

## **El Seguro Social : El caso de México**

*Lucila Zamboni<sup>1</sup>*

### *Introducción*

América latina se ha enfrentado en las últimas décadas a un serio problema: el garantizar el acceso a la salud para todos sus habitantes. Basándose en casos sumamente inclusivos, ésta región ha presentado diferentes respuestas. El caso de México es un caso sumamente interesante. La importancia del mismo radica en que no sólo se ha buscado garantizar el acceso a la salud, sino que el Estado ha emprendido una serie de reformas que buscan abarcar la seguridad social en su conjunto. El país elegido presenta una dimensión sumamente interesante para el análisis, pues a comienzos de ésta década el 50 % de la población del país se encontraba sin ningún tipo de cobertura en materia de salud.

El objetivo del presente trabajo es analizar la respuesta presentada por México como una solución paradigmática en el contexto de las políticas de salud latino americanas. En esta línea, se pondrá particular énfasis en el análisis del seguro social como instrumento clave de la seguridad social, elemento que otorga al sistema de México una singular peculiaridad. El seguro social y el seguro social popular se presentan como la alternativa encontrada por éste país en la búsqueda de una mayor equidad en el acceso a los servicios en salud.

A fin de organizar la presentación, en primer lugar, se analizará el marco legal que enmarca al sistema. El motivo de esto es comprender que una reforma de la envergadura de la reforma planteada por México requiere una negociación política fuerte en ámbitos legislativos. Las reformas a la Ley General de Salud de 2001, la Ley de Seguro Social (2003) y las reformas

---

<sup>1</sup> Lic. en Ciencia Política Universidad de Buenos Aires. Becaria del Instituto Nacional de la Administración Pública para la Maestría en Políticas Publicas Universidad Torcuato Di Tella 2007-2008. La autora agradece al Dr. Carlos A. Soratti y al Dr. Sergio Berensztein, cuyos comentarios fueron una guía para el desarrollo del presente trabajo.

impulsadas en la Ley General de Trabajo otorgan el marco normativo para la profundización de la reforma.

En segundo lugar observaremos la estructura del sistema, sus principales componentes y su organización. Con este objetivo, dividiremos el Sistema de Salud de México en tres ejes: (1) La Seguridad Social y el Seguro Popular, (2) la Secretaría de Salud y (3) el sector privado. La estructura elegida responde, primordialmente, a la búsqueda de una esquematización de la presentación del problema y tiene su base en análisis previos realizados por la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud de México.<sup>2</sup>

Finalmente, se focalizará la atención en cada uno de los elementos que subyacen a cada uno de los ejes que componen el sistema de salud de ese país. En este momento se pondrá, tal como lo he afirmado con anterioridad, particular énfasis en la seguridad social como rasgo distintivo del sistema. En la búsqueda de una clara sistematización se analizarán fundamentalmente los siguientes elementos: organización administrativa; marco jurídico; beneficios para los derechohabientes; financiación y eficacia. El objetivo último del presente trabajo es analizar la estructura, financiación y resultados obtenidos a partir del desarrollo de un sistema de Seguridad Social que ha sido complementado, en los últimos seis años por un Seguro Social que es otorgado aquellas personas que se encuentran por fuera de la economía formal.

---

<sup>2</sup> Puentes Rosas E, Gomez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev. Panam Salud Pública, 2006; 19 (6), Pág. 395.

### *Primera parte: El Marco Normativo*

En los Estados Unidos Mexicanos la atención de salud se encuentra garantizada por el Art. 4 de la Constitución Nacional. El mismo afirma: “...*toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las bases y modalidades de acceso.*”

Estas bases a las que se refiere el Art. 4 se encuentran definidas, principalmente, a través de dos leyes nacionales: La Ley General de Salud (LGS) de 1984 reformada en 2003 y la Ley del Seguro Social de 1998 (LSS) que posee su última reforma en 2004.

Antes de focalizar la atención sobre las cuestiones normativas que se desprenden de las leyes que analizaremos a continuación, resulta de suma importancia realizar algunas aclaraciones referentes al modo en que se avanzó en la compleja reforma del sistema de salud de México desde una perspectiva de Política Pública Integral en Salud. En primer, lugar el establecimiento en el año 2000 del Plan Nacional de Salud 2001-2006, generó una base de referencia en torno a la cual poder avanzar en la reconstrucción del Sistema de Salud Mexicano. Las metas planteadas por el programa, a las que nos referimos en la sección 1 y las estrategias desarrolladas para alcanzarlas poseen una fuerte vinculación con las reformas impulsadas desde el Poder Legislativo en relación a la Ley General de Salud y La Ley del Seguro Social. El observar como responde el Poder Legislativo ante un avance del Poder Ejecutivo en materia de Reforma del Estado no es un dato menor a tener en cuenta. Si observamos las reformas aplicadas a la LGS y a la LSS, ambas se realizan en el marco del PNS 2001-2006. Esto nos permite afirmar el avance integral que realizó México en pos de la democratización de su Sistema de Salud. Cabe destacar que las modificaciones realizadas a ambas leyes resultan de vital importancia para el avance de la reforma. Un claro ejemplo de ésta situación es la inclusión del Seguro Popular en Salud, en la Ley del Seguro Social a partir de la reforma de 2004.

Es por lo descrito anteriormente que resulta sumamente ilustrativo, analizar brevemente algunas de las cuestiones vinculadas a estas dos leyes y sus modificaciones.

La LGS es el marco normativo en materia de salud en México. Reformada en abril de 2003 y aprobada con amplia mayoría en ambas cámaras<sup>3</sup> La misma reglamenta, tal como lo afirma en su

---

<sup>3</sup> Gomez Dantes, Ortiz, 2004

Art.1 “...el derecho a la protección de la salud en términos del Art. 4 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos...”

Desde su reforma, que abarcó en gran medida la instauración del la Protección Social en Salud, ha sido la el marco normativo del SPSS que luego se ha especificado en la Ley del Seguro Social. Esta Ley contiene 470 Art. los mismos abarcan la problemática de la salud en un amplio espectro. Esta ley cubre temas desde la determinación de las competencias de la Secretaría de Salud hasta la normativa relativa a los programas de control de adicciones, pasando por las determinaciones básicas de los principios determinados para la educación para la salud y determinando, por ejemplo aclaraciones necesarias sobre sustancias psicotrópicas y sus incidencias en relación a abusos en el consumo.

En relación a la reforma impulsada desde el Poder Ejecutivo González Pier y Barraza Llorens afirman que la misma se llevó a cabo a partir de cuatro premisas generales: el federalismo, la redefinición de la población abierta, la corresponsabilidad entre órdenes del gobierno y la ciudadanía, la certidumbre financiera y la gradualidad.<sup>4</sup> Como puede observarse, la generalidad de la LGS le permite sentar precedente en una enorme cantidad de temas. Esto nos lleva directamente a concentrar cierta atención en la Ley del Seguro Social de 1998.

Vinculada estrechamente a la LGS se encuentra la Ley del Seguro Social de 1998. Reformada por última vez en 2004 Ésta última, anterior a la LGS, especifica las modalidades de acceso, los beneficios y derivados vinculados al seguro social. Compuesta por 319 Art. esta ley es la base normativa para la aplicación, utilización y asignación del seguro social y la adecuada regulación de los Institutos que lo administran. Considero pertinente aclarar que a lo largo de ésta ley se especifica que porcentaje del salario de cotización corresponde a cada estrato que compone la seguridad social, es decir, por ejemplo el porcentaje correspondiente al seguro de salud es del 1.5 % del salario de cotización. A este se suman los porcentajes correspondientes al seguro de riesgos del trabajo, seguro de vida y demás primas. A su vez, la ley determina el modo de financiamiento estatal y los requisitos para acceder a cada una de las prestaciones definidas por esta ley.

Finalmente, y de suma importancia para el desarrollo del marco legal en el que se encuadra el Seguro Social, es la Ley Federal de Trabajo. De un enorme grado de complejidad, la misma

---

<sup>4</sup> González Pier E; Barraza Llorens M y otros Sistema de Protección Social en Salud, FCE, México, 2006, Pág. 67

encuadra todo lo referido en materia legal al ámbito del trabajo y sus actores. En la misma se determina como obligatoria el aporte a la seguridad social por parte de los trabajadores forman parte del empleo formal.

## *Segunda parte: La estructura del sistema*

De modo esquemático podemos observar el Sistema de Salud de México, como un sistema organizado en tres ejes, cada uno de los cuales puede ser identificado con diferentes niveles socioeconómicos. Estos ejes son productos de la evolución histórica de un sistema que desde su nacimiento ha presentado una clara división entre aquellas personas que son beneficiarias de la seguridad social, conformada en su mayoría por trabajadores del sector formal de la economía, y quienes, por carecer de un empleo formal o encontrarse en situación de pobreza debían acceder a la cobertura en especies brindada por la Secretaría de Salud: la población abierta<sup>5</sup>. Por ende, no parece desacertado afirmar que los estratos socioeconómicos juegan, tanto en México como en el resto de América Latina y el Caribe, un papel sumamente relevante a la hora de determinar el acceso a la protección en salud. Profundizando en esta cuestión, hay autores que han llegado a afirmar que existiría una aparente desigualdad en el acceso a los servicios de salud, en toda la región.

Siguiendo en esta línea de pensamiento, tal como afirman González Pier y Barraza Llorens, este sistema ha generado un acceso sumamente dispar a la protección en salud. De ahí que el objetivo de las reformas impulsadas por el gobierno mexicano en materia de salud entre 2001 y 2006, sea la creación “...de un sistema universal de protección social en salud...” (González Pier, Barraza Llorens: 2006). Los objetivos planteados por el Plan Nacional de Salud 2001-2006 giran en torno a este objetivo último que se traduce en una mejora del acceso a la protección de salud para el pueblo mexicano en su conjunto. El PNS 2001-2006 prevé diez estrategias para lograr este cometido: Vincular la salud con el desarrollo económico y social, reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud, brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, construir un federalismo cooperativo en materia de salud, fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), ampliar la participación ciudadana y la libertad de

---

<sup>5</sup> “...desde el comienzo, el sistema de salud de México, nació dividido entre quienes tenían derechos sociales y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado...” González Pier E; Barraza Llorens M y otros Sistema de Protección Social en Salud, FCE, México, 2006

elección en el primer nivel de atención, fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud <sup>6</sup>

Es pertinente aclarar que la división en tres ejes que se presenta en este estudio responde a necesidades puramente metodológicas. De hecho, esta división persiste en al observar la organización del sistema de salud. Sin embargo, los límites entre los ejes no se encuentran delineados con tanta claridad. La diferencia entre el acceso a seguridad social y los servicios privados se encuentra sumamente definida. Pero al vincular a la seguridad social con el sistema de protección social encontramos zonas grises. Esto es, desde la Secretaría de Salud, a partir de la reforma de la Ley General de Salud de 2003 (LGS) se ha impulsado el sistema de protección social en salud, o el IMSS –Solidaridad como programas que tomando como base los buenos resultados obtenidos por la Seguridad Social, intentado reproducir el modelo para otorgar cobertura a la *población abierta*.

El primer eje está conformado por la seguridad social y el seguro popular. Ambos sistemas implican el acceso a una cobertura integral de salud y beneficios sociales, tales como jubilación y pensión. Ahora bien, este primer eje se divide a su vez en dos sectores, la división se presenta a partir de la pertenencia o no a la economía formal. Por economía formal entendemos a las personas que se desempeñan en cualquier ámbito laboral en el marco de las legislaciones laborales determinadas para cada país.<sup>7</sup> Analicemos, entonces, el primer grupo, aquellos trabajadores que se encuentran en el marco de la ley Federal de Trabajo. Aportan obligatoriamente al sistema de seguridad social, según el Art.12 de la ley de seguridad social “... *personas que presten servicios remunerados*.” La LSS incluye a su vez los trabajadores de cooperativas y un tercer grupo conformado por designación directa por decreto del poder ejecutivo nacional.

Ahora bien, se puede optar voluntariamente por este tipo de modalidad. Están habilitados para hacerlo: trabajadores de industrias familiares; trabajadores domésticos; comuneros; colonos; pequeños propietarios y patrones. A su vez el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) ofrece desde 1998, a quienes no pertenecen a la economía, formal un seguro para la familia –

---

<sup>6</sup> fuente: [http://evaluacion.salud.gob.mx/metas\\_pns/metas\\_pns.htm](http://evaluacion.salud.gob.mx/metas_pns/metas_pns.htm)

<sup>7</sup> En el caso de México la Ley Federal de Trabajo

IMSS-Oportunidades-. La financiación del mismo se realiza a través de un binomio compuesto por el pago por adelantado de la cuota anual por parte del afiliado y el gobierno federal.

Obligatoriamente y determinado por la Ley de Trabajo, trabajadores debe afiliarse a alguno de los institutos de la seguridad social. La elección del mismo depende del área donde se desarrolla la actividad. El IMSS engloba a los trabajadores asalariados del sector privado. El ISSSTE a los trabajadores de la esfera pública en todos sus estratos. PEMEX, afilia a los trabajadores del petróleo y el ISSFAM a las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Lo que es necesario aclarar ahora, es que significa ser beneficiario de la seguridad social. Los beneficios de los derechohabientes en cada uno de estos institutos son similares. En términos generales abarcan: seguro de salud, seguro de maternidad, seguro de pensión, de invalidez, de cesantía, de vida, seguro de riesgo del trabajo, créditos hipotecarios.

En relación al financiamiento, la seguridad social posee tres pilares los aportes realizados por los trabajadores pertenecientes al área de empleo formal, los cuales según lo establecido por la Ley de Trabajo deben aportar obligatoriamente a algún de los Institutos de la Seguridad Social, dependiendo de la rama de la economía en la que se desempeñen. El segundo aporte esta conformado por los aportes que realizan los empleadores por cada empleado que poseen y finalmente un complemento aportado desde el Estado Nacional. En porcentajes, el total de los aportes ronda entre un 8% y un 10 % del salario de cotización del trabajador<sup>8</sup> se financia a partir de aportes realizados desde tres sectores: los trabajadores, los empleadores y el Estado Nacional. Los aportes realizados rondan entre el 8 y el 10 % del salario de cotización del trabajador.

Pese la estructura de la Seguridad Social, según informes de la OPS para el año 2000 alrededor de unos 50 millones de personas que se desempeñaban en la economía formal, aportaban a este sistema. Lo que representa cerca de un 51 % de la población total. Este sector se encontraba compuesto mayoritariamente por familias que se encuentran entre los percentiles más bajos en relación al nivel de ingreso.

El segundo eje del sistema está conformado por los Servicios Estatales de Salud (SESA) y la Secretaría de Salud, máxima autoridad nacional en el área. Como afirma el *working paper* de OPS, la Secretaría es la institución rectora del sistema. La misma tiene a su cargo la elaboración de las normas mexicanas en el área, la actualización de las normas en regulación sanitaria y

---

<sup>8</sup> Salario Nominall

evaluar la prestación de servicios. A su vez, la misma provee atención de salud a la población que carece de aseguramiento: población abierta<sup>9</sup> Según datos de la OCDE, la población denominada *abierta* comprende un 49 % de la población total del país.<sup>10</sup>

A partir de la reforma de 2003 a la LGS, se crea el Sistema de Protección Social de Salud<sup>11</sup>. El mismo busca consolidar el avance hacia la universalidad en materia de salud y la conformación de un ámbito de protección financiera para aquel sector de la población más desprotegido y que se encontraba en importante desigualdad de condiciones en materia de acceso a servicios de salud. Para Gómez Dantés y Ortiz “... *se busca construir una nueva estructura financiera para el sistema mexicano...*”<sup>12</sup>

Ahora bien, el Sistema de Protección Social en Salud es el resultado de una serie de mejoras planteadas a partir del Plan Nacional de Salud 2001-2006, que poseen como objetivo último: mitigar las diferencias en materia de acceso a la protección de salud y disminuir el gasto privado en salud que empobrece a familias que presentan escasos recursos. Previo al SPSS, el IMSS lanzó a mediados de los años 90’s el Programa Progresar y con posterioridad el IMSS-Oportunidades que contaba, por ejemplo, con un listado de 13 intervenciones quirúrgicas básicas. Hoy el SPSS cuenta con 250.<sup>13</sup> En la actualidad, el IMSS-Oportunidades coexisten, teniendo como *target*, en términos generales, el mismo grupo social, personas que no pertenecen a la economía formal y por ende carecen de la protección social provista por los múltiples institutos del Seguro Social. Pese a compartir el grupo objetivo, el IMSS-Oportunidades apunta a aquel porcentaje de la población que se encuentra en condiciones de mayor pobreza Tan el IMSS-Oportunidades como el SPSS dependen directamente de la Secretaría de Salud de México. Analicemos entonces de que manera se financia la misma.

---

<sup>9</sup> Según datos de OPS 48 millones de personas

<sup>10</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México, Secretaría de Salud de México, México DF, 2005, Pág. 36

<sup>11</sup> “...es un sistema complementario que busca extender el acceso a la protección social y articular los diferentes esquemas de beneficios existentes con las prestaciones de seguridad social ofrecidas por el IMSS y el ISSSTE.” González Pier E; Barraza Lloréis M; Gutiérrez Delgado C; Vargas Palacios A; Sistema de Protección Social en Salud –Elementos conceptuales, financieros y operativos – Secretaría de Salud de México, FCE, México D.F., 2006, Pág. 107

<sup>12</sup> Gómez Dantés O; Ortiz M; Seguro Popular de Salud: Siete perspectivas Salud pública Méx vol.46 no.6 Cuernavaca Nov/ Dec. 2004

<sup>13</sup> Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based. health policy in Mexico, The Lancet 2006;368:954-61.

La Secretaría de Salud se encuentra financiada en su totalidad por la recaudación de impuestos generales<sup>14</sup> y atiende principalmente a población pobre tanto del campo como de la ciudad, trabajadores informales y auto empleados. Dentro de las prestaciones impulsadas por la Secretaría de Salud, se encuentra el Seguro Popular de Salud (SPS). El mismo es “... *el brazo operativo del SPSS...*”<sup>15</sup> y tiene por objetivo brindar cobertura de salud a aquellas personas de menores recursos que no son capaces de afrontar el pago correspondiente a la cobertura privada y carecen de empleo formal que les permita acceder a la seguridad social. En términos técnicos, y tal como lo afirman González Pier y Barraza Llorens “...*aseguramiento público en materia de salud.*” Las prestaciones del SPS poseen contrapartida monetaria, los el nivel de ingreso de los afiliados es evaluado a través de una encuesta realizada al jefe de familia que determina el monto que debe ser pagado en función del nivel de ingresos de la familia. Esto queda estipulado en el Art. 36 y siguientes de la Ley General de Salud, donde se afirma: “...*para la determinación de las cuotas de recuperaciones tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.*”

A nivel financiamiento, como es de esperarse, el SPS presenta una estructura tripartita, con aportes de los gobiernos federales (aportación solidaria estatal, 3715 \$ por familia) y estatales (aportación solidaria estatal \$ 1238)<sup>16</sup>; la Cuota Social, 15% del salario mínimo de cotización para el Distrito Federal que es cubierta por el gobierno nacional y los aportes de sus afiliados a través de la Cuota Familiar. La misma se basa en una escala diferencial, definida a partir del nivel de ingreso de la familia. En términos generales, los aportes que realiza el gobierno al SPS, son semejantes a los que otorga al eje constituido por los trabajadores que forman parte del empleo formal. La diferencia parece presentarse, en relación a los aportes solidarios. González Pier y Barraza Llorens destacan, en relación a la cuota familiar, que dado que el sistema apunta a un grupo socio económico con limitados recursos, la imposibilidad de pago de la cuota no es excluyente de los servicios brindados por el SPS. En estos casos se asigna a la familia una cuota en la medida de sus posibilidades. Lejos de buscar objetivos exclusivamente sanitarios, la implementación de este sistema persigue un cambio socio-cultural en relación a las prestaciones en salud. Esto significa para los autores, “...*la creación de una cultura de corresponsabilidad, de*

---

<sup>14</sup> A su vez, a través de un sistema de recupero, aquellas personas que pueden afrontar el pago del un servicio, o bien en su totalidad o bien a modo simbólico, lo hacen.

<sup>15</sup> González Pier E; Barraza Llorens M y otros Sistema de Protección Social en Salud, FCE, México, 2006, Pág. 107

<sup>16</sup> En dólares a tipo de cambio de Marzo 2007, esto significa unos 371.5 dólares en el caso del aporte solidario federal y unos 124 dólares en el caso del aporte solidario estatal.

*pago anticipado y el fomento de una cultura de medicina preventiva.”*<sup>17</sup> En materia de cobertura, en lo que respecta a servicios de atención primaria las prestaciones y los medicamentos se encuentran delimitados por listados del Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud. Los servicios considerados de alto costo son financiados a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos<sup>18</sup> Este tipo de estructura ha implicado un cambio fundamental en relación a la asignación de recursos, sobre todo en relación a la asignación a los estados federales pues la misma está determinada por la cantidad de afiliados al SPS, por ende, la asignación está determinada por la demanda de servicios.<sup>19</sup> En relación al pago de los servicios, tanto los servicios prestados por la Secretaría de Salud como los provistos por la seguridad social, se basan en sistemas de presupuesto. Esto es, los hospitales y centros de atención primaria reciben recursos en relación a su gasto histórico. Cuentan, por ende, con un presupuesto anual que no se encuentra directamente vinculado a las prestaciones realizadas durante ese período, sino que es el resultado del análisis del gasto realizado por el centro de salud en los últimos periodos. Esto se presenta de modo diferente en el sector privado.

Finalmente el tercer eje está conformado por los seguros privados de Salud y los pagos realizados por prestaciones determinadas. Es decir, hay quienes se afilian a un sistema de protección en salud, ya sea prepago o del tipo mutual y quienes pagan ocasionalmente por prestaciones. Invertiendo la ecuación, y posesionándonos en relación al pago a proveedores, la operación es similar; el pago a los mismos se encuentra determinado por la demanda de servicios.

Desde el año 2002 comienza la oferta de seguros integrales de salud. Previo a 2002 existían los denominados seguros de gastos médicos mayores. Los servicios privados ofrecen principalmente dos tipos de seguros: Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) y los que ofrecen las Instituciones de Seguros especializadas en salud. Los primeros, abarcan gastos extraordinarios como pueden ser hospitalización y diagnósticos específicos. Los seguros ofrecidos por las Instituciones de Seguros especializadas en Salud, ofrecen un abanico de prestaciones prepagadas.

---

<sup>17</sup> González Pier E; Barraza Llorens M y otros Sistema de Protección Social en Salud, FCE, México, 2006, Pág. 54

<sup>18</sup> Son considerados servicios de alto costo: Diagnóstico y tratamiento de cáncer; problemas cardiovasculares; enfermedades cerebro vasculares; VIH/SIDA; lesiones graves; rehabilitación a largo plazo, cuidados intensivos neonatales; transplantes, diálisis.

<sup>19</sup> Gómez Dantés O; Ortiz M; Seguro Popular de Salud: Siete perspectivas Salud pública Méx vol.46 no.6 Cuernavaca Nov/ Dec. 2004

<sup>20</sup>Dada la cercanía de la reforma aún no se han presentado datos en relación al impacto de los seguros privados en el sistema de salud de México. Los beneficiarios de dichos seguros representan un porcentaje del 3 % y su localización se concentra en áreas urbanas<sup>21</sup>.

---

20 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México, Secretaría de Salud de México, México DF, 2005, Pág. 48

<sup>21</sup> González Pier E; Barraza Llorens M y otros Sistema de Protección Social en Salud, FCE, México, 2006, Pág. 18

## *Conclusiones*

Se ha afirmado en la introducción que este trabajo buscaba analizar cuestiones relativas a la respuesta que ha presentado el Estado Mexicano al grave problema al que se enfrenta, no solo, sino de la mano de muchos de los países de la región. Las reformas desarrolladas han tomado un importante grado de complejidad. Esta situación ha alcanzado a un importante número de actores y ha movilizado una gran cantidad de recursos tanto humanos como financieros.

Lo primero a tener en cuenta es que tanto el sistema de salud previo a la reforma como el que resultará de la misma en los años venideros es producto de casi 80 años de evolución. El seguro social es parte del sistema de salud de éste país desde sus inicios. La novedad radica en el desarrollo del Seguro Social Popular. El mismo se presenta como una alternativa para la inclusión social y buscando mitigar la desigualdad en materia de acceso que enfrentan los denominados países en desarrollo.

El seguro social y los institutos que dan marco a este sistema, poseen una gran tradición en la historia de ese país y pueden englobarse incluso entre las conquistas sociales logradas por los trabajadores mexicanos en las primeras décadas del siglo XX. De ningún modo, se pretende con ésta aclaración, menospreciar la importancia y la profundidad de las reformas iniciadas a partir de la implementación del Plan Nacional de Salud 2001-2006, pero si se busca llamar la atención de un lector desprevenido que podría pensar en la importación del modelo mexicano a otros países de la región. En esta línea y sin desalentar el estudio de caso, sacar de contexto una política pública de estas características sería un error. Sin lugar a dudas, la experiencia de México sentará precedente. No sólo por el tamaño, en términos nominales de la reforma, sino por que la reforma ha sido producto de una importante negociación política. La conjunción lograda por el Presidente Vicente Fox y por su Secretario de Salud Julio Frenk Mora, es un escenario de análisis de Política Pública sumamente interesante, del cual se pueden obtener importantes lecciones. El impulso de las reformas de las leyes que enmarcan al sistema, tal como se presentan en la primera sección de este trabajo, es la cristalización de una importante negociación política impulsada por el poder ejecutivo, pero con amplia adhesión de la sociedad civil.

Si observamos algunos indicadores estadísticos podemos analizar en cierto modo, impacto de las reformas iniciadas en 2001.

Ahora bien, la cercanía temporal en las que nos encontramos en éste momento hace que debamos ser sumamente cautelosos con las conclusiones a las que arribamos. Es muy factible que los primeros impactos reales tomen aún más tiempo en hacerse visibles a nivel cuantitativo. En el Plan Nacional de Salud 2001-2006 se estima que los resultados comenzarán a hacerse tangibles para 2025. Sin embargo, se presentan algunos indicadores que son de suma importancia y que echan luz sobre cuestiones de relevancia para una primera aproximación a la problemática.

En primer lugar al observar datos relativos a la esperanza de vida se puede ver que desde la década del '60 la misma ha sido ascendente a un ritmo constante. Hasta el año 2003 no presenta, este indicador, subidas abruptas que puedan ser vinculadas a la reforma aquí analizada.<sup>22</sup> En relación al gasto en Salud como porcentaje del PBI, México se encuentra muy por debajo del indicador a nivel mundial, pero en rangos similares a sus vecinos de la región latinoamericana<sup>23</sup>. En cuanto al acceso a la salud, los datos siguen manteniendo para el año 2004 un enorme porcentaje de población no asegurada (49%). En términos geográficos se observa que los estados sureños tales como Chiapas, Guerrero, Oaxaca cuentan con entre un 20 % y un 30 % de población cubierta por la seguridad social, en sus múltiples formas, mientras que en los Estados del norte del país este porcentaje se eleva al 80% en estados como Sonora y Nuevo León.<sup>24</sup> Este dato, sin embargo, no resulta sorprendente en relación al desarrollo económico que presentan ambas regiones. Este tipo de indicadores económicos suelen estar directamente vinculados a indicadores en el área de la salud, por lo que los datos no resultan incoherentes.

Desde la Secretaría de Salud de México, los avances en relación al PNS 2001-2006 pueden consultarse hasta el año 2004<sup>25</sup>. Más allá de esa fecha la secretaría aún no presenta los datos correspondientes al período. Es importante aclarar que las 10 metas presentadas en el cuerpo del presente paper son simplemente la punta del ice berg de una serie de objetivos sumamente específico. De cada una de estas metas se desprenden entre 15 y 20 líneas de acción que son llevadas a cabo desde la Secretaria de Salud y en coordinación con los gobiernos estatales. Analizando las metas y los logros presentados se pueden observar avances modestos al interior de

---

<sup>22</sup> Cuadro N° 1 (ver anexo)

<sup>23</sup> Cadro N° 2

<sup>24</sup> Cuadro N° 3

<sup>25</sup> [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/metas\\_pns/metas\\_pns.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/metas_pns/metas_pns.htm)

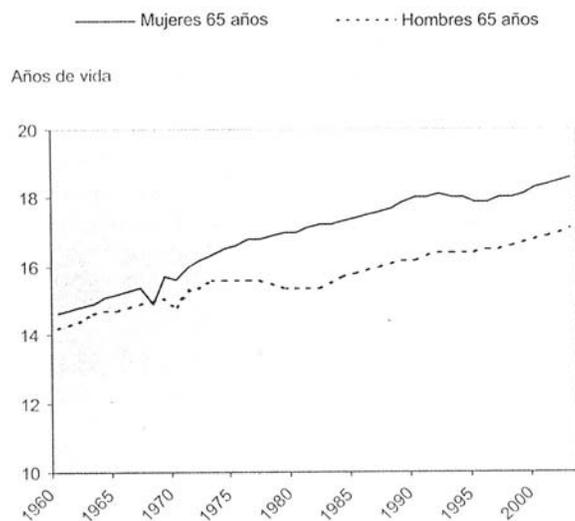
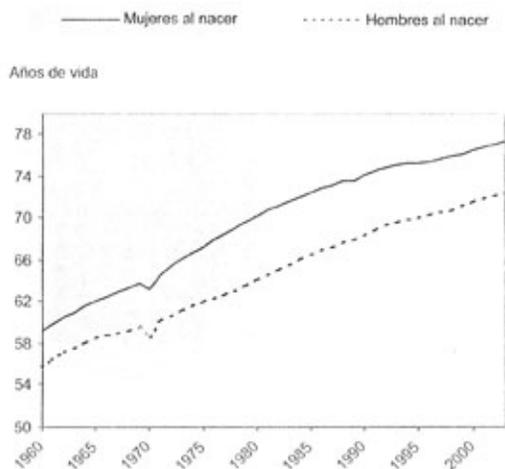
cada una de las 10 grandes metas presentadas en el PNS. Sin embargo, los datos son alentadores y de muestran que hay un avance con respecto a la situación de la década anterior.

En las páginas anteriores, se ha buscado presentar el Sistema de Salud de México como una opción plausible en la búsqueda de la equidad en el acceso a la salud. Pese a no contar con la totalidad de los datos, por encontrarnos tal como lo he afirmado antes sumamente contemporáneos al proceso, el trabajo iniciado por este país de la Región no deja de tener relevancia teórica por el proceso tanto a nivel político como a nivel administrativo que se ha desarrollado en la búsqueda de la implementación del PNS. Seguramente se podrá avanzar en un análisis más riguroso al pasar varios años de la implementación del SPSS y del SSP, seguramente nos encontraremos en ese momento retomando los datos presentados en este trabajo.

**Anexos: Cuadros**

**Cuadro N° 1**

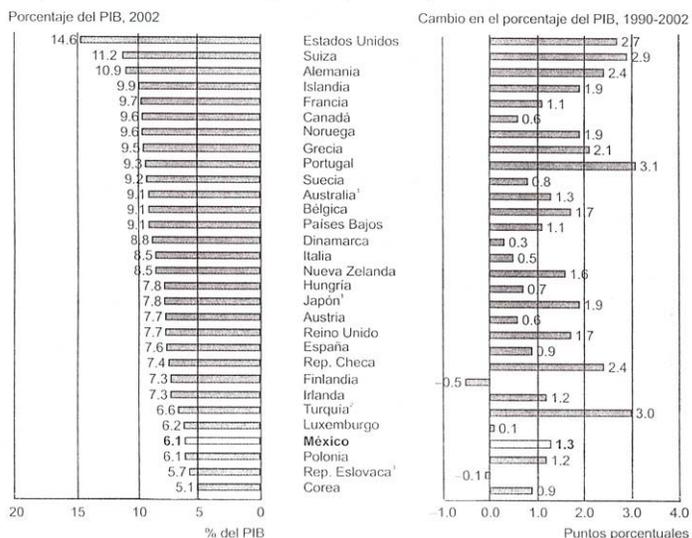
**Gráfica 1.4 Aumento de la esperanza de vida en México, 1960-2003**



Fuente: OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

## Cuadro N° 2

Gráfica 1.7 Gasto en salud en países de la OCDE como porcentaje del PIB, 2002



Notas:

(1) 2001; (2) 2000; (3) 1997-2002.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

En 2002, México reportó 5.8% en el indicador "Gasto en salud como porcentaje del PIB", de acuerdo con Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas, 1a. edición, México, D.F.

Cuadro 1.2 Ingreso per cápita y gasto en salud como proporción del PIB, países seleccionados de América Latina

	PIB per cápita, US\$ PPC <sup>1</sup>	Gasto en salud como proporción del PIB <sup>2</sup>
México	8 540	6.1
Argentina	9 230	9.5
Brasil	7 250	7.6
Colombia	5 870	5.5
Costa Rica	8 260	7.2
Chile	9 180	7.0

Notas:

<sup>1</sup> Cifras correspondientes a 2000.

<sup>2</sup> Cifras correspondientes a 2001.

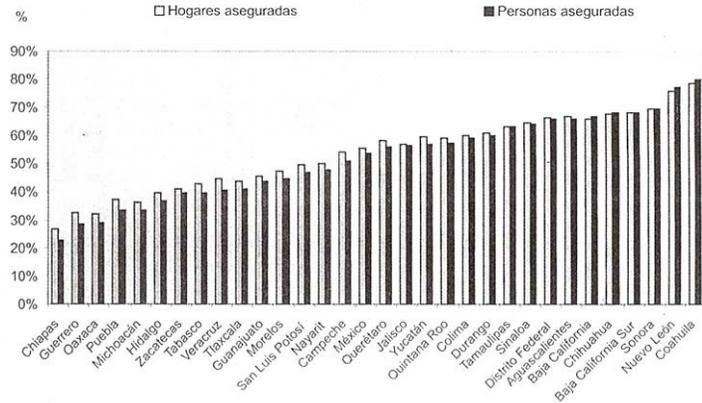
Fuentes:

<sup>1</sup> Banco Mundial (2004c) World Indicators.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (2000) World Health Report. En 2001, México reportó 5.8% en el indicador "gasto en salud como porcentaje del PIB", de acuerdo con Secretaría de Salud. Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas, 1a. edición, México, D.F.

### Cuadro N° 3

Gráfica 2.2 Cobertura de la seguridad social por estado: personas y hogares, 2003



Notas:  
 Población: estimaciones basadas en INEGI (2004) XII Censo General de Población y Vivienda.  
 El número de hogares fue calculado usando el tamaño promedio de hogares y la población estimada.  
 Fuente:  
 INEGI (2000) XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud 2002 (última versión revisada al mes octubre de 2004).

## ***Bibliografía***

- Dávila E, Guijarro M, *Evolución y Reforma del Sistema de Salud de México*, Serie Desarrollo 91, Unidad de Financiamiento para el Desarrollo, División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile, 2000
- De la Fuente J.R, *La Salud en un México en transición* Conferencia dictada durante el X Congreso de Investigación en Salud Pública, Marzo 2003 Cuernavaca, Morelos, México, en *Salud Pública de México* Vol.46 N° 2 Marzo-Abril 2004
- Frenk J. *Bridging the divide: global lessons from evidence-based. health policy in Mexico*, *The Lancet* 2006; 368:954-61
- Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM. *Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico*. *Lancet*. 2006 Oct 28;368 (9546):1524-34.
- González Pier E; Barraza Lloréis M; Gutiérrez Delgado C; Vargas Palacios A; *Sistema de Protección Social en Salud –Elementos conceptuales, financieros y operativos –* Secretaría de Salud de México, FCE, México D.F., 2006
- Gómez Dantés O; Ortiz M; *Seguro Popular de Salud: Siete perspectivas* Salud pública Méx vol.46 no.6 Cuernavaca Nov/ Dec. 2004
- Gonzalez-Pier E, Gutierrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Llorens M, Porrás-Condey R, Carvalho N,
- Loncich K, Dias RH, Kulkarni S, Casey A, Murakami Y, Ezzati M, Salomon JA. *Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health*, *Lancet*. 2006 Nov 4;368 (9547):1608-18
- Knaul F. M., Arreola H, Borja C., Mendez O., *El Sistema de Protección Social en Salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares*, *Caleidoscopio de la Salud De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción* (pp. 275-291). México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
- Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan DM, Vidal C, Ortiz JP, Murray CJ. *Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage: Lancet*. 2006 Nov 11;368 (9548):1729-41

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*, Secretaría de Salud de México, México DF, 2005
- Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo y Sistemas de Servicios de Salud, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México*, 2º Edición, Abril 2002
- Molina Salazar R, Carbajal de Nova C, Salud y desigualdad, el caso de México, [www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a15.pdf](http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a15.pdf)
- Puentes Rosas E, Gomez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Revista. Panamericana de Salud Pública, 2006; 19 (6); 394 – 402.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006 *La Democratización de la Salud en México – Hacia un sistema Universal de Salud-*, Secretaria de Salud de México, 1º Edición , México DF, 2001
- Tamez S, Bodek C, Eibenschutz C, *Lo Público y lo Privado: las aseguradoras y la atención médica en Mexico*, Cad. Saúde Publica v. 11 n. 4 Río de Janeiro out. / dez. 1995
  
- ***Leyes consultadas On-Line***
- Ley General de Salud México [www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/lgs/ley\\_salud.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/publica/lgs/ley_salud.html) - 5k -
- Ley Federal de Trabajo [www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/oeur/lxwemex.htm](http://www.lexadin.nl/wlg/legis/nofr/oeur/lxwemex.htm) - 45k
- Constitución de los Estados Mexicanos <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/>
- Ley del seguro Social <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/doc/92.doc>