gestación, diseño y puesta en operación de esta política pública fue el proceso de reforma de los sistemas de salud que se presenta en gran parte del mundo: en éste se definen y buscan alternativas a los esquemas de financiamiento y prestación de los servicios. Ello en virtud del cambio del modelo económico dominante que transitó, con múltiples variantes y matices, de acuerdo con las diversas características de los países en los que se desarrolla todavía, de una fuerte intervención del Estado en la vida económica y social a una liberalización de las relaciones en esos dos planos (financiamiento y prestación de servicios) para que el mercado las regule.

Las alternativas, de acuerdo con el planteamiento central descrito en el párrafo precedente, giraron por un tiempo en torno a la estructuración de un sistema público o uno privado, mientras que ahora, y frente a las limitantes inherentes a cada uno de ellos, se habla de buscar la combinación adecuada para que juntos, mediante una fórmula balanceada, puedan afrontar con éxito el delicado tema del financiamiento y la prestación de los servicios de salud.

Pero las opciones no se estructuran exclusivamente en función de la discusión y solución de esta fórmula. No, las particularidades del sistema de salud mexicano, tanto como los problemas y rezagos que trae a cuestras en su conjunto dificultan la discusión, planteamiento, estructuración y puesta en práctica de alternativas en materia de política sanitaria. En este sentido, cabe hablar de que para la instrumentación de la política el régimen determina la ejecución de ésta última (Stoker, 2003: 375).

Así, aunque la privatización, entendida como la enajenación o traspaso de la administración y el suministro de bienes y servicios públicos a manos privadas, acompaña al SP sólo de manera mediata; dicha estrategia es rechazada antes de cualquier análisis y discusión razonada de hechos (INSP, 2005: 29-35 y Ortiz, 2006: 93-13), en buena medida debido a los resultados negativos que ha arrojado dicha estrategia.

En cuanto a los elementos de estructuración del SP como política pública, se puede subrayar el hecho de que en su diseño no participaron ni los grupos a los que está destinada ni los prestadores directos de los servicios.

En este sentido destacan los criterios técnicos y electorales con los que seleccionaron las primeras cinco entidades en donde se instrumentó el SP, pues no importaron tanto las necesidades de la gente, sino que lo que imperó fue, según sus hacedores, la factibilidad política del programa. El problema aquí es que se limita demasiado el concepto de factibilidad, toda vez que por tal se entiende el escenario que pueda construirse con datos duros y no la persuasión para convencer a los beneficiarios y prestadores directos de las bondades de la política pública (Majone, 1992a: 356-359 y Majone 1992b: 432).

Una observación más es que el planteamiento del SP para imponer las cuotas para acceder a los servicios no resulta coherente con los datos generados por organismos gubernamentales como el Coneval. Tal es el caso del cobro de cuotas a los primeros cinco deciles del ingreso.

Destaca también la falta de sustento empírico para emprender la reforma, así como el desdén hacia la experiencia internacional negativa en esta materia (Laurell, 2007: 525-527), además del carácter sesgado del SP, centrado en sus aspectos financieros (Frenk, 2007: 17). Al respecto hay que decir que seguramente se requieren diseños financieros viables en cualquier planteamiento de política pública, pero siempre contrastados con

la visión interdisciplinaria que acompaña al tema de la salud y al de la política sanitaria.

Asimismo, si bien el problema público es una construcción social que representa sólo una concepción específica de la realidad (Elder y Cobb, 2003: 77-78), ello no obsta para hacer la anotación de que el SP soslaya el problema de fondo referente a las condiciones de salud de la población. De tal manera que antes que identificar el problema (Leal, 2003: 14), el programa se construyó de acuerdo con las prioridades gubernamentales y las concepciones dominantes que definieron con anterioridad organismos internacionales como el Banco Mundial y la OMS.

Pero, si bien esta visión contrasta con el discurso que sustenta la pretensión de mejorar la salud de la población, se puede comprender si se le ubica dentro del proceso de reforma del sistema de salud, pues con el SP se busca avanzar hacia la ordenación y saneamiento, en términos estrictamente financieros, de los servicios de salud que se prestan a la población abierta en la medida en que se cobra por los servicios, lo cual queda explícitamente enmarcado en la refuncionalización de la política social.

En cuanto a la diferenciación establecida en la base conceptual del SPSS para distinguir los bienes de la salud y justificar el cobro de los denominados servicios personales, ésta resulta cuestionable desde el punto de vista lógico, como premisa a partir de la cual se establece el sistema de prepago como alternativa de solución instrumentada después, mediante la política pública para atender la protección financiera frente a los gastos catastróficos. Al darle un carácter contingencial se reduce su valor, porque no pone en el primer plano la búsqueda del bienestar de las personas a través de mejores condiciones de salud, a pesar de que se reconozca que una persona saludable se desarrollará mejor en todos y cada uno de los roles sociales que desempeña, con lo que traerá beneficios para las personas con las que interactúa (Frenk *et al.*, 1994: 84).

CONCLUSIÓN

Finalmente, a manera de conclusión, para asumir una posición crítica ante los logros “más tangibles” del SP hay que hacer previamente tres consideraciones que remiten a la evaluación política de la política pública. En primer lugar, el fracaso de una política no se demuestra con el argumento de que no logró sus objetivos (Lindblom, 1992: 212), pues como se puede verificar con el caso del SP, existen pretensiones que no se declaran formalmente, y en este sentido hay que valorar cuánto se avanza con tal política hacia la reforma más profunda del SNS tendente a la articulación de la prestación de servicios de salud como un negocio. Además de que resulta necesario estimar la correlación de fuerzas entre los actores dentro del sector (gobierno, sindicatos, empresarios, médicos, usuarios), pues tiende a no permanecer intacta luego del SP.

En segundo término, se puede analizar el impacto del SP sobre la salud de los mexicanos, pero hay que remitirse a estudios que señalan que las condiciones de prestación de los servicios de salud explican cuando mucho 20% de las condiciones diferenciales en los niveles de salud de la población (Majnoni, 2001: 47). Esto es en un tema relevante y discutible en el plano de la reforma del SNS que arroja luz sobre la necesidad de colocar en la agenda pública el tema más profundo referente al análisis del conjunto de factores que afectan las condiciones de salud y que no sólo conciernen a una política en esta materia (Laurell, 1996: 17 y 1998: 46-47).

Por último, vale la pena prestar atención a la discrepancia en las cifras respecto de la cobertura lograda por el SP. Así, en el III Informe de Gobierno, el titular del Ejecutivo federal habló de 10 millones de familias afiliadas, lo que equivaldría aproximadamente a 44 millones de personas.

Sin embargo, la información disponible en la página del Seguro Popular durante enero de 2010 hablaba de 26.1 millones

de afiliados con una cifra de familias inscritas del orden de nueve millones.

Asimismo, en contra de su búsqueda explícita de bases de financiamiento e incluso en oposición al funcionamiento de un seguro donde las aportaciones de los que no padecen el evento riesgoso cubren a los que sí sufren tal eventualidad; hasta ahora, tras diez años de operación del SP, el mayor número de sus afiliados (aproximadamente el 90% según cifras oficiales) se ubican en la población más pobre, específicamente en los tres deciles más bajos del ingreso (<http://www.seguro-popular.gob.mx>) que son los que no pagan (primeros 2 deciles) o aquellos que sufragan la cuota mínima (como es el caso del tercer decil), con la proyección de que el SP no alcance a asegurar a otros niveles económicos mejor ubicados, frustrándose así la cobertura universal.⁴

Dicho escenario se constituye abiertamente en detrimento de una de las pretensiones formales de la política pública: la solidaridad (Secretaría de Salud, 2001: 74-75 y Cruz, 2003), sin que se pueda dejar de hacer notar que la misma resulta incoherente con los verdaderos objetivos de la política puesta en práctica en años recientes de la cual el Seguro Popular es sólo un ejemplo.

Como se puede ver, los dilemas que enfrenta el SP tienen que ver, incluso, con la estimación de su cobertura, pues no existe certeza en cuanto a sus logros más inmediatos. De lo que sí existe certidumbre es de que los dos polos que tensan a la política pública en sentidos contrarios (la reforma con sus aspiraciones de modernización y el asistencialismo con sus signos de atavismo, insuficiencia e inevitabilidad) cuentan con diversos puntos de

⁴Según Salomón Chertorivski, actual titular de la CNPSS, a finales de 2009 faltaban todavía 18 millones por inscribirse al SP, “aunque entre ellos están quienes viven en las zonas más alejadas del país y aquellos que probablemente carezcan de interés por acudir a los servicios públicos” (Cruz, 2009: 7). Tal declaración deja ver que incluso en los círculos gubernamentales se vislumbra la posibilidad de que no se logre la cobertura universal y que las barreras geográficas y culturales para el acceso a los servicios no se tomaron cabalmente en cuenta.

contacto que los aproximan, haciéndolos coherentes entre sí. Ello sin que tal concurrencia deje de representar el vértice de los dilemas del SP, pues en todo caso se trata de una modernización excluyente que requiere del viso asistencialista para evitar la marginación total de los más pobres, dando como resultado que el SP quede encerrado en sus contradicciones, por lo que entra en franca contradicción con su aspiración más elevada de mejorar los niveles de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanco Gil, José, y Oliva López Arellano. “Distintos caminos para avanzar en la protección a la salud: el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (Distrito Federal) y el Programa de Seguro Popular de Salud (Nacional)”. En *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*, compilado por Catalina Eibenschutz Hartman *et al.*, 43-50. México: OPS/UAM-Xochimilco/ UNAM-FES Zaragoza/IPN, 2006.
- Boltvinik Kalinka, Julio. “Seguro Popular y Oportunidades”. En *Seguro Popular: ideas para el debate*, coordinado por Clara Brugada, 39-44. México: Cámara de Diputados, LIV Legislatura, 2003.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). *Reporte del Coneval sobre las Cifras de la Evolución de la Pobreza en México*. Comunicado número 001/2006 de fecha 1 de octubre de 2006 [en línea]. Disponible en: <<http://coneval.gob.mx>>. [Consulta: 7 marzo 2007].
- Cruz Martínez, Ángeles. “En duda, la viabilidad financiera del Seguro Popular de Salud”. *La Jornada*, 12 de junio de 2003.
- Cruz Martínez, Ángeles. “El Seguro Popular contará el próximo año con 54.3 mil millones de pesos”. *La Jornada*, 18 de noviembre de 2009: 7.
- Elder D., Charles, y Roger W. Cobb. “Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos”. En *Problemas públicos y agenda de*

LOS DILEMAS DEL SEGURO POPULAR

gobierno [tercera antología de política pública], compilado por Luis F. Aguilar, 77-104. México: M. A. Porrúa, 2003.

Etzioni, Amitai. “La exploración combinada: un tercer enfoque de la toma de decisiones”. En *La hechura de las políticas [segunda antología de política pública]*, compilado por Luis F. Aguilar, 265-282. México: Miguel Ángel Porrúa, 1992.

Frenk Mora, Julio José, Rafael Lozano, Miguel Ángel González *et al.* *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final.* México: Funsalud, 1994.

Frenk Mora, Julio José, y Juan Luis Londoño. “Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del economista jefe, documento de trabajo número 353, 2007.

Frenk Mora, Julio. “Tender puentes: Lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias”. *Revista Salud Pública de México*, vol. 49 (número suplemento 1 de 2007): 14-22.

González Pier, Eduardo *et al.*, coords. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.* México: Unidad de análisis económico de la Secretaría de Salud Federal / FCE/SSA/ Funsalud/INSP, 2006.

Gordillo Resendiz, Lidia, y Dulce Mora Pérez. “Política de salud en México: un análisis de la primera etapa del Programa Seguro Popular”. Tesis de Licenciatura en Trabajo Social. México: UNAM, 2005.

<<http://www.cimacnoticias.com/noticias/03jul/03072404.html>> [Consulta: abril 2008].

<<http://www.seguro-popular.gob.mx>> [Consulta: enero 2010].

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Entrevista con Jaime Mier y Terán, secretario de Salud del estado de Tabasco. “El Seguro Popular cuenta con los recursos para cumplir con sus compromisos, a diferencia de la seguridad social que todo promete”. En *Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas*, compilado por el INSP, 29-35. México: INSP, 2005.

- Laurell, Asa Cristina, y Liliana Ruiz. *¿Podemos garantizar el derecho a la salud? Requerimientos para ampliar la cobertura del sistema público de salud*. México: UAM/Fundación Friederich Ebert, 1996.
- Laurell, Asa Cristina. “La globalización y las políticas de salud”. *Nueva Época, Salud Problema publicación de la UAM*, año 3, núm. 4 (junio, 1998): 39-50.
- Laurell, Asa Cristina. “Health system reform in Mexico: a critical review”. *Lancet*, vol. 37, núm. 3 (2007): 515-535.
- Leal Fernández, Gustavo. “El foxismo no es un humanismo: es un fraude. Diez evidencias sobre el caso del Seguro Popular”. En *Seguro popular: ideas para el debate*, coordinado por Clara Brugada, 13-22. México: Cámara de Diputados, LIV Legislatura, 2003.
- Leal Fernández, Gustavo. “El seguro popular en el Distrito Federal” [en línea]. Disponible en <<http://www.imagenmedica.com.mx>> [Consulta: 26 mayo 2008].
- Lindblom, Charles E. “La ciencia de ‘salir del paso’”. En *La hechura de las políticas [segunda antología de política pública]*, compilado por Luis F. Aguilar, 201-225. México: Miguel Ángel Porrúa, 1992.
- Majnoni d’Intignano Béatrice (colaboración de Phillippe Ulmann). *Économie de la santé*. París: Imprimerie des Presses Universitaires de France, 2001.
- Majone, Giandomenico. “Los usos del análisis de políticas”. En *La hechura de las políticas [segunda antología de política pública]*, compilado por Luis F. Aguilar, 341-366. México: Miguel Ángel Porrúa, 1992.
- Majone, Giandomenico. “La factibilidad de las políticas sociales”. En *La hechura de las políticas [segunda antología de política pública]*, compilado por Luis F. Aguilar, 393-432. México: Miguel Ángel Porrúa, 1992.
- Méndez, Enrique. “Seguro Popular, otro fracaso de Vicente Fox. Usó estructura médica de IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex y privada”. *La Jornada*, 3 de abril de 2007.
- Olaiz Fernández, Gustavo, Juan Rivera Dommarco *et al.*, comps. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: INSP/SSA, 2006.

LOS DILEMAS DEL SEGURO POPULAR

- Ortiz, Mauricio. *El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana*. México: FCE/SSA / Funsalud/INSP, 2006.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Seguridad social para la mayoría excluida. Estudios de casos de países en desarrollo*, dirigido por Wouter van Ginneken. Reino Unido: OIT, 2000.
- Ruiz Delgado, Jorge. “Estado y salud en México: el Seguro Popular de Salud en el estado de Morelos: análisis y perspectivas”. Tesis de Licenciatura en Ciencias Políticas y Administración Pública. México: UNAM, 2003.
- Secretaría de Salud (SSA). *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. México: SSA, 2001.
- Secretaría de Salud (SSA). “Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud”. *Diario Oficial de la Federación*, México, 15 de marzo de 2002.
- Secretaría de Salud (SSA). “Recursos físicos, materiales y humanos”, *Boletín de Información Estadística de la SSA*, vol. I, núms. 23, 24 y 25 [en línea]. Disponible en: <www.ssa.gob.mx>. [Consulta: 12 mayo 2007].
- Stoker P. Robert. “Un marco de análisis para el régimen de implementación: cooperación y reconciliación entre los imperativos federalistas”. En *La implementación de las políticas [cuarta antología de política pública]*, compilado por Luis F. Aguilar, 373-412. México: M. A. Porrúa, 2003.
- Vera Silva, Jesús. “Análisis de políticas públicas de corte social: el Seguro Popular en el Distrito Federal”. Tesis de Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos. México: UNAM, 2010.