



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS
Y EMPRESARIALES**

**Análisis de los efectos del Fondo de Protección Contra Gastos
Catastróficos del Seguro Popular en la población afiliada 2004-2012, en
los niveles de pobreza en México: un análisis con datos panel**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Presenta:
L.E. Roberto Ruiz Melgarejo**

**Director de Tesis:
Dr. Mario Gómez Aguirre**

Morelia, Michoacán, agosto de 2014

DEDICATORIA

A Dios

A mi Familia

**Al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Mario Gómez Aguirre que con sus conocimientos y paciencia, guió mi trabajo de investigación.

A mi esposa Ruth Maldonado y mis hijos Josué, Nahomi y a mi nieta Sophie, por apoyarme y darme fuerzas en los momentos difíciles.

Al Director del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales Dr. José Odón García García, y a todo el personal docente y administrativo der dicha Institución por su apoyo y colaboración.

A los integrantes del H. Jurado Sinodal. Sres.

Dr. José Carlos Alejandro Rodríguez Chávez

Dr. Carlos Francisco Ortiz Paniagua

Dr. Francisco Javier Ayvar Campos

Dra. América I. Zamora Torres

A todo mis compañeros de la Maestría en Política Públicas del ININEE-UMSNH.

Por último, deseo aclarar que cualquier error o defecto que pudiera tener este trabajo son de mi absoluta responsabilidad

Índice

Siglas, sigloides y abreviaturas	7
Glosario	9
Relación de tablas	11
Resumen	12
Introducción	13
CAPITULO I	
Fundamentos de la investigación	
1.1.- Planteamiento del problema	16
1.2.- Descripción del problema	18
1.3.- Preguntas de investigación	22
1.4.- Objetivos de la investigación	22
1.5.- Hipótesis de la investigación	23
1.6.- Justificación	23
1.7.- Horizonte temporal y espacial	24
1.8.- Viabilidad de la investigación	26
1.9.- Tipo de investigación	26
1.10.- Marco teórico	27
1.11.- Instrumentos	28
1.12.- Identificación de variables	29
1.13.- Alcances y limitaciones de la investigación	29
CAPITULO II	
Marco Teórico	
2.1.- Salud como Concepto	30
2.2.- Las Políticas en Salud el ámbito de la política	36
2.3.- Las Políticas Públicas para la promoción de la salud	41
2.4.- Cronología del Sistema Mexicano de Salud	55
2.5.-Descripción del Sistema Mexicano de Salud	62
2.6.-Estructura y Cobertura del Sistema Mexicano de Salud	67

CAPITULO III

Antecedentes y características del Sistema de Protección Social en Salud en México

3.1. -Concepción del Seguro Popular en México	87
3.2.- El origen de los recursos del Seguro Popular en México	90

CAPITULO IV

Características del Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico

4.1.- Rasgos del Fondo de Protección Contra Gasto Catastrófico en México	94
4.2.- Enfermedades que cubre el Fondo de Protección Contra Gastos Catastrófico	99
4.3.-Qué es una Enfermedad considerada cómo Catastrófica	102
4.4- La problemática del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos en la actualidad	103

CAPITULO V

Análisis de resultados

5.1.- Análisis de datos	108
5.2.- Modelo econométrico con datos panel	123
5.3.- Interpretación de resultados	127

CAPITULO VI

Una Política Pública para mejorar la eficiencia de Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

6.1.-Consideraciones esenciales en el diseño de las Políticas Públicas en salud	131
6.2.- La problemática en la estructuración de Políticas en Salud sin un consenso general	135
6.3.-Acciones y medidas para mejorar el proceso de Políticas Públicas en Salud	137
6.4.-Medidas para fortalecer el funcionamiento del sistema de Protección Social en Salud	142
6.5.-Medidas y acciones para mejorar el Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico	143

Conclusión General	148
Recomendaciones	151
Bibliografía	155
Anexos	165

Siglas, Sigloides y Abreviaciones

(ENSANUT)	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
(PNS)	Programa Nacional de Salud
(PROSESA)	Programa Sectorial de Salud
(REPSS)	Regímenes Especiales de Protección Social en Salud
(CAUSES)	Protección contra Gastos Catastróficos
(CNPSS)	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
(SS)	Secretaría de Salud
(SESA)	Servicios Estatales de Salud
Dirección	General Catálogo Universal de Servicios de Salud
(SPS)	Seguro Popular de Salud
(FPGC)	Fondo de de Evaluación del Desempeño
(DGED)	Dirección General de Evaluación del Desempeño
(DGIS)	Dirección General de Información en Salud
(COFEPRIS)	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
(ISSSTE)	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
(LGS)	Ley General de Salud
(OCDE)	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
(CONAPO)	Consejo Nacional de Población
(CONEVAL)	Consejo Nacional de Evaluación
(CSS)	Consejo Superior de Salubridad
(CONAMED)	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
(OPS)	Organización Panamericana de Salud

(INEGI)	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
(ENIGH)	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
(SIGGC)	Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos
(SINAIS)	Sistema Nacional de Información en Salud
(SNS)	Sistema Nacional de Salud
(SPSS)	Sistema de Protección Social en Salud
(SICUENTAS)	Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en salud
(SEDENA)	Secretaria de la Defensa Nacional
(SEMAR)	Secretaria de Marina
(IMSS-O)	Instituto Mexicano del Seguro Social Oportunidades
(SINAVE)	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
(PEMEX)	Petróleos Mexicanos
(SAEH)	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
(OMS)	Organización Mundial de la Salud

Glosario

Casos validados	Son los casos presentados por los prestadores de servicios que cumplen con la normatividad y validados por la CNPSS. Se le denomina “caso”. Una persona pudiera requerir de más de una intervención y su seguimiento en un año (SPSS).
Decil	El concepto decil refiere a cada uno de los 9 valores que dividen un grupo de datos (clasificados con una relación de orden) en diez partes iguales, y de manera que cada parte representa un décimo de la población. En resumen, los deciles son cada uno de los nueve valores que dividen un conjunto de datos en diez grupos con iguales efectivos (EUMED).
Demografía	Estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento o ciclo (CONAPO).
Gasto Catastrófico	Se define como hogar con gasto catastrófico a todo aquel cuyo gasto en salud representó más de 30% de su capacidad de pago (SPSS).
Gasto de Bolsillo	Son todos los tipos de gastos sanitarios en el momento en que el hogar se beneficia de servicios de salud (OMS).
Mastógrafo	Equipo de rayos “x” de baja dosis de radiación que sirve para realizar estudios radiológicos de la mama. Así como para la detección de diferentes lesiones que se pueden presentar únicamente en este órgano (GACETA MEDICA).
Medicamento	Es uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos (COFEPRIS).
Perfil Epidemiológico	Es una dimensión de la epidemiología que sistematiza el conjunto de categorías y a la vez expresa la relación salud-enfermedad y su comportamiento en las poblaciones humanas (OMS).

Pobreza	Es una situación social y económica caracterizada por una carencia marcada en la satisfacción de las necesidades básicas. Las circunstancias para especificar la calidad de vida y determinar a si un grupo en particular se cataloga como empobrecido suelen ser el acceso a recursos como la educación, la vivienda, el agua potable, la asistencia médica, etc.; asimismo, suelen considerarse como importantes para efectuar esta clasificación las circunstancias laborales y el nivel de ingresos (CONEVAL).
Producto Interno Bruto	Es el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado (INEGI).
Quirófano	Es una sala independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación (generalmente en situaciones de emergencia) necesarias para el buen desarrollo de una intervención médica y de sus consecuencias (ECURED).
Sector Privado	Es la contrapone del sector público, es aquella parte de la economía que busca el ánimo de lucro en su actividad y que no está controlada por el Estado. Por contraste, las empresas que pertenecen al Estado son parte del sector público. Las organizaciones privadas sin ánimo de lucro están incluidas como parte del sector voluntario (ECO-FINANZAS).
Sector Público	Es el conjunto de organismos administrativos mediante los cuales el Estado cumple, o hace cumplir, la política o voluntad expresada en las leyes del país. Esta clasificación incluye dentro del sector público: El Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, poder Judicial y organismos públicos autónomos, instituciones, empresas y personas que realizan alguna actividad económica en nombre del Estado y que se encuentran representadas por el mismo, es decir, que abarca todas aquellas actividades que el Estado (Administración local y central) poseen o controlan (ECO-FINANZAS).

Relación de Tablas

Título	
Tabla 1. Población acumulada y afiliada	90
Tabla 2. Presupuesto del Seguro Popular a precios constantes	91
Tabla 3. Cuota por ingreso al Seguro Popular	92
Tabla 4. Porcentaje nacional de hogares con gasto catastrófico y gasto empobrecedor	96
Tabla 5. Presupuesto al fondo de protección contra gasto catastrófico	97
Tabla 6. Evolución de las intervenciones del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos	98
Tabla 7. Población Nacional afiliada en el 2012 al seguro popular por deciles	101
Tabla 8. Pobreza por Ingreso, porcentaje de Población a nivel Nacional	102
Tabla 9. Gasto en salud en México como porcentaje del PIB	104
Tabla 10. Presupuesto del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos a Precios Constantes	106
Tabla 11. Número de personas por hogar en México	110
Tabla 12. Porcentaje Nacional de hogares con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico Empobrecedor	111
Tabla 13. Casos validados, atendidos y cubierto por el FPCG	111
Tabla 14. Población Nacional con gasto catastrófico y gasto empobrecedor	112
Tabla 15. Población con gasto catastrófico y gasto catastrófico Empobrecedor en Michoacán	113
Tabla 16. Presupuesto Estatal del FPCG	117
Tabla 17. Población Estatal afiliada en el 2012 al seguro popular por deciles	118
Tabla 18. Porcentaje de población Nacional cubierta por el FPGC con gasto catastrófico empobrecedor	122
Tabla 19. Pobreza por ingreso de población a nivel nacional	123
Tabla 20. Prueba de raíz unitaria	128
Tabla 21. Prueba de Hausman	128
Tabla 22. Resultados	130
Tabla 23. Presupuesto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos	144
Tabla 24. Monto de recursos validados por el FPC	144

Resumen

El bien denominado salud no puede ser sustituido, por tanto, el gasto catastrófico empobrecedor es inevitable para la población más vulnerable. Los costos de los servicios médicos son determinados por la disponibilidad de pago de los consumidores; ahora bien, en algunos casos, el gasto puede transformarse en “catastrófico” si es mayor al 30% del ingreso disponible, entendido este como el ingreso restante después del gasto en alimentos. El gasto catastrófico puede conducir a la pobreza extrema. Por lo anterior, en este trabajo se analiza la evolución del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos en salud entre sectores más pobres de México.

Con la reforma a la Ley General de Salud de 2004, se promovió la implementación de un seguro médico, reconocido como “Seguro Popular”, por ende, con la instrumentación del mismo se esperaba una reducción importante del gasto catastrófico en la década pasada. Los resultados de este trabajo sugieren que el gasto catastrófico empobrecedor cubrió menos del 35% de los hogares afiliados al programa hasta el 2012. Aseveramos que una persona pudiera requerir de más de una intervención y su seguimiento en un año. Por lo anterior existe en el país el riesgo de caer en pobreza extrema por gastos catastróficos excesivos, mismos que perjudicaran gravemente a la población más pobre. Ahora bien el propósito de este trabajo es examinar la relación entre la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor y los montos de recursos presupuestados en el Fondo de protección contra Gasto Catastrófico, contrastando los datos de los años 2004 al 2012.

Introducción

El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que todos los mexicanos y mexicanas tienen derecho a la protección de la salud, refiriendo a las leyes secundarias, como la Ley General de Salud (LGS), las condiciones de acceso a los servicios de salud. Para hacer universal este derecho constitucional, la Secretaría de Salud creó en 2002 un programa piloto denominado Seguro Popular de Salud (SPS) dirigido a la población no derechohabiente de la seguridad social. Este programa se convirtió en política de Estado en 2004, gracias a las reformas a la Ley General de Salud que el Congreso aprobó en la primavera de 2003.

Un sistema financiado con los gastos propios de la familia es considerado como el medio menos eficiente y más desigual de sostener el sistema de salud. En esos sistemas hay poca oportunidad para la agrupación de los riesgos, existe una menor competencia entre los proveedores y los pacientes pagan más de lo que pagarían bajo un esquema de prepago, debido a la fragmentación de los riesgos y a la urgencia del tratamiento. Como consecuencia, la mayor carga recae sobre la familia. Cuando el costo de la atención rebasa la capacidad de pago al momento del servicio, ocurren los gastos catastróficos y potencialmente empobrecedores, o la atención necesaria se pospone. Muchas veces las familias se ven obligadas a elegir entre la satisfacción de otras necesidades básicas, como educación, alimentación y vivienda, y el pago de la atención médica y salvar a los seres queridos de la enfermedad, el sufrimiento y, con frecuencia, de una reducción de la esperanza de vida.

El gasto empobrecedor, es perjudicial para los hogares, pero también lo es para la economía. Hay una relación inversa entre el nivel de desarrollo económico de un país y el grado en que el sistema de salud está financiado por el gasto privado de bolsillo.

Bajo el marco del método científico, el tipo de investigación que se abordará será descriptivo- analítico, en este trabajo, iniciará con una idea general del tema, después una introducción hilando los temas por capítulos.

En el primer capítulo se describen los fundamentos de la investigación, delimitaremos el tema partiendo de la descripción del programa y posteriormente el establecimiento de las preguntas y el objetivo de la investigación a fin de estar en la posibilidad de justificar el tema y poder establecer las hipótesis tanto general, como específicas que conducirán el proceso de investigación. En el segundo capítulo, se desarrollan los fundamentos teóricos, hablaremos de la descripción de las políticas públicas en salud así como del sistema mexicano de salud que incluye el origen y la organización de sus principales instituciones. En ella se plasman los retos que enfrentaba el sistema mexicano de salud. En el tercer capítulo, hablaremos del sistema de Protección Social en Salud en México; se describe la manera en que se han modificado las funciones clave del sistema de salud: rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Además de describir los avances en sus primeros años de implantación y se identifican algunos de los desafíos futuros y en esa medida proporcionar antecedentes y evidencias para contextualizar los estudios analíticos. En el capítulo cuarto, se describen los rasgos y características del Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico, así como la problemática en la actualidad; en el capítulo quinto, se presentará un

panorama general de resultados cuantitativos a través de un modelo econométrico con efectos fijos, el mismo será alimentado con datos extraídos del trabajo estadístico previo. En el capítulo sexto, describiremos la Política Pública para mejorar la eficiencia de Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. El trabajo finaliza con las conclusiones generales y las recomendaciones, mismas que serán útiles para logra un mejorar desempeño de las políticas en salud.

CAPITULO I

Fundamentos de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

El sistema mexicano de salud, no dispone de los recursos suficientes para enfrentar el nuevo perfil de enfermedades que se presenta en la población en general. En el año 2004 México dedicaba apenas 6.0% del PIB a la salud, en donde 2.9% son los recursos que eroga el sector público y lo demás corresponde al sector privado. Otros países con condiciones de desarrollo similares como Argentina y Uruguay dedicaban más de 8% de su ingreso a este aspecto primordial del desarrollo social (Banco Mundial, 2012). En el 2004 se implementó el Seguro Popular de Salud, a este seguro se están incorporando paulatinamente más de 50 millones de mexicanos que en ese mismo año no contaban con la protección de la seguridad social en salud, se proyectaba que en 2010 se alcanzara la cobertura universal, misma que no se cumplió, y de ese modo todos los mexicanos contarán con algún seguro público de salud, en 2010, el gasto en salud como porcentaje del PIB se incrementó a 6.3% gracias y sobre todo, al aumento del gasto público (INSP, 2012).

El Seguro Popular es un ambicioso programa; voluntario, no contributivo seguro médico diseñado para proveer de servicios médicos a la población mexicana previamente no asegurada. Introducido en 2004, desde entonces y hasta ahora ha cubierto a 52.9 millones de personas. Los objetivos del Seguro Popular son proveer a las familias previamente no aseguradas de protección contra las

consecuencias financieras de enfermedades; mejorar el acceso a atención médica; y en última instancia, mejorar la salud (SPSS, 2013).

El Seguro Popular es una política de salud a través de la cual se busca dar acceso a servicios de salud a la población que no contaba con seguridad social en México. Antes del Seguro Popular, la protección en salud estaba vinculada al empleo formal. Individuos con empleos formales, y los miembros de sus familias, recibieron cuidado a la salud a través de las instituciones de seguridad social. Individuos sin empleo formal, quienes constituyen cerca de la mitad de la fuerza de trabajo en México, podían obtener servicios de salud que proporcionaba la Secretaría de Salud o proveedores privados. Sin embargo, la Secretaría de Salud no garantizaba la cobertura y requería pagos por medicinas y servicios. Como resultado, los hogares mexicanos incurrían en gasto catastrófico en salud en una proporción sustantivamente mayor que los hogares de países comparables (Knaul y Frenk, 2005).

En este contexto, la Secretaría de Salud introdujo el Seguro Popular en el 2004. Los individuos son elegibles al Seguro Popular si no están cubiertos por otro esquema de seguridad social o por un seguro privado. Los afiliados al Seguro Popular cuentan con un paquete básico de servicios de salud. Para los hogares más pobres, el Seguro Popular es gratuito. Otras familias pagan una cuota anual que aumenta con el ingreso. La cobertura aumentaría en 14% de la población elegible por año, de manera que la cobertura universal ocurriese en 2011. Los datos más recientes muestran que el Seguro Popular tiene 52.9 millones de afiliados (SPSS, 2013). Uno de los objetivos explícitos del Seguro Popular es

reducir drásticamente el gasto de bolsillo en salud a través de los recursos del fondo de protección contra gastos catastróficos.

1.2.- Descripción del problema

Se define como hogar con gasto catastrófico a todo aquel cuyo gasto en salud que representó más de 30% de su capacidad de pago, en el año 2004 más del 3.34% de los hogares incurrieron en gastos catastróficos. Las diferencias por entidad federativa son enormes. Los hogares pobres, no asegurados y rurales presentaron un mayor riesgo de empobrecimiento. El 60% del gasto catastrófico fue atribuible al gasto en atención ambulatoria y medicamentos (INSP, 2012).

México cuenta con una población de 112.3 millones de habitantes en el 2010. La proporción de hombres (48.8%) y mujeres (51.2%) prácticamente no ha cambiado en los últimos años. Las proyecciones para 2030 estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69%. El desarrollo demográfico reciente de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general (de 27 defunciones por 1000 habitantes en 1930 a 4.9 por 1000 en 2011), un incremento en la esperanza de vida (de 34 años en 1930 a 75.1 años en 2011) y una disminución de la fecundidad (de siete hijos por mujer en edad reproductiva en los años sesenta a 2.1 en 2011), estos tres fenómenos han dado lugar a un envejecimiento poblacional que supone una participación creciente de los adultos mayores en la estructura de la población. La base de esta estructura se está adelgazando por el descenso de la participación de la población de 0 a 5 años de

edad que en 2011 concentró el 9.19% de la población del país y en 2050 concentrará sólo 6%, en contraste, la población de adultos mayores muestra una tasa de crecimiento superior al 4% anual que se llevará a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en 2050 (INSP, 2011).

México también experimentó un proceso de urbanización, más de 70% de la población es urbana y 35% (más de 37 millones de personas) habita en las nueve zonas metropolitanas con más de un millón de habitantes. La urbanización se asoció además a una dispersión de la población que habita en comunidades rurales. De poco menos de 55, 000 localidades con menos de 100 habitantes en 1970 se pasó a casi 140, 000 en 2000, en donde habita poco más de 2% de la población nacional. El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones (INSP, 2011).

A mediados del siglo pasado, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición. Hoy estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables de poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente. En 1940 la principal causa de muerte en México eran las

infecciones gastrointestinales. Hoy ya no constituyen una causa importante de defunción en la población general. En contraste, la diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990, pero hoy es la principal causa de defunción en hombres y mujeres en todo el país y su prevalencia en adultos es de 14.4%, una de las más altas del mundo (INSP, 2011).

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SS), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas.

El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos

propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDEÑA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios, el segundo grupo de usuarios incluye a los auto-empleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es sólo una parte de aquel universo. Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SS, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial. En la primavera de 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo el Seguro Popular en Salud (INSP, 2011).

Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 y pretendía cubrir en un lapso de siete años a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional, junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente a la mitad de la población del país. En 2008, el SPS contaba con más de 27 millones de afiliados. Estas cifras nos indican que en México todavía hay más de 30 millones de personas sin protección social en salud. Esta población recurre, para atender sus necesidades de salud, a los servicios de la SS, los SESA e IMSS-O. Alrededor de 24 millones se consideran responsabilidad de la SS y los SESA, y alrededor de siete millones se atienden en las unidades del programa IMSS. O (INSP, 2011).

1.3.- Preguntas de investigación

Pregunta general

¿El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos disminuye la pobreza de la población afiliada?

Preguntas específicas.

1. ¿El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubre la totalidad de la población afectada?
2. ¿El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos disminuye el gasto de bolsillo de la población afectada?
3. ¿El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos no satisface las expectativas de bienestar de la población afiliada?

1.4.- objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar si el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del seguro popular contribuye al combate de la pobreza de la población afiliada

Objetivos específicos

1. Indagar si el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubre toda la población afectada.
2. Examinar si el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos disminuye el gasto de bolsillo de la población afiliada afectada.

3. Constatar si el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos satisface las expectativas de bienestar de la población afiliada.

1.5.-Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos no aminora la pobreza de la población afiliada.

Hipótesis específicas

1. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos no cubre la totalidad de la población afectada.
2. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos no disminuye el gasto de bolsillo de la población afiliada.
3. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos no satisface las expectativas de bienestar de la población afiliada.

1.6. Justificación

Considerando los cambios demográficos, el avance tecnológico, y la alta valoración que las personas y las sociedades tienen por la salud y la longevidad, podemos esperar que en el futuro el gasto en salud tenga aumento sustancioso y que, de hecho, tenga constantemente una mayor participación en el ingreso disponible de las familias en México. En los años recientes se ha incrementado el gasto en salud de forma paulatina en México, más aún, considerando los cambios

demográficos, el avance tecnológico, y la alta valoración que las personas y las sociedades tienen por la salud y la longevidad, podemos esperar que en el futuro el gasto en salud siga aumentando y que, de hecho, tenga constantemente una mayor participación en el ingreso disponible de las familias.

En este contexto, el gasto público en salud, se ha destinado a la población que no tiene acceso a la seguridad social en salud, este aumento ha permitido cerrar brechas en el financiamiento, entre la población con seguridad social y sin seguridad social, no obstante, existen indicios de que las mejoras de salud de la población a nivel agregado, la cantidad de servicios otorgados y los recursos físicos y materiales no se han incrementado al ritmo del gasto en salud.

1.7.- Horizonte temporal y espacial

El horizonte será longitudinal el cual cubre el periodo 2004-2012 y el espacio será el territorio Nacional.

En los primeros años del siglo XXI, México se encuentra inmerso en las transformaciones del entorno global y los vertiginosos avances tecnológicos, que implican tanto amenazas como oportunidades en materia de salud, durante los últimos 50 años hemos sido testigos, de los progresos en la lucha contra las enfermedades, de la consolidación de las instituciones y del desarrollo de nuevos planteamientos para la prestación de servicios de la salud a la población, recientemente se han emprendido diversos procesos de reforma para realizar y cumplir las tareas del Estado mexicano en materia de protección de la salud, destaca, por su trascendencia, la creación del Sistema de Protección Social en

Salud, el cual ha posibilitado que amplios sectores de la población, desvinculados de la seguridad social, tengan acceso a los servicios de salud (SINAIS, 2011).

Más sin embargo, aún queda mucho por hacer, el sistema de salud posee hoy grandes fortalezas, pero también muchas debilidades para cumplir exitosamente su objetivo. Sin haberse resuelto los problemas del rezago, la población sufre los embates de riesgos y problemas de salud emergentes, así como de algunos que se consideraban ya controlados.

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza al país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. La demora en la atención de aquellas enfermedades provoca un doble costo social: incrementa, por un lado, el peso de la discapacidad en personas que viven más años, y, por el otro, hace aún mayor el costo de su tratamiento. Persiste un inaceptable círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo cabal de los individuos (PNS, 2007-2012).

El Sistema Nacional de Salud se fortalece. Lo hace, sobre todo, en el seno de las instituciones que lo constituyen; sin embargo, son todavía evidentes su segmentación y sus problemas de coordinación sectorial. Sigue habiendo rezagos en materia de infraestructura y equipamiento, y coexisten paralelamente duplicidades y una injustificada e ineficiente concentración de recursos en algunas

zonas del país, mientras que en otras subsisten grandes carencias. En numerosos sitios la calidad y la seguridad de la atención son aún asignaturas pendientes (PNS, 2007-2012).

1.8.-Viabilidad de la investigación

El incremento de los costos de servicios de salud en los últimos años y, por consecuencia, la necesidad de aumentar el gasto en el sector y la eficiencia de los recursos financieros, han suscitado múltiples inquietudes entre los hacedores y ejecutores de las políticas públicas. Bajo esas condiciones, la demanda de atención médica no disminuye sino que aumenta y además se diversifica; asimismo el elevado costo de las distintas alternativas de acción en este periodo de cambios sociales, económicos, demográficos y, por ende, epidemiológicos, impone a los presupuestos institucionales una pesada carga que los gobiernos están tratando de controlar, sobre todo en materia de eficiencia, equidad, calidad y costos de la atención médica (PNUD, 2008-2009).

1.9.- Tipo de investigación

Bajo el marco del método científico, el tipo de investigación que se abordará será descriptivo- analítico. La investigación descriptiva se refiere a la etapa preparatoria del trabajo científico que permita ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos. Este tipo de investigación no tiene hipótesis exacta. Ya que

se fundamenta en una serie de análisis y prueba para llevar a cabo la valoración de la física.

La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice" (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, pp. 119).

Investigación analítica. Es un procedimiento que es más complejo con respecto a la investigación descriptiva, que consiste fundamentalmente en establecer la comparación de variables entre grupos de estudio y de control sin aplicar o manipular las variables, estudiando éstas según se dan naturalmente en los grupos. Sin embargo, se refiere a la proposición de hipótesis que el investigador trata de probar o negar.

1.10.- Marco teórico

La salud como concepto

Repasando los conceptos más clásicos, observamos el sentido negativo que ha rodeado durante años a todas las definiciones de salud y a su consecuencia lógica, han sido las políticas sanitarias que se han aplicado derivadas de este concepto, así: "estar sano es no tener ninguna enfermedad" , "seguro obligatorio de enfermedad", "estar enfermo es estar malo", etc., como si se pudiera separar claramente el estar sano de no estarlo, eliminando la relatividad y los matices que es precisamente lo que caracteriza la diversidad del ser humano (Sáez y Pérez, 1999).

Los intentos de definir la salud siempre han ido ligados al desarrollo social, a la vez que el desarrollo social ha ido mejorando las condiciones y la calidad de vida de la mayoría de las personas (Martínez, 1997).

1.11.- Instrumentos

En esta investigación se trata de determinar la relación de dependencia entre las variables de Gasto Catastrófico y Gasto catastrófico empobrecedor. El análisis de la población con gasto catastrófico empobrecedor en salud se abordará a través de un modelo econométrico. Las variables posibles de ser utilizados para explicar el estado de salud de población afiliada serán: el porcentaje de población con gasto catastrófico a nivel nacional, información emanada de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, así como los casos validados información emanada del Sistema de Protección Social en Salud, mediante un modelo econométrico con datos panel, se medirá el porcentaje de la población con gasto catastrófico y el porcentaje población con gasto catastrófico empobrecedor que cubre el programa. En el sector de la salud, la eficiencia significa alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles, para lo cual es necesario conocer los procesos técnicos que se deben abordar y las vías para lograrlo. En otras palabras, un sistema de salud es eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con el menor uso de recursos. Por otra parte, los economistas de la salud proponen que la eficiencia económica implica que las elecciones en la asistencia médica deben realizarse de tal forma que se logre el beneficio total máximo de los recursos a disposición de la comunidad.

1.12.- Identificación de variables

Las variables factibles a utilizar serán:

Variable dependiente:

Y= Población afiliada con Gasto Catastrófico empobrecedor en cada Entidad Federativa

Variables independientes:

X1= Población Afiliada en cada Entidad Federativa.

X2= Población con Gasto Catastrófico en cada Entidad Federativa

X3= Presupuesto para Gasto Catastrófico en cada Entidad Federativa.

1.13.- Alcances y limitaciones de la investigación

Alcances

Medir si el Fondo de Protección Contra Gasto Catastrófico incide directamente en la disminución de pobreza de la población con menores ingresos, comprobar realmente si el mismo abate la marginación y el rezago que enfrentan los grupos más vulnerables en el país.

Limitaciones

Son escasos los estudios que reportan medidas de desigualdad en estados de salud para México, la medición del gasto en salud es complicada porque la información es escasa, incompleta y muchas veces de calidad cuestionable.

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1.- La Salud como concepto

El concepto de salud es subjetivo y por tanto será difícil llegar a una única definición que pueda ser consensuada por todos, de la misma manera que no existe la misma idea sobre la felicidad, la belleza o el amor.

La salud es un proceso de adaptación. Designa la capacidad para adaptarse a los diferentes entornos, para crecer y envejecer, para curarse cuando se está enfermo y para esperar pacíficamente aquello que no tiene remedio (Sáez y Pérez, 1999).

Algunos conceptos clásicos

A lo largo de la historia, y al igual que con otros conceptos abstractos, se ha intentado definir la salud, con mayor o menor éxito, dependiendo de quién proponía o argumentaba la definición. Así, hasta nuestros días han llegado definiciones de personajes célebres, poetas, políticos, pensadores, etc. que han servido, en muchos casos como punto de referencia de las conductas de muchas personas y también como referencia para la aplicación de muchas políticas sanitarias. Algunas de estas definiciones se exponen a continuación.

“Aquello que uno tiene cuando puede moverse sin dolor dentro del programa elegido”.

Galeno

“La salud depende del equilibrio y armonía de las fuerzas y de las potencias”. Alcmeon

(s.I a. C.)

“La vida está en la salud y no en la existencia”. Arifón *(s. V a.C.)*

“No hay riquezas que sean preferibles a la salud del cuerpo”. Biblia

“La salud es aquello que todos saben lo que es hasta el momento que la pierde cuando intenta definirla”. Piédrola Gil, 1979

Estas definiciones han servido a lo largo de la historia, como punto de referencia de las conductas de muchas personas y también como referencia para la aplicación de muchas políticas sanitarias en todo el mundo occidental.

Repasando los conceptos más clásicos, observamos el sentido negativo que ha rodeado durante años a todas las definiciones de salud y a su consecuencia lógica han sido las políticas sanitarias que se han aplicado derivadas de este concepto, así: "estar sano es no tener ninguna enfermedad" , "seguro obligatorio de enfermedad", "estar enfermo es estar malo", etc., como si se pudiera separar claramente el estar sano de no estarlo, eliminando la relatividad y los matices que es precisamente lo que caracteriza la diversidad del ser humano.

Los intentos de definir la salud siempre han ido ligados al desarrollo social, a la vez que el desarrollo social ha ido mejorando las condiciones y la calidad de vida de la mayoría de las personas. Tenemos como ejemplo, el reconocimiento de la silicosis como una enfermedad profesional que, gracias a la presión de los sindicatos en la Gran Bretaña pusieron en evidencia que la salud y la enfermedad no son sólo una cuestión científica sino también social y política como relación de poderes dentro de la sociedad (Martínez, 1997).

Definiciones de la Organización Mundial de Salud

Un intento de llegar a una definición consensuada que pudiera servir como referencia a todos los países que componían la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) fue la sugerida en la Carta Constitucional de esta organización en 1946, donde se define la salud como: "El estado de completo bienestar físico-mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Lo novedoso de esta definición, que rompía con los conceptos hasta entonces aceptados, fue el considerar la salud como un estado en términos positivos, de bienestar y no sólo como la ausencia de enfermedad. Se incluyeron por primera vez las áreas de la salud mental y social, aceptando el bienestar físico como algo complementario y no como lo principal para estar sano.

Las principales críticas que surgieron a partir de esta definición fueron:

- a) considerar la salud como algo subjetivo y, por lo tanto, difícilmente alcanzable
- b) considerar la salud como un estado estático y no dinámico
- c) equiparar el bienestar a la salud.

La OMS promovió, desde su fundación (OMS 1948), diferentes conferencias y reuniones internacionales con el objetivo de marcar la orientación que los/as profesionales de la salud deberían dar a sus actuaciones según esta nueva definición.

El lema "Salud para todos en el año 2000" (OMS 1977), la Conferencia de Alma-Ata (OMS 1978), la Conferencia de Ottawa (OMS 1986) y la Conferencia de

Yakarta (OMS 1997), son algunos de los eventos que desde la OMS promovieron las estrategias derivadas de esta nueva definición de la salud.

En Mayo de 1998, la OMS en su 51ª Asamblea, aprueba la política de “Salud para Todos en el Siglo XXI” (OMS1998), que en la región europea adopta el nombre de: Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI.

Los cimientos éticos se construyen sobre tres valores básicos:

1. La salud como derecho fundamental de los seres humanos
2. La equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes.
3. La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Concepto de salud de Milton Terris (1980)

Milton Terris cuestiona el sentido absoluto de bienestar completo que la O.M.S. otorga a la salud y proponen eliminar la palabra “completo” de la definición. Consideran que tanto en la salud como en la enfermedad existen distintos grados, es decir, se puede estar enfermo o muy enfermo y se puede estar sano, muy sano o sanísimo. Además de esta diferencia "gradual", determinan la existencia de dos aspectos de la enfermedad, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo serían los síntomas (sensación de malestar) y el aspecto objetivo serían los signos (la capacidad de funcionar).

Milton Terris propone la siguiente definición: "un estado de bienestar físico-mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades."

Aplicación de las definiciones de salud

Desde la constitución de la O.M.S. en 1948, donde la salud pasó a ser un concepto positivo, se han llevado a cabo numerosas conferencias y encuentros internacionales a partir de los cuales se han dado nuevas directrices y estrategias para conseguir que la salud sea realmente un derecho y un patrimonio de todos.

Tras los estudios de Lalonde (1974) y Dever (1976), se convocó en 1978 la Conferencia Internacional de Alma-Ata (OMS 1978), que otorgó a la Atención Primaria el protagonismo de los cambios que las nuevas políticas sanitarias deberían llevar a cabo. Básicamente, se sugirieron como ejes de actuación:

- a) la participación de la población en la resolución de sus problemas de salud
- b) la colaboración de profesionales no estrictamente sanitarios, que pudieran ayudar a entender y resolver las verdaderas causas que provocaban la enfermedad y la muerte en las personas.

Posteriormente, la Conferencia de Ottawa (OMS 1986), originó el nacimiento de la Promoción de la Salud y juntamente con la Declaración de Yakarta (OMS 1997), han puesto de manifiesto las nuevas estrategias para conseguir determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

Como forma de desarrollar estas estrategias se promovió desde la OMS, a principios de la década de los ochenta, el lema “Salud para Todos en el año 2000” (OMS 1977), que ha servido durante casi 20 años, como referencia a todos los países miembros, para desarrollar sus políticas de salud.

En la actualidad el documento Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI (OMS 1998) propuesto por la Región europea a instancias de la OMS, da continuidad a las metas planteadas modificando algunos de ellas, con el fin de garantizar el objetivo común que es la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas desarrollar una vida social y económicamente productiva.

Factores determinantes de salud

Si entendemos la salud como un equilibrio, como una manera de entender o vivir la vida, podemos estudiar unos factores determinantes que son los que mantienen ese equilibrio. La alteración de alguno de ellos puede provocar la aparición de enfermedad, la ruptura del equilibrio, o la disminución de la calidad de vida. Conseguir que la influencia de los factores determinantes sea positiva y que mantenga a la persona dentro del equilibrio deseado, que le permita vivir con autonomía, solidaridad y alegría, será, como veremos, el principal objetivo de la Promoción y la Educación para la Salud.

El sector de la salud al igual que otros sectores tiene recursos finitos. Por lo tanto todos los gobiernos tienen que hacer frente a la disparidad entre los recursos y las necesidades si bien los problemas con que tropiezan los gobiernos de los países de bajos ingresos son más graves. Agrava la situación el hecho de que las

necesidades de atención médica definidas como problemas físicos y mentales que requieren consulta, diagnóstico o tratamiento médico, se consideran infinitas. No importa cuán saludable sea una población sus necesidades de salud han de superar siempre las posibilidades de las instituciones de salud de producir servicios para atenderlas (PNUD, 2008-2009).

2.2.-Las Políticas en Salud en el ámbito de la Política

Cuando uno se pregunta: ¿Por qué algunas naciones son ricas, mientras otras son pobres? La idea clave es que, las naciones producen dentro de sus fronteras. No aquello que la dotación de recursos permite, sino aquello que las instituciones y las políticas públicas permiten (Olson, 1992).

La política y las políticas públicas son entidades diferentes, pero que se influyen de manera recíproca. Ambas se buscan en la opacidad del sistema político. Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Pero mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos.

Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno y de la oposición. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda de establecer políticas públicas sobre determinados temas, o de influir en ellas. A su vez, parte fundamental del quehacer del gobierno se refiere al diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas. El objetivo de los políticos, tanto conservadores como radicales e idealistas motivados por el interés propio; tratan

de establecer políticas públicas de su preferencia, o bloquear aquellas que les resultan inconvenientes y en cualquiera alianza de gobierno, confunden su papel y no buscan la concreción de políticas (CEPAL, 2004).

El avance de las mismas requiere cambios en el sistema político y en el gobierno. Los partidos, los grupos sociales y las personas requieren interiorizarse el análisis de políticas, sea que estén en el gobierno o en la oposición. Por ende las políticas y la política son entes distintos que se influyen recíprocamente, y que a la vez ambas se buscan en el sistema político.

La salud es altamente valorada por ciudadanos en todos los países. El valor intrínseco de toda política en salud, es la mejora en la salud en la población y el bienestar de la misma. Esto estará en el centro de los beneficios para tomadores de decisión política, que se generará no solamente por medio del apoyo a políticas que promuevan y protejan la salud y el bienestar, sino también reconociendo tempranamente dichas políticas, que pueden afectar la salud, pueden atender y mitigar las implicancias de estas políticas en la salud y en los sistemas de salud (OMS, 2010).

La participación pública y los procesos participativos se han convertido en elementos importantes para el desarrollo de políticas. Este es el caso también para las políticas en salud, que se beneficia del diálogo e involucramiento de la sociedad civil y generalmente requiere de esto para tener éxito. Si bien el enfoque de las políticas en salud es esencialmente un medio para el desarrollo de políticas públicas, los gobiernos y los funcionarios que desarrollan políticas tienen la

libertad de crear estructuras o mecanismos que fortalezcan el rol de la sociedad. Una amplia participación y escrutinio con respecto a la salud permite alcanzar y traer nuevas discusiones e intercambio con una gran parte de la sociedad civil y diferentes grupos de interés. Si bien esto puede estar abierto a los ciudadanos, la representación de la sociedad civil frecuentemente incluye como actores principales a las organizaciones de interés público, grupos de intereses específicos y la comunidad científica. Las consultas pueden en este contexto necesitar una cuidadosa planificación para asegurar la transparencia y la participación de la mayoría por un lado, pero por otro lado evitar la dominancia y las distracciones por grupos de interés y actores involucrados con fuertes conflictos de interés (CEPAL, 2004).

El sector privado es generalmente considerado como parte de la sociedad civil y por lo tanto parte del proceso de participación pública. Cuando hay fuertes conflictos de intereses, éstos deben ser reconocidas y atendidas. El poder orientador de los procesos de participación también tiene límites ya que los participantes a menudo tienen diferentes niveles de capacidades, recursos y posibilidades para el debate y alcanzar algún interés o punto de vista particular. Puede haber diferencias en el acceso a los procesos políticos entre los grupos, a menudo favorecen a los grupos de interés grandes y más fuertes.

Los procesos de participación, deben incluir a la sociedad civil, así como a los representantes de la comunidad científica para prestar testimonio y/o para participar en audiencias más amplias, seminarios o consultas, con una participación más abierta y un mayor número de participantes. La transparencia es

importante para los procesos de participación, así como la claridad y franqueza con respecto a los conflictos de intereses. Las nuevas tecnologías de la información permiten amplios procesos de participación y el escrutinio, sin embargo, puede dar lugar a gran número de respuestas que requieren una adecuada asignación de tiempo de trabajo para el manejo de las respuestas. También es importante que los procesos participativos tengan la suficiente transparencia con respecto a dónde y cómo se han expresado los puntos de vista particulares y sugerencias, de lo contrario puede convertirse en una cortina de humo para sesgar puntos de vista particulares (Stein y Tommasi, 2006).

Una de las máximas preocupaciones de la sociedad es la calidad de vida y, dentro de ella, la mayor es la referente al mantenimiento de la salud. Por otra parte, la salud es definida como un bien básico del individuo en el artículo cuarto de la Constitución y la búsqueda del estado de bienestar exige su protección. La política de salud de un país es la estrategia para aplicar los conocimientos y los recursos sanitarios a las necesidades y demandas sociales, basando por tanto en los valores humanos la elección de metas, la fijación de prioridades y el establecimiento de objetivos que van a constituir dicha estrategia.

Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública detecta la existencia de un problema y efectúan las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ése problema. A este conjunto de decisiones y acciones emprendidas por el gobierno para influir sobre el problema

lo denominamos política pública. La educación obligatoria, la atención universal, el control de las actividades contaminantes, las campañas de educación vial, las pensiones públicas son piezas de otras tantas políticas públicas sectoriales.

La salud es un importante componente del desarrollo socioeconómico a largo plazo. Se sabe indudablemente que el mejoramiento de la salud, como actividad de desarrollo social, tiene en sí un valor humanitario independiente de otras consideraciones económicas o políticas. Al mismo tiempo, se observa definitivamente una relación entre el mejoramiento de la salud y la productividad económica, pues la salud contribuye a la formación y preservación del capital humano. La salud es imprescindible para mantener y mejorar la productividad de la fuerza del trabajo y para hacer posible que la población que aún no se ha incorporado a ésta, aproveche de manera eficiente la inversión en servicios educativos que es necesaria para su ulterior desempeño en la vida (BID, 2012).

A fin de realizar un mejoramiento concreto en la salud se necesita agregar sustanciales inversiones internas a las cuantías que ya se destinan al gasto en salud. Además, será necesario obtener nuevas inversiones del extranjero para aplicarlas a oportunidades estratégicas. En todos los esfuerzos de una institución externa por contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la región se debe tener en cuenta las grandes diferencias entre los países respecto de los índices de salud, la organización interna para resolver los problemas de salud, el nivel de la planificación de salud y las disparidades en la distribución de servicios de salud entre zonas urbanas y rurales (OPS, 2012).

Se debe realizar una cuidadosa investigación a fin de identificar las oportunidades prioritarias que maximizarán la contribución de los organismos externos al perfeccionamiento de la planificación y la mayor eficiencia en el uso de los recursos financieros y humanos existentes, así como también para expandir racionalmente las inversiones globales destinadas al campo de la salud. “La salud es un derecho humano fundamental de todas las personas y por lo tanto, es indivisible del ejercicio de otros derechos, como el derecho a la identidad, a condiciones de vida dignas, al trabajo, la vivienda, la educación, entre otros (INADI, 2010).

2.3.- Las Políticas Públicas para la promoción de la salud

Para entender la promoción de la salud es necesario partir de algunas consideraciones generales sobre los alcances del concepto de salud. Cuando se alude al concepto de salud vigente, se asigna importancia a los diferentes determinantes de tipo biológico, social, ecológico y de servicios, por considerar que la dinámica que generan, en su estrecha interrelación, es la que finalmente determina la situación de salud en nuestra sociedad.

De esa manera se asume que, si bien es cierto la atención de la enfermedad tiene relevancia, especialmente en términos de productividad y de significado para quien " recupera la salud ", conlleva una serie de limitantes significativas que hacen cuestionar su capacidad de respuesta a la situación actual de la salud de la población y a su valor por encima de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Algunas de esas limitantes se expresan en: altos costos económicos y humanos de problemas cada vez más complejos, dificultades para

adquirir medicamentos y equipos sofisticados, inexistencia de medicamentos para curar enfermedades que afectan a grandes grupos y que podrían evitarse pero que están asociadas a actitudes y prácticas de la población, grandes desigualdades de salud especialmente en los grupos sociales más desfavorecidos y el agotamiento de la efectividad del modelo de atención directa, en relación con la magnitud y calidad de los problemas de salud.

Por otra parte, se asume también, que el peso de las acciones en salud debe orientarse por la concepción que privilegia la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana y por lo tanto hacia la creación y producción de salud, es decir, a un concepto de "ganancia en salud". Se visualiza a la salud pública ampliando su campo de acción hacia la promoción y creación de condiciones propicias para la salud, o sea, vinculada a las condiciones de bienestar y desarrollo humanos.

La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, entendiendo a la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades (Carta de Ottawa, 1986).

En nuestro país, la Secretaría de Salud, como ente rector del sector en el campo de la Promoción de la Salud, la define en la Política Nacional de Salud como el Conjunto de acciones que la sociedad civil y las instituciones del Estado llevan a cabo en forma integrada, para desarrollar procesos que actúen sobre los factores

determinantes de la salud, con la finalidad de que la población ejerza un mayor control sobre ésta y la mejore.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Por la estrecha relación que tiene con el concepto de prevención, es muy frecuente que la promoción de la salud se confunda con este concepto o se le asemeje. Al respecto, Milton Terris, plantea: la razón para la confusión que ahora presenciamos nace de la publicación Gente Sana, Informe del Cirujano General sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en 1979. Existe inconsistencia en estas apreciaciones; la prevención también empieza con personas que están sanas. Además la promoción de la salud se interesa más allá de los estilos de vida; ella incluye, un nivel adecuado de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física, descanso y recreación, aunque la Promoción de la Salud, se refiere fundamentalmente a la prevención de la enfermedad a través de programas como cesación de fumar, reducción del abuso del consumo de alcohol y de drogas, mejoramiento de la nutrición, ejercicio físico y actividad física y control del estrés. Aún en estas tres últimas áreas, las cuales están verdaderamente relacionadas con la salud positiva, el énfasis mayor se hace en la prevención de las enfermedades.

A pesar de que la frontera entre estos conceptos es difícil de determinar en la práctica diaria, cuando se realizan acciones para evitar que se produzca determinada enfermedad, se está haciendo prevención. El desarrollo de acciones orientadas a causar impacto en las condiciones sociales de la población o en su bienestar general, sin actuar en función de enfermedades concretas sino más bien

por la salud positiva, es en esencia la promoción de la salud. Sencillamente es promover salud, teniendo claro que también, de ésta manera, se previene la enfermedad.

Líneas de Acción de la Promoción de la Salud

En la Carta de Ottawa se definen las siguientes cinco grandes líneas de acción de la promoción de la Salud: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. Estas líneas de acción guardan una estrecha relación entre ellas, de ahí que para lograr resultados efectivos en la Promoción de la Salud se debe considerar esa interrelación. Desarrollar acciones con énfasis en conductas individuales, sin buscar transformaciones de las condiciones de vida, lleva a resultados poco efectivos y no sostenibles.

La elaboración de políticas públicas y legislación saludables

La Promoción de la Salud no es una función de la salud pública que concierne exclusivamente al sector salud. Una de las formas claves para lograr que se actúe sobre los determinantes de la salud, es propiciando que los diferentes sectores responsables de definir políticas relacionadas con esos determinantes, la mantengan en su agenda y valoren las consecuencias que pueden tener para la salud de la población. Esto implica que el sector salud esté en contacto permanente y de calidad, con los diferentes sectores. Así, se puede visualizar al ente rector del Sector Salud en constante coordinación con los sectores de Agricultura y Ganadería o el de Vivienda, tratando de darle forma a políticas y

legislación en campos como el uso de métodos favorables para la salud en la producción de alimentos, o en el desarrollo de condiciones habitacionales y residenciales que faciliten el desarrollo de las potencialidades de las personas.

Los medios a utilizar para hacer efectiva esta línea de acción son muy variados: legislación, medidas fiscales, cambios organizativos, definición de políticas con un claro sentido saludable, generación de políticas desde los niveles locales que recuperen la especificidad de las comunidades, entre otros. En una democracia de alta calidad, las instituciones ofrecen a las personas numerosas oportunidades de participación en la deliberación, aprobación, ejecución y evaluación de las políticas públicas. Las y los ciudadanos hacen un uso efectivo de las garantías constitucionales para la participación en la gestión pública, influyendo en las decisiones sobre las prioridades, condiciones, cobertura y calidad de las intervenciones estatales. Una mayoría de las personas han intervenido en al menos una de las instancias de participación ciudadana existentes en las instituciones.

Creación y protección de ambientes saludables

La estrecha unión y dinámica entre la persona y el ambiente en que ésta se desenvuelve hace que salud y ambiente constituyan dimensiones necesariamente vinculadas y cercanas. Las modificaciones en el medio en que se desenvuelven las personas habitualmente, en el trabajo, en su recreación, afectan de forma significativa su situación de salud. De ahí que las acciones positivas deben estar dirigidas a generar ambientes que produzcan gratificación, estímulo, seguridad y sensaciones agradables. La tendencia actual es la de considerar que el ambiente

debe visualizarse desde un punto de vista más amplio, que incorpore el físico, el natural y el producto de las relaciones sociales - interpersonales, afectivas.

Aspiración nacional mínima: Fortalecimiento de un entorno adecuado para las relaciones primarias y sociales, generado por una conjugación del estado de derecho, la seguridad ciudadana, la satisfacción de las necesidades humanas mínimas, la atención oportuna de riesgos y perturbaciones de cualquier naturaleza y el disfrute del tiempo libre para actividades no laborales y familiares.

Aspiración nacional máxima: Que la vida social se base en relaciones primarias permeadas de afecto y sentido de pertenencia, que permitan crear las condiciones para el desarrollo de valores y favorecer, de ese modo, la convivencia plenamente humana y su transmisión a las futuras generaciones.

Fortalecimiento de la acción comunitaria

La Carta de Ottawa (1986) señala que " la Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y la puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos".

De acuerdo con la experiencia desarrollada en el país y a las posibilidades que se vislumbran en el contexto actual, son múltiples los medios que se puede utilizar para desarrollar ésta línea de acción:

- El fortalecimiento de procesos participativos en los que se involucren instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, empresa privada, organizaciones comunitarias y líderes comunales. Este tipo de procesos requieren de la definición y ejecución de espacios de capacitación de los diferentes actores sociales participantes, de manera que se conozcan los mecanismos de integración, el manejo del poder y el valor de una participación que permita desarrollar los diferentes puntos de vista y las agendas de cada uno.
- El fortalecimiento de organizaciones representativas de la comunidad o de la población que nacen en forma independiente o que se han desligado de las instituciones.
- El fortalecimiento de las redes de organizaciones, que van surgiendo como una necesidad de apoyarse en el desarrollo de sus acciones y de intercambiar experiencias.
- El impulso y apoyo a organizaciones comunales contraloras de la gestión pública y de las iniciativas privada que tienen injerencia en la salud.
- El apoyo e impulso de iniciativas variadas tendientes a que no sólo se reconozcan los derechos sino que se ejerzan.

Uno de los insumos básicos que se deben aprovechar aquí es la definición que establece la Carta de Ottawa sobre el fortalecimiento de la democracia y buen gobierno, en el cual se establece como aspiración mínima: Un buen gobierno que

involucre a la sociedad civil en la toma de decisiones en relación con las diversas esferas de interés nacional, y como aspiración máxima: Requiere la ampliación y profundización de las libertades y de la consolidación de la democracia económica y política, como condiciones para lograr la plena participación de las personas y de la sociedad civil para consolidar la gobernabilidad en el país.

De la misma manera, se señala como aspiraciones máximas para el tema de la participación ciudadana en las políticas públicas en una democracia de alta calidad, las siguientes consideraciones:

- a) La ciudadanía dispone de medios abiertos y eficaces de participación ciudadana en las políticas públicas de mayor relevancia para la sociedad.
- b) La ciudadanía exige la rendición de cuentas a las autoridades de gobierno, los diputados, los funcionarios en cargos de confianza y los servidores públicos, por medios diversos y eficaces, y sin menoscabo de sus derechos y su dignidad.
- c) La ciudadanía hace uso efectivo de las oportunidades para participar en las decisiones referentes a asuntos de interés público."

Fortalecimiento de las potencialidades individuales y colectivas

Esta línea de acción privilegia la información, la educación sanitaria y la modificación positiva de actitudes indispensables para vivir en forma saludable, de tal manera que se favorezca el desarrollo personal y social.

Personas informadas, con educación sanitaria y en procesos de perfeccionamiento de actitudes para la vida, tienen mayores posibilidades de optar

por aquello que propicie la salud. Constituye un insumo básico para apoyar la generación de relaciones primarias, relaciones sociales y valores, según las aspiraciones antes señaladas en la línea de acción de ambientes saludables.

La información disponible en los diferentes medios o espacios de acción de los seres humanos, les proporciona herramientas para ejercer algún control sobre su propia salud y sobre el ambiente en que se desenvuelve.

Para hacer efectivo el enfoque de los derechos en el campo de la salud, es necesario partir de procesos de democratización del conocimiento. Dos medios fundamentales en esta tarea son la educación para la salud y la comunicación social.

Una forma de hacer efectiva esta línea de acción es mediante el desarrollo de procesos educativos, en los medios formal y no formal, orientados a: estimular habilidades individuales para la vida cotidiana, la toma decisiones y la resolución de problemas, favorecer el pensamiento creativo – crítico y una autoestima adecuada, promover valores solidarios y participativos y desarrollar estilos de vida sanos. Todo ello en el marco del contexto social y político del momento, así como en el bagaje cultural de cada localidad donde se promueva.

Reorientación de los servicios de salud

La Asociación Canadiense de Salud Pública (1996), para argumentar que el estar sano implica inversión en salud, nos recuerda que, no es posible tener resultados positivos en salud a no ser que exista un compromiso de invertir en la salud total del individuo y de la comunidad. Este compromiso debe reflejarse a través de una

gama balanceada y comprensible de prestaciones de servicios, que incluya una intervención rápida, mantención de la salud, educación en salud, prevención de enfermedades y protección de la salud.

Hacer efectiva la reorientación de los servicios de salud implica, entre otros elementos, que:

- a)** se asignen recursos hacia aquellas actividades generadas en la comunidad que privilegien la promoción y la protección de la salud;
- b)** se dé la máxima apertura a la participación de la organización comunal existente, especialmente de aquella surgida a partir de sus propias necesidades;
- c)** se fortalezcan los procesos de descentralización favorecedores de la toma de decisiones a nivel local;
- d)** los trabajadores de la salud cuenten con una base de conocimientos y actitudes que favorezcan el desarrollo de la promoción de la salud.

Herramientas Fundamentales

Las líneas de acción revisadas anteriormente pueden ser desarrolladas mediante la puesta en práctica de herramientas básicas como: participación social, educación para la salud, intersectorialidad y construcción de alianzas. Especialmente si se utilizan en forma interrelacionada.

Participación Social

Tanto individualmente como en forma colectiva, mediante participación directa o por representación, la población está llamada a actuar sobre los determinantes de la salud, a producir salud en sus propios términos, derivados de sus condiciones de existencia y su relación con el entorno.

Idealmente, esta herramienta implica acciones que van desde el intentar arraigar una cultura participativa, centrada en el ejercicio de derechos y deberes ciudadanos hasta enriquecer la participación desde espacios institucionales.

En el nivel institucional se requiere de la apertura de espacios de participación en los procesos de planificación de salud. Las instituciones deben cuidar que esto no implique "institucionalizar" la participación de la comunidad y convertirla en un instrumento a su servicio; en esos procesos las organizaciones pierden identidad y no desarrollan todo su potencial participativo.

En las dinámicas de interacción y concertación donde participan diferentes actores sociales (Instituciones públicas, privadas, ONG, empresa privada y otros, para la identificación de los problemas de salud, toma de decisiones y puesta en marcha de las estrategias de solución, con el fin de alcanzar y mantener la salud, la población organizada debe constituirse en un actor protagónico, con las condiciones necesarias para garantizar un acceso equilibrado a la toma de decisiones.

Educación para la Salud

La educación para la salud, es un proceso permanente y reflexivo de cambios favorables en los conocimientos, actitudes y prácticas de individuos, que tiene

como finalidad el desarrollo de un nivel óptimo en el estilo de vida y el mantenimiento autogestionario de la salud personal, familiar y comunitaria. Es una herramienta que aporta insumos para el desarrollo de las diferentes líneas de acción de la promoción de la salud. Encuentra su desarrollo en espacios como la educación no formal y la educación formal. Ello implica la utilización de métodos y técnicas novedosas que promuevan al máximo el desarrollo de las potencialidades de las personas y les proporcione herramientas para ejercer derechos y su papel protagónico en la construcción de una sociedad saludable.

Como herramienta, aporta métodos e instrumentos novedosos y efectivos, especialmente en procesos donde se requiere no sólo personas informadas sino con importantes avances en cambios de actitudes y prácticas. Es decir, donde no solamente dispongan de información sino que vivan realmente un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Intersectorialidad

A pesar de los efectos positivos innegables que tiene el trabajo intersectorial coordinado y concertado, en la práctica son muchas las debilidades que muestra. Esto no quiere decir que el esfuerzo esté agotado, más bien, cada vez se prestan más las condiciones del contexto y las demandas de la sociedad para hacer efectiva esta potente herramienta. Un trabajo coordinado, basado en negociación y concertación constante, teniendo como norte el bienestar de la población y aminorando el centralismo en el interés por la propiedad de las parcelas institucionales, es un insumo fundamental para el éxito de la Promoción de la Salud.

Construcción de alianzas

Aliada a la intersectorialidad, como pasos previos a lograrla o como producto de ésta, pero a la vez trascendiéndola hacia otros ámbitos, está la herramienta de la construcción de alianzas. La cantidad y la calidad de alianzas que se pueden generar para hacer promoción de la salud son innumerables. Los diferentes actores sociales (población organizada, líderes comunales, ciudadanos, instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y empresa privada), tienen un espacio ilimitado de acción, en el que se pueden recrear múltiples formas de aliarse en pro de la salud.

Las Políticas de Salud en el ámbito cotidiano

Esta describe las relaciones entre las políticas de salud y las actividades que se desarrollan en la vida diaria. En este sentido, la política resulta una herramienta para la toma de decisiones (u elección de opciones) en un universo de dos variables: recursos escasos (y por lo tanto insuficientes), necesidades crecientes (o infinitas). Desde esta perspectiva, las políticas de salud representan una serie de valores (equidad, eficiencia, solidaridad.) en base a los cuales se asignan recursos para satisfacer necesidades de salud de la comunidad.

El sistema de salud constituye la expresión estructural de un conjunto de decisiones y se puede describir desde tres perspectivas:

1. macro: la que tiene el responsable político del sistema. Es una perspectiva eminentemente política (en los términos antes referidos).

2. meso: la que tienen los responsables político-administrativos. Es una perspectiva político-técnica.

3. micro: la que tienen los profesionales asistenciales. Es una perspectiva eminentemente técnica (BID, 2010).

A su vez, una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años cincuenta. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos. Puesto que si bien "gasto en salud" no significa "política de salud", en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de una asignación de recursos (Barousse,1997).

En principio las políticas de salud tienen su origen en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, mismos, que son el insumo de proposiciones políticas. Especialmente tiene mayor trascendencia política el uso de los medios y recursos para resolver los problemas existentes en el continuo vaivén, salud-enfermedad. Las Políticas de salud es un enfoque de la política pública en todos los sectores que toma en cuenta las implicancias de salud en las decisiones, busca generar sinergias, y evitar impactos negativos en la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Por ende, se debe reconocer que la política tiene un peso

profundo en las decisiones de políticas, sean en áreas en salud u otras, mismas que tendrán un impacto significativo en la salud de la población.

2.4.- Cronología del Sistema Mexicano de Salud

El México independiente y la adopción de las responsabilidades en materia de salud

Durante esta etapa ocurrieron dos sucesos importantes desde el punto de vista de las leyes y que ciertamente son puntos clave en el establecimiento del mismo sistema; la participación activa del gobierno en la regulación de los asuntos de salubridad (Constitución centralista de 1836 y las bases orgánicas de 1843), si bien en estos documento se deslindan las responsabilidades y facultades de ayuntamientos y asambleas en materia de salud, todavía el gobierno desconoce a la salud como un derecho. Con la aparición del Consejo Superior de Salubridad (CSS) el 4 de Enero de 1841, se establece el primer órgano regulador de la práctica médica, del funcionamiento de las boticas (farmacias) y de manera muy importante, estaba facultado para establecer medidas sanitarias en beneficio de la población y reglamentar la vigilancia de cementerios, escuelas y talleres (Archivo Histórico, IMSS).

La reforma del estado mexicano y los primeros pasos dados hacia la creación del sistema de salud pública nacional:

A partir de 1872 junto con los cambios suscitados en el país (cambios impulsados por las leyes de reforma) se publica el primer reglamento del Consejo Superior de

Salubridad (CSS) en el cual se le encomienda la tarea de llevar la estadística médica del Distrito Federal, es decir puede realizar estudios sobre algunas epidemias y llevar un registro de datos de mortalidad; sin embargo, estas responsabilidades solo las podía cumplir dentro del mismo Distrito Federal. A pesar de carecer del carácter de nacional, al asumir en estas condiciones la supervisión única de la salud de la población algunos autores señalan que existían en algunos estados de la república delegaciones del Consejo Superior de Salubridad (CSS), actuando fuera del marco de la ley vigente. En 1879 el CSS se vuelve un órgano dependiente de la Secretaría de gobernación; con esta acción se pretende dar legitimidad al campo de acción federal del Consejo Superior de Salubridad (Archivo Histórico, SS).

No fue, sino hasta 1908 cuando el Congreso de la Unión le da el carácter de autoridad federal, en función de que es el mismo congreso el que adopta la responsabilidad de dictar las políticas en materia de actividad sanitaria en todo el país (ahora si dentro del marco constitucional vigente). Esto queda de manifiesto al modificarse la fracción XXI del artículo 72, quedando como sigue:

Artículo 72.- El Congreso de la Unión tiene facultad:

XXI.- Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la república.

Como resultado de las nuevas atribuciones constitucionales del congreso y del CSS se promulgó el primer Código Sanitario, el cual fue fuertemente impulsado

por el Dr. Eduardo Liceaga. Es quizá este hecho el antecedente más importante en el nacimiento de un sistema nacional de salud, ya que por primera vez en la historia se daba un paso hacia adelante en la generación de condiciones políticas necesarias e indispensables, para establecer un sistema de salud pública en todo el país, el cual tenía que estar sujeto a la regulación por un mismo órgano gubernamental, con el afán de organizar esfuerzos en virtud de obtener un beneficio general en la población.

La consagración de la revolución y surgimiento del sistema nacional de salud

A principios del siglo XX el estado mexicano empezó a participar en ciertas actividades de salud pública (Tabla 1). Anteriormente los hospitales no eran instituciones médicas ni la medicina una profesión hospitalaria; funcionaban estos bajo esquemas de caridad, quienes trabajaban en ellos lo hacían para expiar culpas o servir a Dios atendiendo a los desprotegidos, y fue con la independencia del país cuando estos esquemas entraron en un franco período de decadencia a consecuencia de la inestabilidad política, conflictos armados y otros (Frenk y Gómez, 2008).

En México la historia de los derechos sociales está ligada a la desigualdad. Si bien en la Constitución de 1917 se lograron conjugar las garantías individuales y los derechos sociales, el modelo corporativo de distribución emanado de la Revolución necesariamente conllevó a un ejercicio diferenciado de derechos y, por lo tanto de la ciudadanía desde su definición más amplia.

Con la mediación de las organizaciones corporativas como modelo, el estado mexicano posrevolucionario privilegió el acceso a bienes y servicios colectivos incluidos, por supuesto, los relacionados con la salud sobre el acceso individual, ignorando con ello el criterio de repartición universal de satisfactores, fundamento de los derechos humanos (Pérez, 2010).

Con el triunfo de la revolución y la llegada de nuevos legisladores al congreso, las demandas sociales encuentran voz y respuesta, por lo que en el congreso constituyente de 1917, se modifica el nombre del CSS por el de Consejo de Salubridad General (CSG) se realizan cuatro adiciones a la fracción XVI del artículo 73, en los que se especifican atribuciones y facultades del nuevo órgano regulador de la salud a nivel nacional. Con las apariciones subsecuentes del nuevo Código Sanitario (1926), del Departamento de Salud Pública (1934) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1950, se sientan las bases legales y administrativas de lo que actualmente es el sistema de salud.

Sin embargo, junto con estos cambios a nivel jurídico y con la creación de los órganos administrativos correspondientes, así como la definición de las atribuciones correspondientes, se dio la aparición de la primera institución de seguridad social, que fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943. Cabe señalar que en este momento histórico, el IMSS surge como la gran respuesta a nivel federal a la demanda de seguridad que deben tener los trabajadores y sus familias, que es una de las principales razones por las que se dio el movimiento de revolución del 1910.

Considerando los excesos laborales de los que eran víctimas obreros y jornaleros y que a pesar de sufrir daños a su salud como consecuencias de sus actividades dentro del centro de trabajo, no recibían ningún apoyo por parte de los patrones o empleadores y que muy por el contrario el caer en enfermedad, esta no sólo los empobrecía, sino que los esclavizaba al adquirir deudas por los gastos derivados de la enfermedad. En este contexto a los pocos años del término del movimiento armado es que el IMSS surge como una respuesta a una demanda muy precisa, el acceso a la seguridad social.

La creación del IMSS no vino sola, ya que pocos años después, en 1959 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Esto como una consecuencia natural de incluir en la seguridad social a los trabajadores del estado. Tanto IMSS como ISSSTE ofrecen servicios de salud y de seguridad social a la población, pero a grupos muy distintos, por su parte el IMSS da cobertura a los trabajadores de la iniciativa privada, empresas y compañías de capital privado, mientras que el ISSSTE cubre a los empleados del gobierno. Adicionalmente se suman a estas dos instituciones el sistema de salud militar y los propios recursos físicos de la Secretaría de Salud (entre los más destacados).

Historia Contemporánea del Sistema de Salud mexicano

1905 Nace el Hospital General de México.

- 1917 Se crea el Consejo de Salubridad General y destaca en la nueva Constitución, el capítulo IV del artículo 123 la responsabilidad de los patrones.
- 1922 Se crea la Escuela de Salubridad, la primera de América Latina, formadora de profesionales de la medicina, hoy denominada Escuela de Salud Pública de México.
- 1925 Se amplía el ámbito de influencia de los servicios sanitarios del país de los territorios, puertos y fronteras a todas las entidades federativas.
- 1931 Con el apoyo de la Fundación Rockefeller y por iniciativa del Departamento de Salubridad Pública nacen en 1931 los servicios de Higiene Rural con servicios de vacunación, higiene escolar y materno-infantil.
- 1935 Se crea el servicio social para extender la atención a la salud a las comunidades rurales del país y para profundizar el conocimiento del Departamento de Salubridad Pública sobre las condiciones locales de salud.
- 1937 Nace la Secretaría de Asistencia Pública con el que se fusionaron el Departamento de Asistencia Social Infantil y la Junta de Beneficencia Pública.
- 1943 Nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia fusionando el Departamento de Salubridad Pública en la Secretaría de Asistencia así como la primera generación de reformas del

sistema de salud, la Ley del Seguro Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

- 1944 Da inicio la prestación de servicios por parte del IMSS en el Distrito Federal.
- 1958 Se afianzan las reformas para ampliar la cobertura en salud.
- 1960 Con las reformas al artículo 123 Constitucional que otorgó derechos sociales a los trabajadores del Estado, nace el ISSSTE.
- 1979 Se implanta el Programa IMSS-Coplamar, denominado después IMSS-Solidaridad y luego IMSS-Oportunidades para ofrecer cobertura a la zona rural.
- 1982 Segunda generación de reformas, sustituye al Código Sanitario.
- 2002 Nueva Ley General de Salud, se cambia de nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por Secretaría de Salud y los servicios de salud para la población no asegurada se descentralizan a los gobiernos estatales.
- 2003 Creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

La salud como derecho socialmente reconocido y su paso al rango constitucional.

Si bien con la creación de instituciones que ofrecieran servicios de salud se

atendió a una demanda social, el gobierno no reconocía ese derecho a la salud como un derecho que debiera ser garantizado en la constitución política de nuestro país y no fue sino hasta 1983, cuando el congreso mexicano elevó a rango constitucional el derecho a la salud, mediante la modificación del artículo 4º, que a la letra quedó como sigue:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Al garantizar el derecho a la salud como un derecho constitucional, no sólo se da certidumbre jurídica y obligación legal al gobierno federal para procurar, vigilar e incentivar a la salud de la población y las políticas que en materia de salud pública garanticen el bienestar social; sino que también hace participes a los gobiernos locales en el mismo nivel de participación y obligación. Si estas reformas estructurales e institucionales garantizan lo que bien puede vislumbrarse como un buen sistema de salud, ¿por qué en la actualidad el sistema de salud mexicano padece graves complicaciones administrativas, estructurales y de cobertura?

2.5.- Descripción del Sistema Mexicano de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, dicha definición deja de manifiesto los alcances que

tiene la salud, pues no solo abarca al funcionamiento adecuado del organismo en ausencia de enfermedad al mismo tiempo contempla aspectos no físicos del ser humano. En México la inversión en salud es insuficiente para atender los retos que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica. El país destinaba 6.4% del producto interno bruto (PIB) a la salud en 2009 (BM, 2009), en contraste con países como Argentina y Uruguay que con un nivel de desarrollo similar al de México, dedican más del 8.0% del PIB a la salud (CEPAL, 2012).

En México, más de la mitad de los recursos para la salud son privados y, además, provienen del bolsillo de las familias. En Colombia y Costa Rica, el gasto de bolsillo asciende a 29 y 27% del gasto total en salud, respectivamente. Este tipo de gasto es ineficiente e inequitativo porque impide la agregación de riesgos, y rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de justicia financiera en salud que señala que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo invierte esta regla ya que obliga a los individuos a aportar según sus necesidades (el más enfermo paga más) y a recibir servicios según su nivel de ingreso. El gasto de bolsillo, además, expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre implícita en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes. Se calcula que anualmente de dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud.

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social

[Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O),(INSP, 2011).

El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

La población de responsabilidad de la SS y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SS y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se

financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados (INSP, 2001).

México cuenta con una población de 106.6 millones de habitantes (2008). La proporción de hombres (48.8%) y mujeres (51.2%) prácticamente no ha variado en los últimos años. Las proyecciones para 2030 estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69%. El desarrollo demográfico reciente de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general (de 27 defunciones por 1000 habitantes en 1930 a 4.9 por 1000 en 2008), un incremento en la esperanza de vida (de 34 años en 1930 a 75.1 años en 2008) y una disminución de la fecundidad (de siete hijos por mujer en edad reproductiva en los años sesenta a 2.1 en 2008) (INSP, 2011).

Estos tres fenómenos han dado lugar a un envejecimiento poblacional, que supone una participación creciente de los adultos mayores en la estructura de la población. La base de esta estructura se está adelgazando por el descenso de la participación de la población de 0 a 5 años de edad, que en 2008 concentró al 9.19% de la población y en 2050 concentrará sólo 6%. En contraste, la población de adultos mayores muestra una tasa de crecimiento superior a 4% anual que la llevará a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en 2050. (CONAPO, 2010).

México también experimentó un proceso de urbanización en el que se ha visto involucrado prácticamente todo el país. Más del 70% de la población es urbana y 35% (más de 37 millones de personas) habita en las nueve zonas metropolitanas con más de un millón de habitantes. La urbanización se asoció además a una dispersión de la población que habita en comunidades rurales. De poco menos de 55, 000 localidades con menos de 100 habitantes en 1970 se pasó a casi 140, 000 en 2000, en donde habita poco más de 2% de la población nacional (CONAPO, 2008).

Condiciones de salud de la población

El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. A mitad del siglo pasado, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición. Hoy estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables de poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente (INSP, 2011).

En 1940 la principal causa de muerte en México eran las infecciones gastrointestinales, hoy ya no constituyen una causa importante de defunción en la

población general. En contraste, la diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990, pero hoy es la principal causa de defunción en hombres y mujeres en todo el país (cuadros II), y su prevalencia en adultos es de 14.4%, una de las más altas del mundo (CONAPO, 2005).

A diferencia de lo que sucedió en los países desarrollados, en donde se produjo una clara sustitución de las infecciones comunes y los problemas reproductivos por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, en México hay un traslape de las enfermedades pre y pos-transicionales. Las enfermedades no transmisibles y las lesiones dominan el perfil de salud del país, pero las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición siguen estando presentes en las comunidades con mayor marginación.

2.6.- Estructura y cobertura del Sistema Mexicano de Salud

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SS), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que

trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (INSP, 2011).

¿Quiénes son los beneficiarios del sistema?

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate.

En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- Los auto-empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y
- La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios.

Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios. El segundo grupo de usuarios incluye a los auto-empleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es sólo una parte de aquel universo. Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SS, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial (INSP, 2011). En el año 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular. Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 y cubrirá en un lapso de siete años a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional.

Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente a la mitad de la población del país. En 2008, el Seguro Popular contaba con más de 27 millones de afiliados. Estas cifras nos indican que en México todavía hay más de 30 millones de personas sin protección social en salud (SPSS, 2009).

Esta población recurre, para atender sus necesidades de salud, a los servicios de la SS, los SESA e IMSS-O. Alrededor de 24 millones se consideran

responsabilidad de la SS y los SESA, y alrededor de siete millones se atienden en las unidades del programa IMSS-O. Finalmente está la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. Cabe destacar que tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de la SS, los SESA o IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios (INSP, 2011)

Los beneficios que recibe la población afiliada

El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales, y seguro de guardería y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS a fin de obtener parte de los beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad (IMSS, 2010).

Los afiliados al ISSSTE, que son todos empleados del gobierno y sus familias, y los pensionados y jubilados, cuentan con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS. Su seguro de salud garantiza el acceso a servicios de

medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.

Los asegurados de PEMEX, SEDENA y SEMAR cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, incluyendo atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles; cobertura farmacéutica y de rehabilitación; seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez. El SPS garantiza el acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los SESA. También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervico-uterino, cáncer de mama, VIH/Sida y cataratas (INSP, 2011).

La población no asegurada recibe en las unidades de los SESA beneficios muy heterogéneos: servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades. Por último, el IMSS-O ofrece servicios sobre todo en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se concentra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles.

Financiamiento

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del obrero o

empleado y contribuciones del gobierno. La SS (Secretaría de Salud) y los SESA (Servicios Estatales de Salud) se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El Seguro Popular se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos. Con estos recursos, el Seguro Popular le compra servicios para sus afiliados a los SESA (INSP, 2010).

¿A cuánto asciende el gasto en salud en México?

El gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008. Sucedió lo mismo con el gasto per cápita en salud, que pasó de 508 dólares en 2000 a 890 dólares en 2008. El gasto en salud como porcentaje del PIB está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%). En 2008 el gasto público en salud representó 46.7% del gasto total en salud. Aunque lentamente este porcentaje se ha venido incrementando.

En 1990 el gasto público concentraba 40.4% del gasto total en salud. En 2008 el gasto público en salud ascendió a 330,339 mil millones de pesos (alrededor de 30 mil millones de dólares). La mayor parte de este gasto correspondió a la SS (45.2%), seguida del IMSS (42%) y el ISSSTE (9.7%). El gasto público per cápita en salud ascendió en 2007 a 415 dólares. Existen, sin embargo, diferencias importantes entre poblaciones. El gasto público per cápita en salud en población con

seguridad social es todavía mayor que el gasto público per cápita en población sin seguridad social. En 2007, el gasto privado en salud concentró 54.6% del gasto total en salud. Alrededor de 93% de este gasto son pagos de bolsillo y 7% corresponde al pago de primas de seguros médicos privados. En Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay el gasto de bolsillo concentra 41, 64, 42 y 31% del gasto privado. México presenta, por lo tanto una de las cifras más altas de gasto de bolsillo de la región. Este gasto expone a las familias a gastos catastróficos y/o empobrecedores (ODCE, 2010).

¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los mexicanos?

Como ya se mencionó, el alto porcentaje de gasto de bolsillo de México expone a su población a gastos excesivos por motivos de salud. En 2000 más de tres millones de hogares mexicanos presentaron gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud. En 2006 esta cifra se había reducido gracias a la implantación de diversos programas sociales. Estudios recientes muestran que los gastos excesivos (catastróficos y empobrecedores) por motivos de salud disminuyeron de 4.1% (alrededor de 2.6 millones de hogares) a 2.7% (alrededor de 1.8 millones de hogares) entre 2004 y 2008. Estos mismos estudios indican que hay gran variación en la prevalencia de estos gastos. En la población urbana, 3.92% de los hogares presentaron gastos catastróficos por motivos de salud en 2008 contra sólo 2.05% en los hogares urbanos. Los hogares que cuentan con seguro de salud presentaron una prevalencia de 2.67% contra 3.53% en los hogares que no cuentan con seguro de salud. Finalmente, los hogares con adultos mayores presentan una prevalencia de gastos catastróficos por motivos de

salud de 6.02%, que contrasta con la prevalencia de los hogares que no cuentan ni con niños ni con adultos mayores, que es de 1.36% (INSP, 2010).

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

En México hay 23,858 unidades de salud (2007), sin considerar a los consultorios del sector privado; 4,354 son hospitales y el resto unidades de atención ambulatoria

Del total de hospitales, 1,182 son públicos y 3,172 privados. Del total de hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social y el resto a la población con seguridad social. Alrededor de 86% son hospitales generales y el resto, hospitales de especialidad. En el sector privado la gran mayoría de los hospitales son maternidades muy pequeñas. Se calcula que alrededor de 70% de las unidades privadas con servicios de hospitalización tienen menos de 10 camas y apenas 6% cuentan con más de 25 camas. Por lo que se refiere a las camas, el sector público cuenta con 79, 643 camas (2007). Esto arroja una razón de 0.75 camas por 1,000 habitantes, inferior a la recomendada por la OMS, que es una cama por 1,000 habitantes. En el país existen más de 19, 000 unidades públicas de atención ambulatoria. La gran mayoría pertenece a los SESA (67%) y el IMSS-O (21%). Las instituciones públicas de México cuentan con poco más de 3,000 quirófanos (2008), para una razón de 2.7 por 1,000 habitantes. En el rubro de equipo de alta especialidad se hará mención a los tomógrafos, los equipos de resonancia magnética y los mastógrafos. Respecto a los tomógrafos, México cuenta con 3.4 por millón de habitantes (INSP, 2011).

El promedio en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es de 20.6 tomógrafos por millón de habitantes. El país cuenta además con 1.5 equipos de resonancia magnética por millón de habitantes, cifra considerablemente menor a la cifra promedio de los países de la OCDE, que es de 9.8 por millón de habitantes. Por último, México cuenta con 267 mastógrafos en el sector público, lo que arroja una disponibilidad de 9.3 mastógrafos por millón de mujeres de 25 años y más. Estos mastógrafos generan un promedio de 4.5 mamografías por millón de habitantes. La cifra promedio de mamografías en los países de la OCDE es de 19.9 por millón de habitantes (INSP, 2011).

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

A pesar de que en los últimos diez años se ha incrementado la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud, México todavía enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras. La tasa de médicos por 1,000 habitantes a nivel nacional es de 1.85, inferior al promedio de los países miembros de la OCDE, que es de 3.0, y al de Argentina (3.0) y Uruguay (3.7). El caso de las enfermeras es muy parecido. La tasa de enfermeras por 1,000 habitantes a nivel nacional es de 2.2, inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE, y a la tasa de Uruguay que es de 3.5. Las instituciones públicas cuentan con más de 650,000 trabajadores de la salud (2007). Alrededor de 171, 000 son médicos en contacto con pacientes; 223, 000 son enfermeras, y 85,000 son personal paramédico y personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y 182,000 son personal de salud clasificado como de “otro tipo”. No

hay información actualizada sobre el número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector privado (INSP, 2011).

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

En 2007 el gasto en medicamentos en México representó 24% del gasto total en salud, es decir, 1.4% del PIB. La mayor parte de este gasto (75%) es gasto de bolsillo. El IMSS concentra 47.9% del gasto público en medicamentos. Le siguen las instituciones que atienden a la población no asegurada (SS), SESA e IMSS-O, con 26.8%. Finalmente, el ISSSTE y PEMEX concentran 18.2 y 7% del gasto público en medicamentos, respectivamente. El volumen de medicamentos se encuentra dividido casi en partes iguales entre el sector público y el privado. Sin embargo, el mercado privado está dominado por las medicinas de patente, mientras que en el público predominan los medicamentos genéricos. Esto explica la gran diferencia en el gasto en ambos sectores. En 2008, alrededor de 86% de los medicamentos que se consumieron en el país se produjeron localmente y el resto se importó. En 1998 se inició en el país un esfuerzo por promover el uso de medicamentos genéricos intercambiables (COFEPRIS, 2010).

Esta iniciativa culmina con la aprobación de un acuerdo que obliga a las instituciones públicas a comprar medicamentos genéricos intercambiables siempre que estén disponibles. En años recientes se aprobó una disposición que obliga, en un lapso de cinco años, a todos los productores de medicamentos a llevar a cabo pruebas de bioequivalencias de sus productos.³⁰ En el mercado mexicano todavía

circulan medicamentos que no han demostrado dicha bioequivalencia. Se trata de los llamados similares que concentran 12% de las ventas al menudeo.

El abasto de medicamentos en el sector público ha mejorado sobre todo en las unidades de atención ambulatoria. Existen, sin embargo, diferencias entre instituciones y regiones. En 2006 las instituciones de seguridad social presentaron porcentajes de surtimiento completo de recetas en unidades ambulatorias superiores a 90%. Las unidades de los SESA que atienden a los afiliados al Seguro Popular presentaron porcentajes de 89%. Los SESA en general presentaron porcentajes de 79%. En los SESA hay entidades que presentan porcentajes de surtimiento completo de recetas superiores a 95% y entidades que presentan porcentajes inferiores a 70%. A nivel hospitalario, una encuesta nacional realizada en 2009 mostró niveles de abasto de medicamentos esenciales en farmacias y almacenes hospitalarios para todo el sector público de 82% (COFEPRIS, 2010).

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

La concentración de la información en salud en México es responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. A través del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), publica información sobre nacimientos, muertes, casos de enfermedad, recursos financieros, recursos humanos, recursos materiales, infraestructura y servicios. El SINAIS incluye varios subsistemas. Destacan dentro de ellos el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios

(SAEH) y el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud (SICUENTAS) Por lo que toca a la investigación, el sistema de salud mexicano cuenta con 12 Institutos Nacionales de Salud y diversos centros de investigación del IMSS en donde trabajan alrededor de 1 200 investigadores de tiempo completo. En estos centros se hace investigación en biomedicina, medicina clínica y salud pública (INSP, 2011).

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud tiene como principal tarea la rectoría del sistema, que incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Algunas de estas tareas, como la regulación de la atención a la salud, las desarrolla en colaboración con diversos cuerpos profesionales e instituciones de la sociedad civil. Por lo que se refiere a la regulación de la atención a la salud, México cuenta con mecanismos para la acreditación de escuelas y facultades de medicina y enfermería; la titulación y certificación de médicos y enfermeras; la acreditación y certificación de unidades de atención, e instancias de conciliación y arbitraje, y judiciales, para lidiar con las controversias que pudieran surgir entre los usuarios y los proveedores de atención a la salud.

En México hay alrededor de 80 escuelas y facultades de medicina, de las cuales 74 están afiliadas a la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina (ANFEM). De estas últimas, 44 están acreditadas ante el Consejo Mexicano para

la Acreditación de la Educación Médica, reconocido por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES).

La acreditación de la enseñanza de enfermería está en manos del Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de la Enfermería (COMACE), también reconocido por el COPAES. En México existen alrededor de 600 programas de capacitación de enfermería, muy pocos de los cuales están acreditados. La certificación de los recursos humanos para la salud ha sido tradicionalmente una responsabilidad de las instituciones de educación superior y la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. Para ejercer su profesión, los médicos deben contar con un título expedido por una institución educativa y una cédula que emite la Dirección General de profesiones. La certificación de los especialistas es responsabilidad de los consejos de las diversas especialidades médicas, coordinados por la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía (INSP, 2011).

La certificación de enfermeras todavía no está completamente instaurada, pero el Colegio Nacional de Enfermeras, la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería y el Colegio de Enfermeros Militares están diseñando un sistema para la certificación de estos profesionales. La acreditación de los hospitales, que está a cargo del Consejo de Salubridad General desde 1999, ha avanzado con cierta lentitud. A fines de 2009 sólo había en el país 256 establecimientos de atención a la salud con certificado vigente. Lo que sí ha avanzado con cierta celeridad ha sido la acreditación de las unidades que atienden a los afiliados al Seguro Popular. La

Ley General de Salud establece que todas las unidades que prestan atención a los afiliados a este seguro deben acreditarse de acuerdo con ciertos criterios de calidad, capacidad y seguridad. En el momento actual hay 265 hospitales y 6, 612 unidades de atención ambulatoria acreditadas, que representan 37 y 38% de los hospitales y unidades ambulatorias que atienden a la población sin seguridad social, respectivamente.

En 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), su objetivo es resolver las controversias entre los proveedores de atención y los pacientes a través de la conciliación y el arbitraje. En caso de que los procesos de conciliación y arbitraje no resuelvan las diferencias entre proveedores y usuarios, estos pueden recurrir a los tribunales civiles y penales.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), es la encargada de proteger a la población de los eventos exógenos que ponen en riesgo la salud o la vida humana como resultado de la exposición a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente o en los productos o servicios que se consumen.

La COFEPRIS es una agencia de la SS con autonomía técnica, administrativa y operativa encargada de realizar tareas de regulación, control y fomento sanitario. Es responsable, entre otras actividades, de controlar y vigilar los establecimientos de salud; prevenir y controlar los factores ambientales; promover el saneamiento básico y la salud ocupacional; controlar los riesgos sanitarios de productos y

servicios; realizar el control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos e insumos médicos; regular desde el punto de vista sanitario la publicidad de actividades, productos y servicios; controlar la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, y las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos. También vigila la inocuidad de los alimentos y la calidad bacteriológica y fisicoquímica del agua para consumo humano, y garantiza la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que se producen y venden en el mercado.

¿Quién evalúa?

La Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud es la encargada de evaluar el desempeño de los sistemas nacionales y estatales de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales y de salud pública. Los resultados de sus actividades los publica en Rendición de Cuentas, un informe anual que da seguimiento a los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y una serie de informes en los que se presentan los productos de evaluaciones comparativas de los sistemas estatales de salud y de las diferentes instituciones de salud.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

La satisfacción de los usuarios con los servicios ambulatorios y hospitalarios se ha podido medir a través de diversas encuestas recientes (ENSA 2000, ENSANUT 2006, ENSATA 2004, 2005 y 2009). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 indica que 81% de los usuarios de los servicios de salud en México

califican la calidad de la atención como “buena” o “muy buena”. PEMEX y SEDENA presentan los porcentajes de aprobación más altos: 96.6%, seguidas por las instituciones privadas, con 91%. Una encuesta llevada a cabo en 2009 por el IMSS indica que 77% de sus afiliados se manifiestan “satisfechos” o “muy satisfechos” con los servicios que reciben y 85% recomendaría su unidad regular de atención (INSP, 2011).

Los tiempos de espera en instituciones públicas tienden a ser muy largos. Para recibir atención ambulatoria el IMSS presenta un tiempo promedio de espera de 91 minutos contra 63 minutos en el IMSS-O. En las instituciones privadas el tiempo promedio de espera es de 30 minutos. Los tiempos de espera en servicios de urgencias son mejores. Alrededor de 70% de los usuarios esperan menos de 15 minutos para recibir atención, aunque 13% esperan más de una hora. Una queja común entre los usuarios de los servicios públicos se relaciona con los largos periodos de espera para cirugías electivas.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

La innovación más reciente del sistema mexicano de salud es la creación del SPSS, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud. Este seguro cubrirá en un lapso de siete años a todos los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. El SPS garantiza el acceso a alrededor de 260 intervenciones esenciales y 18 intervenciones de alto costo. La Secretaría de Salud ha señalado que la segmentación del sistema mexicano de salud y las transiciones epidemiológica y demográfica por las que atraviesa el país dieron

lugar a cinco grandes desequilibrios financieros que demandaban una reforma estructural: a) de nivel; b); de origen; c) de distribución; d) de esfuerzo estatal; y e) de destino de los recursos.

La inversión en salud era insuficiente para atender los retos que planteaban las transiciones demográfica y epidemiológica, que suponen un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles. El desequilibrio en el origen se refiere al peso relativo del gasto público en el gasto total en salud. En México, más de la mitad de los recursos para la salud en 2001 eran privados y en su mayoría gasto de bolsillo. La segmentación del sistema también había favorecido la concentración de los recursos para la salud en las instituciones de seguridad social. El gobierno federal asignaba 2.5 veces más recursos per cápita a la población asegurada que a la población no asegurada.

La descentralización de los servicios de salud representó un avance, pero no se acompañó de reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno. Esto se reflejó en las abismales diferencias que se registraban entre los estados en materia de contribución estatal a la salud. Por último está el desequilibrio en el destino de los recursos. El sector salud dedicaba cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, la creación del SPSS permitiría eliminar los desequilibrios que le dieron origen al incrementar la inversión en salud por lo menos al promedio latinoamericano; modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud; mejorar la equidad en la distribución de los recursos

públicos; incrementar el compromiso de los gobiernos estatales con el financiamiento de la atención a la salud de las familias afiliadas al Seguro Popular, y asignar recursos crecientes a la construcción de infraestructura Física (INSP, 2011).

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

El gasto en salud, como porcentaje del PIB, creció de 5.1 % en 2000 a 5.9% en 2008. La mayor parte de este aumento fue consecuencia directa de la movilización de recursos públicos adicionales vinculados con la reforma. El fortalecimiento del financiamiento público también está cerrando la brecha en términos de las asignaciones per cápita entre la población sin seguridad social (incluidos los afiliados al Seguro Popular) y la población cubierta por la seguridad social. Las inequidades en la distribución de los recursos públicos entre los estados también se han reducido. Lo mismo sucedió con la desigualdad en las contribuciones estatales para financiar la salud. Finalmente, la proporción de recursos públicos asignados a la inversión en infraestructura está aumentando.

La movilización de recursos públicos adicionales se ha reflejado en una considerable ampliación de la protección social en salud, de los recursos humanos para la salud, de los insumos disponibles, incluyendo los medicamentos, y de la infraestructura en salud. Entre 2001 y 2006 se construyeron en el sector público 1,054 clínicas, 124 hospitales generales y 10 hospitales de alta especialidad.

Las evaluaciones externas que se han hecho del Sistema Protección Social en Salud indican que son las familias más pobres las que se han afiliado preferentemente a este seguro; la utilización de servicios tanto ambulatorios como

hospitalarios es mayor entre la población afiliada al Seguro Popular que entre la población no asegurada, y se ha extendido la cobertura efectiva de diversas intervenciones, incluidas la vacunación, la atención del parto por personal calificado, la detección del cáncer cervico-uterino y el tratamiento de la hipertensión, entre otras. La evaluación de impacto de este mismo seguro, realizada por un equipo de la Universidad de Harvard y el Instituto Nacional de Salud Pública de México, haciendo uso de un diseño experimental, mostró mejoras en los niveles de protección financiera en las familias que cuentan con el Seguro popular (INSP, 2011).

¿Cuáles son los desafíos retos y las perspectivas del sistema de salud?

Las reformas recientes han generado avances importantes, pero todavía persisten diversos retos. En primer lugar, se requieren recursos públicos adicionales que permitan satisfacer la costosa demanda asociada con la transición epidemiológica, especialmente de intervenciones hospitalarias de alta complejidad. Esto último es particularmente cierto para la población afiliada al Seguro Popular, que cubre un número todavía reducido de intervenciones de alto costo.

También será necesario seguir mejorando la distribución de los recursos públicos entre poblaciones y estados, y garantizar un mayor compromiso presupuestal por parte de las autoridades locales. Otro desafío en materia financiera será alcanzar el equilibrio correcto entre las inversiones adicionales en promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado, y los servicios curativos, por el otro.

Es necesario asimismo aumentar la orientación al cliente y la capacidad de respuesta del sistema de salud sobre todo considerando las crecientes expectativas, tanto de pacientes como de prestadores de servicios, generadas por el proceso de democratización del país y por la reforma misma. Finalmente, es urgente fortalecer la oferta de servicios en las zonas más marginadas del país para ampliar el acceso regular a una atención integral de la salud de las poblaciones más pobres, en particular de las comunidades indígenas. En términos más generales, el mayor reto del actual sistema mexicano de salud es buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

CAPITULO III

Antecedentes y características del Sistema de Protección Social en Salud en México

3.1.- Concepción del Seguro Popular en México

El cambio estructural del sistema de salud, inició en 1999. La reforma contenida en la Ley General de Salud (LGS) se aprobó en 2003 y el 1° de enero de 2004 entra en vigor el esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud (comúnmente identificado como Seguro Popular) para ofrecer, por primera vez en la historia del país, acceso igualitario de un aseguramiento médico público a la población no asalariada.

Así es como se impulsó la protección financiera para los ciudadanos mexicanos carentes de seguridad social. El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, durante 2001-2006, puso en marcha el Programa Nacional de Salud (PNS 2001-2006) subtítulo La Democratización de la Salud en México: Hacia un Sistema Universal de Salud que incluía un profundo análisis de la salud de la población y del sistema de salud. La investigación ofrecía evidencias de desajustes e inequidades entre el sistema de salud existente y las necesidades de salud de la población, por lo que se buscó reducir el gasto de bolsillo y fomentar la asistencia médica oportuna, a través del “Programa Salud para Todos” al que posteriormente se le denominó “Seguro Popular de Salud” (INSP, 2010).

Tras la operación del “Seguro Popular de Salud” en cinco entidades federativas (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco) como prueba piloto; el Poder Ejecutivo envió al Congreso de la Unión, en noviembre de 2002, una

iniciativa de reforma a la Ley General de Salud (LGS), publicada en el Diario Oficial de la Federación en mayo de 2003, misma que entró en vigor en 2004. Esta reforma puntualiza los lineamientos para incorporar gradualmente a todos los mexicanos que por su situación social o laboral no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Así, el gobierno federal instrumentó en 2004 el Seguro Popular de Salud para enfrentar el reto establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, que en conjunto con los gobiernos estatales forma parte integral de una nueva política social (INSP, 2010).

Una vez establecido de manera legal este esquema de aseguramiento público, a través de la publicación del Reglamento de la Ley General de Salud en el Diario Oficial de la Federación (abril de 2004) en materia de Protección Social en Salud se determina que opere como Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) del cual el Seguro Popular forma parte. El Reglamento de la LGS define las reglas de operación del SPSS y establece que su aplicación sea competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud (SESA) que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y demás dependencias o entidades que resulten competentes. Los REPSS son estructuras administrativas dependientes de los Servicios Estatales de Salud encargados de garantizar las acciones de protección social en salud para los afiliados al Seguro Popular, mediante el financiamiento y coordinación eficientes, oportunos y sistemáticos de los servicios de salud (SPSS, 2012).

El principal objetivo del SPSS es otorgar protección financiera en salud a la población no derechohabiente de la seguridad social y se financia

fundamentalmente mediante subsidio y por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, una muy pequeña contribución también proviene de los asegurados. La protección social en salud es el mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso oportuno, de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud de los afiliados.

El Seguro Popular no es un sistema de unidades médicas: centros de salud u hospitales, es un Sistema que consolida los recursos económicos, provenientes de diversas fuentes, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población que lo requiere. Esto significa que, a través del Seguro Popular, el Estado mexicano garantiza que la población reciba atención médica de primer y segundo nivel y aporta fondos económicos para cubrir las llamadas enfermedades catastróficas (tercer nivel) por el alto costo que implica su tratamiento (INSP, 2009).

El Seguro Popular es el sistema de salud más grande que existe en el país, desde 2004 a la fecha, la población afiliada se incrementado considerablemente, hasta alcanzar la cobertura universal en 2012, es decir, el aseguramiento de toda la población sin derecho a la seguridad social, teniendo su pico más alto en el año 2010 (Ver Tabla 1).

Tabla 1
Población acumulada y afiliada
(Millones de personas)

Año	Población acumulada	Población afiliada
2004	5,318,289	5,318,289
2005	11, 404,861	6,086,572
2006	15, 672,374	4,675,513
2007	21,834,619	6,162,245
2008	27,176, 914	5,342,295
2009	31,132,949	3,956,035
2010	43, 518,719	12,385,770
2011	51,823,314	8,304,595
2012	52,908,011	1,084,697

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

3.2.- Origen de los Recursos del Seguro Popular en México

El origen de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tiene su base en un esquema tripartita con aportaciones 1) del gobierno federal, 2) de las entidades federativas y 3) contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica, los montos presupuestarios del programa se incrementan al aumentar la población afiliada (Ver Tabla 2).

Tabla 2
Presupuesto del Seguro Popular a Precios Constantes
(Miles de Millones de Pesos)

Año	Precios corrientes	INPC	Precios constantes
2004	7,750.10	96.125	8,062.52
2005	18,852.40	100.00	18,852.40
2006	33,089.10	103.629	31,930.35
2007	50,410.80	107.74	46,789.31
2008	69,214.00	113.262	61,109.64
2009	88,340.70	119.261	74,073.42
2010	91,313.10	124.219	73,509.77
2011	122,799.40	128.452	95,599.45
2012	138,695.10	133.733	103,710.45

Elaboración propia con datos del Banco Mundial y Sistema de Protección Social en Salud

Las aportaciones al SPSS y el mecanismo de actualización están contenidos en la Ley General de Salud (LGS).

La Cuota Social (CS) por persona beneficiaria es equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario en el Distrito Federal. Esta CS se calculó por única vez el 1º de enero de 2009 y se actualiza anualmente con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. En 2011, el monto de esta aportación fue de 847.80 pesos.

La Aportación Solidaria Federal (ASF) por persona afiliada, equivale a 1.5 veces el monto de la Cuota Social. La distribución entre las entidades federativas de esta aportación se realiza de conformidad con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPSS) vigente en 2011, la cual contiene componentes de asignación por persona afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que la aportación es diferente para cada entidad federativa. El promedio

nacional en 2011 de la ASF es de mil 271 pesos con 70 centavos, además La Aportación Solidaria Estatal (ASE) por persona afiliada, equivale a 0.5 veces el monto de la Cuota Social 2011).

Un muy escaso porcentaje de personas incorporadas al Seguro Popular participan con una cuota, que es anual y progresiva conforme a su nivel de ingreso familiar. El pago de la cuota puede ser de forma trimestral (Ver tabla 3).

Tabla 3
Cuota por ingreso al Seguro popular
(Miles de pesos)

Decil de ingreso	Cuota anual por familia
I	0
II	0
III	0
IV	0
V	2,075.00
VI	2,833.60
VII	3,647.90
VIII	5,650.40
IX	7,519.00
X	11,378.90

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

La aplicación de los recursos del SPSS se destinan a garantizar el financiamiento de:

- La prestación de los servicios de salud ofrecidos a la población afiliada contenidos en el Catálogo Universal de servicios de salud (Causes)

- El tratamiento de los padecimientos de alta especialidad y alto costo que representan un riesgo financiero o gasto catastrófico, mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y,
- La previsión presupuestal, a través del Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), conforme a lo establecido en la LGS, que contempla recursos para:
 - El desarrollo de infraestructura y equipamiento para la atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social;
 - La cobertura de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal;
 - El establecimiento de una garantía ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud (portabilidad).

El uso de estos recursos se realiza de acuerdo al destino al que pertenecen (subsidio o fondos del SPSS).

CAPITULO IV

Características del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

4.1.- Rasgos del Fondo de Protección Contra Gasto Catastrófico en México

Todo sistema de salud debe mejorar la salud de su población y garantizar la protección financiera en materia de salud.

El término protección financiera significa: a) asegurar un financiamiento justo de la atención a la salud que el que más tenga más pague y que el que nada tenga nada pague; b) evitar que las familias posterguen o incluso cancelen la atención de la salud de algunos de sus miembros por razones financieras, y c) evitar que los hogares incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud. Estos gastos excesivos con frecuencia obligan a las familias a utilizar sus ahorros, endeudarse, vender el patrimonio familiar o sacrificar el consumo de otros bienes o servicios básicos, como la educación, quedando expuestos, además, al riesgo de empobrecimiento. Algunos autores aseguran que estos gastos pueden tener consecuencias transgeneracionales. El ejemplo más claro es la decisión de sacar a los hijos de la escuela para poder enfrentar gastos médicos. (INSP. 2005).

La OMS mide la protección financiera a través de dos indicadores: el porcentaje de hogares que incurre en gastos catastróficos por atender sus necesidades de salud y el índice de justicia en la contribución financiera, que mide el grado de equidad en el financiamiento de la atención a la salud.

La primera medición del porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud en México fue realizada por la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), que encontró que 2.3% de los hogares mexicanos habían incurrido en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud en 1992. Posteriormente, la misma Funsalud, utilizando la primera metodología propuesta por la OMS y un umbral de 30% del ingreso disponible, encontró que de 1992 a 1998 entre 3 y 4% de los hogares mexicanos habían presentado gastos catastróficos por motivos de salud. La Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) de la Secretaría de Salud encontró que entre 3 y 4% de los hogares mexicanos incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud en el periodo 1992-2000, utilizando la segunda propuesta metodológica de la OMS y un criterio de 30% del ingreso disponible. Utilizando como parámetro un gasto en salud igual o mayor a 40% del ingreso disponible y la tercera generación de la metodología, estimaron que 1.54% de los hogares mexicanos incurrieron en este tipo de gasto en 1996.

En estas estimaciones y las posteriores al año 2000, se utilizó como fuente de información la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) que levanta cada dos, a partir del 2006, las encuestas son trabajadas por el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI). Los cálculos sólo se hicieron para el nivel nacional debido a que estas encuestas no tienen representatividad Estatal, con excepción de la ENIGH de 1996 que contó con representatividad para ocho de las 32 entidades federativas (Ver tabla 4).

Tabla 4
Porcentaje Nacional de hogares con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor

Año	GC	GCE
2004	3.34%	1.53%
2005	3.27%	1.52%
2006	3.73%	1.26%
2008	2.49%	1.19%
2010	2.23%	0.98%
2012	2.06%	0.95%

Fuente: Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con datos de la ENIGH 2002-2012; estudios sobre la pobreza del CONEVAL y nota técnica 001/2007. Programa sectorial 2013-2018: Secretaría de Salud.

Existen pocos antecedentes de estimaciones de gastos catastróficos por entidad federativa; de hecho, el único que se conoce es un trabajo realizado por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) en el cual se estimó este indicador para ocho entidades federativas a partir de la ENIGH 1996. En este trabajo se encontró que Coahuila (2.9%) y Campeche (3.7%) presentaban el porcentaje de hogares con gastos catastróficos más bajo. Los porcentajes más altos correspondieron a Oaxaca (8.3%) y el Estado de México (10.5%)

La Ley General de Salud establece en el artículo 77 Bis 29 que “Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud.

Con este propósito, se creó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), constituido con el 8% de los recursos totales destinados a la Cuota Social

y de las Aportaciones Solidarias (Federal y Estatal) (Ver Tabla 5), mismo que es administrado y operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS).

Tabla 5
Presupuesto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
(A precios corrientes en Miles de Millones de pesos)

año	Presupuesto
2004	620,001
2005	1,508,192
2006	2,647,128
2007	4,032,864
2008	5,537,120
2009	7,067,256
2010	7,305,048
2011	9,823,952
2012	11,095,608

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

Este fondo es parte del Sistema de Protección Social en Salud y busca otorgar servicios médicos de alta especialidad a personas que no cuentan con Seguridad Social y que padecen enfermedades de alto costo, las cuales pueden poner en riesgo tanto su vida como su patrimonio familiar. Una enfermedad catastrófica es aquella cuyo costo, derivado de tratamientos y medicamentos, es muy alto. Debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren, son definidas y priorizadas por el Consejo de Salubridad General.

Para incorporar un padecimiento al FPGC se requiere primeramente que el Consejo de Salubridad General lo defina como una enfermedad catastrófica y que posteriormente la CNPSS proponga su inclusión ante el Comité Técnico del

FSPSS, de acuerdo a características como prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera, como una enfermedad susceptible de ser financiada con recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)

Una vez que el padecimiento es incorporado al catálogo de enfermedades cubiertas por el FPGC; se determina la tarifa aplicable y se somete a la autorización del Comité Técnico del FSPSS; se validan médicamente los casos y, finalmente, se realiza el pago correspondiente. Por su parte, los prestadores de servicios deben celebrar los convenios de colaboración con la CNPSS para formar parte del padrón de prestadores del FPGC y cumplir con la normatividad establecida para la transferencia de los recursos.

Se actualizó el Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC), con el objeto de hacerlo más eficiente, ágil y de fácil manejo, de tal manera que permitiera acortar los tiempos para el reembolso de recursos a los diferentes prestadores de servicios, además de pasar de un esquema de pago por tarifa a pago por evento realizado en algunas de las patologías cubiertas que representan la mayor inversión del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Dicha plataforma quedó concluida en abril del 2011 y durante 2012 se efectuaron las actualizaciones y modificaciones correspondientes para su mejoramiento y registro de las nuevas intervenciones realizadas a los beneficiarios del FPGC por parte del prestador del servicio, las mismas pasaron de 4 intervenciones en el 2004 a 61 en el 2012 (Ver Tabla 6).

Tabla 6
Evolución de las intervenciones del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

Año	Intervenciones
2004	4
2005	5
2006	15
2007	20
2008	49
2009	49
2010	49
2011	57
2012	61

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. La capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos. A las intervenciones y seguimiento de un gasto catastrófico se le denomina “caso”. Una persona puede requerir más de una intervención y su seguimiento (CONEVAL, 2009).

4.2.-Enfermedades que cubre el Fondo de Protección Contra Gastos Catastrófico

Hasta el 2010, el FPGC financiaba la atención médica de 49 intervenciones, clasificadas en los siguientes ocho grupos de enfermedades: cáncer cérvico-uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, cáncer de niños y

adolescentes, trasplantes de médula ósea, cáncer de mama y trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos. En enero de 2011, se incluyeron 7 intervenciones más, cuyo objetivo era incrementar la cobertura de algunas de las patologías ya cubiertas y otras nuevas para grupos de edad mayores a 18 años, para llegar a cubrir 56 intervenciones las cuales fueron: trasplante de médula ósea, cáncer de testículo y linfoma No Hodgkin, enfermedades lisosomales y hemofilia para menores de 10 años, infarto agudo al miocardio para menores de 60 años y trasplante de córnea. En octubre de 2011 se incluyó cáncer de próstata y en 2012 el trasplante de riñón en menores de 18 años, hepatitis C, tumor maligno de ovario y cáncer colono-rectal el total de intervenciones actualmente cubiertas es de 61, ordenados en 20 grupos de enfermedades (SPSS, 2011).

Este fondo es parte del Sistema de Protección Social en Salud 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, mediante la gestión de los servicios de salud a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos proporciona recursos monetarios a través de un fideicomiso, a los prestadores de servicios acreditados y con convenios firmados de las 32 entidades federativas, para atender 61 enfermedades, las cuales pertenecen a cualquiera de las categorías que se enlistan a continuación:

- Cáncer cervico-uterino

- VIH/SIDA
- Cuidados intensivos neonatales
- Cataratas
- Cáncer de niños y adolescentes
- Trasplante de médula ósea
- Cáncer de mama
- Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos (Sólo para nacidos a partir del 01 de diciembre del 2006)

Por su parte, el Gasto Catastrófico empobrecedor se refiere al gasto en salud que realizan los hogares y que los ubican por debajo de la línea de pobreza alimentaria, es decir, los hogares que se localizan en los primeros dos deciles de la población más pobres (Ver tabla 7).

Tabla 7
Población Nacional afiliada en año 2012 al Seguro Popular distribuida por deciles
(Millones de personas)

Nacional		
52,908,011		
Decil	Población	Porcentaje
I %	34,231,483	64.70
II %	14,655,519	27.70
III %	2,962,849	5.60
IV %	793,620	1.50
V AL X %	264,540	0.50

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

El Gasto Catastrófico se define como el gasto en salud del hogar que representa una proporción igual o superior al 30% de su ingreso disponible (ingreso total monetario menos el gasto monetario en alimentos), como se observa los porcentajes de población con carencia alimentaria ha crecido en este periodo (Ver Tabla 8).

Tabla 8
Pobreza por Ingreso
(Porcentaje de la población total en México)

<i>Año</i>	<i>Alimentaria</i>	<i>Capacidad</i>	<i>Patrimonio</i>
2004	17.4%	24.7%	47.2%
2005	18.2%	24.7%	47.0%
2006	13.8%	20.7%	42.7%
2008	18.4%	25.3%	47.2%
2010	18.8%	26.7%	51.3%
2012	19.7%	28.0%	52.3%

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en las Encuesta Nacional de Ingresos y Egresos de los Hogares, elaborada por INEGI. De 1992 a 2012.

4.3.- Qué es una Enfermedad considerada cómo Catastrófica

Son aquellas que por el costo y los gastos que se derivan de tratamientos y medicamentos que tienen es muy alto debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren, son definidas y priorizadas por el Consejo de Salubridad General. Algunos ejemplos de este tipo de enfermedades son los cuidados intensivos neonatales, el cáncer cérvico–uterino, el cáncer de mama y el cáncer en menores de 18 años. El caso específico de VIH/SIDA, sólo cubre el tratamiento ambulatorio de acuerdo a la Normativa del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (SPSS, 2012).

4.4.-La problemática del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos en la actualidad.

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 de sus propios recursos y por tanto los ha expuesto a sufrir de gastos catastróficos y empobrecedores, los cuales se han incrementado a pesar del crecimientos de los montos presupuestarios.

En el año 2000, el sistema de salud enfrentaba desequilibrios en términos de cobertura y financiamiento de la atención a la salud. Con relación a la cobertura, cerca del 50% de la población no tenía acceso a un sistema de seguridad social. En términos de financiamiento, en 2002 el gasto de bolsillo de salud de las familias era de más del 52% y anualmente de dos a tres millones de familias sin seguridad social incurrían en gastos catastróficos por motivos de atención médica, que frecuentemente provocaba su empobrecimiento (INSP, 2010).

Los choques en salud representan un fuerte impacto sobre el patrimonio de los hogares, principalmente de aquellos sin acceso a la seguridad social y sin ningún tipo de cobertura a la salud, representando altos niveles del ingreso familiar y en algunos casos llevándolos a la pobreza. Esta situación se torna más complicada cuando los hogares son pobres pues les implica una profundización de su condición. Se ha documentado que los hogares pobres (Torres y Knaul, 2004; Knaul, et al., 2005; Knaul et al., 2006), principalmente en el primer decil de

ingresos, con residencia en zonas rurales y no asegurados son más propensos a sufrir de gastos catastróficos y empobrecedores.

El gasto público como porcentaje del PIB era más bajo que el de otros países de similar desarrollo en 2004, además existía una distribución inequitativa de los recursos entre las entidades federativas. En 2006, se registró un bajo nivel de inversión en salud, donde México invertía en salud 5.7% del PIB, mientras que en América Latina el promedio era de 8.2%. A su vez, la participación de las entidades federativas en el financiamiento de la salud era muy desigual (Ver Tabla 9).

Tabla 9
Gasto en Salud en México como porcentaje del PIB

Año	Porcentaje
2004	6.0%
2005	5.9%
2006	5.7%
2007	5.8%
2008	5.8%
2009	6.4%
2010	6.3%
2011	6.0%
2012	6.1%

Fuente: Banco Mundial

El Fondo Protección contra Gasto Catastrófico estar enfocado en el financiamiento de enfermedades, cuya atención representa un alto costo, constituye un instrumento apropiado para prevenir la ruina financiera que el quebrantamiento de la salud provoca en la mayoría de los hogares, principalmente en los más pobres.

Sin embargo, su operación actual podría sugerir el traslado del riesgo financiero a los proveedores de la atención pues, de acuerdo con los resultados del análisis cualitativo realizado en este estudio, ha habido avances en los procesos de asignación y transferencia de fondos y persisten demoras en el pago de los casos, al ser el tiempo promedio de pago, desde la notificación del caso hasta la transferencia de recursos, de seis meses. A decir de los entrevistados, este tiempo resulta excesivo, y manifiesta la necesidad impostergable de crear mecanismos que permitan su reducción. Sería útil retomar las acciones implementadas que provocaron la reducción del tiempo de pago entre 2007 y 2009 en 50%. Dichas acciones se enfocaron en la capacitación del personal responsable del fondo a nivel local y la automatización de los procesos para el manejo de casos (INPS, 2013).

El análisis de redes sociales indicó que la estructura organizativa es determinante de la eficacia de los procesos de operación y gestión del FPGC y de la oportunidad de las transferencias financieras. Los estados con una alta densidad de lazos entre actores (estructura organizacional compleja) presentaron mayores retrasos en los pagos. Estos hallazgos son explicados por: a) creación de procesos alternos o complementarios, correspondientes con la estructura o administración en cada estado; b) sobrecarga de trabajo del personal encargado de la integración y validación de casos; y c) desconocimiento o no aplicación de los lineamientos de operación del FPGC.

La ampliación del número de intervenciones cubiertas con el FPGC es un indicador del interés de dar cumplimiento al objetivo de proteger financieramente a

las familias ante la presencia de enfermedades "catastróficas", como es el caso del cáncer de mama, padecimiento que constituye la novena causa de muerte en mujeres y tiene el lugar 19 en el listado general de causas de muerte en el ámbito nacional. Sin embargo, preocupa que ciertas afecciones también de importancia epidemiológica como las enfermedades de riñón e hígado, que están incluidas dentro de las cinco principales causas de mortalidad y que por sus características podrían ser consideradas como "catastróficas", no sean cubiertas con el FPGC (INSP, 2007).

El incremento en la demanda de atención por enfermedades cubiertas podría vincularse a la ampliación de los recursos presupuestales del FPGC (Ver Tabla 10).

Tabla 10
Presupuesto del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos a Precios Constantes
(En miles de millones de pesos)

Año	Precios Corrientes	INPC	Precios Constantes	Presupuesto FPGC
2004	7,750.10	96.125	8,062.52	645
2005	18,852.40	100.00	18,852.40	1,508.19
2006	33,089.10	103.629	31,930.35	2,554.43
2007	50,410.80	107.74	46,789.31	3,743.14
2008	69,214.00	113.262	61,109.64	4,888.77
2009	88,340.70	119.261	74,073.42	5,925.87
2010	91,313.10	124.219	73,509.77	5,880.78
2011	122,799.40	128.452	95,599.45	7,647.96
2012	138,695.10	133.733	103,710.45	8,296.84

Elaboración propia con datos del Sistema de Protección Social en Salud y Banco Mundial

El aumento del riesgo epidemiológico de estas enfermedades, es particularmente por la adopción de estilos de vida no saludables por parte de la población y a complicaciones de otras enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión

arterial no controlada, esta problemática debe ser analizada, pues de responder a un proceso inadecuado de demanda inducida podría afectar la estabilidad financiera del sistema en su conjunto. Por otro lado, no es claro por qué ciertas actividades que parecerían no cumplir con los criterios de definición de enfermedad "catastrófica" son cubiertas con el FPGC, como es el caso de la compra de antirretrovirales y vacunas, y las cirugías de cataratas. En tal sentido, en pro de la transparencia y de que los recursos sean utilizados para el propósito que los originó, deberían revisarse y, de ser necesario, redefinirse los criterios de inclusión de enfermedades en el FPGC (INSP, 2011).

Los resultados de la distribución estatal del FPGC debe ser otro elemento a considerar. Los estados del norte recibieron 25.2% del total del periodo; Durango y Nuevo León percibieron conjuntamente 12.4%, en tanto que los estados del sur recibieron 24.2% del total transferido. Chiapas, Guerrero y Oaxaca, las entidades más pobres del país, percibieron 8.5%. Al respecto es posible señalar que la diferencia entre lo asignado al norte y al sur es mucho más que el resultado aritmético, pues la asignación debe considerar criterios de equidad y justicia distributiva, lo que implica hacer la asignación de acuerdo con las necesidades particulares (INSP, 2011).

El 52% de los estados tardan el doble del tiempo establecido para notificar y validar los casos. De 2004 a 2009 el FPGC pasó de 6 a 49 intervenciones. La intervención priorizada fue VIH/SIDA con 39.3%, el Distrito Federal obtuvo la mayor proporción del gasto con el 25.1% (INSP, 2011).

CAPITULO V

Análisis de Resultados

5.1.- Análisis de Datos

La presente investigación, se abordara en personas, más no en hogares, por tanto, se realizara la conversión de hogares a personas, enseguida se procede a determinar la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor por Entidad federativa. La finalidad del mismo, es contrastar la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor con los “casos” validados, autorizados y pagados por el Fondo en cada entidad, así como determinar los porcentajes de población afiliada con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor en las mismas, señalando que una persona puede tener más de una intervención de alto costo, la cual para fines estadísticos se toma como dos “casos”, la información completa y desglosada está contenida en los anexos 1,2,3,4 y 5 respectivamente, para describir los contenidos de los anexos, se toman como ejemplo el Estado de Michoacán, señalando, que solo se describen las cifras de 2004 y 2012, las mismas se contrastan con las cifras Nacionales en los mismos años.

Se implementará un modelo econométrico con datos panel para medir los efectos del Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico en la población con Gastos Catastróficos y Gastos Catastróficos empobrecedores en las Entidades Federativas (Ver anexo 2).

Aplicando las operaciones para transformar la población afiliada, de hogares a personas, a nivel Nacional

En 2004, la población afiliada en México, fue de 5,318.289 millones de personas, esta cifra se divide entre los miembros que conformaban un hogar dentro del Seguro Popular, misma que es igual 3.4 miembros (Ver Anexo 1).

$5,318.289 / 3.4 = 1,564.202$, esta cantidad representa los millones de hogares que constituían la población afiliada al Seguro Popular en ese año.

En 2012, la población afiliada acumulada fue de 52,908.011 millones de personas, esta cifra se divide, entre los miembros de un hogar que contempla el seguro popular en ese año, que era igual a 2.6 miembros (Ver anexo 1)

$52,908.011 / 2.6 = 20,349.235$, esta cantidad representa los millones de hogares que constituían la población del Seguro Popular en este año.

Si mantuviéramos constante el número de integrantes de los hogares en 2012, con 3.4 miembros, los datos arrojarían los siguientes resultados:

$52,908.011 / 3.4 = 15,561.474$, cifra que representaría los millones de hogares afiliados al Seguro Popular, manteniendo constante los integrantes de los hogares.

Para fines estadísticos el Seguro popular cubre más hogares en 2012, debido a que el número de integrantes de los hogares ha disminuido. En consecuencia,

después de transcurridos nueve años, los porcentajes de hogares con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico Empobrecedor van en descenso (Ver Tabla 4). Los miembros en los hogares descendieron de 3.4 a 2.6 (Ver Tabla 11), desglosando y dividiendo las cifras $2.6/3.4 = 0.7647 = 76.4\%$, en estas circunstancias el porcentaje de hogares con Gasto Catastrófico se reduce en un 23.6% de manera automática en estos años.

Tabla 11
Número de personas por hogar en México

Año	Nacional	SPSS	Oportunidades
2004	4.0	3.4	4.9
2005	4.2	3.2	4.9
2006	4.0	3.1	4.8
2007	4.0	3.0	4.7
2008	4.0	2.9	4.6
2009	3.9	2.9	4.5
2010	3.9	2.8	4.5
2011	3.8	2.6	4.4
2012	3.7	2.6	4.4

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

La población afiliada al Seguro Popular, se ubica en años consecutivos. Los porcentajes de hogares con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor a nivel nacional, se ubican, cada dos años (Ver tabla 4), señalamos que dicha información está elaborada sobre los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Para determinar los años faltantes de información, correspondiente al 2007, 2009 y 2011, los mismos se obtuvieron sumando los porcentajes de los años pares y dividiendo el resultado entre dos, dando el porcentaje del año impar (Ver Tabla 12).

Tabla 12
*Porcentaje Nacional de hogares con gasto catastrófico y gasto catastrófico empobrecedor.
 (Agregando los años sin información)*

Año	Catastrófico (%)	Empobrecedor (%)
2004	3.34%	1.53%
2005	3.27%	1.52%
2006	3.73%	1.26%
2007	3.11%	1.23%
2008	2.49%	1.19%
2009	2.37%	1.09%
2010	2.23%	0.98%
2011	2.15%	0.97%
2012	2.06%	0.95%

Elaboración propia con datos Programa sectorial 2013-2018: Secretaría de Salud

Los “casos” validados, atendidos y pagados por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, han crecido exponencialmente a partir de 2009 (Ver Tabla 13).

Tabla 13
*Casos validados, atendidos y pagados por el
 FPCG*

Año	Casos
2004	4,095
2005	15,632
2006	34,192
2007	59,414
2008	81,666
2009	87,738
2010	107,375
2011	120,450
2012	169,587

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

Sin embargo, no cubre toda la población con Gasto Catastrófico empobrecedor (Ver Tabla 14), por ende, las familias siguen erogando recursos propios para cubrir los servicios Médicos que requieren, generando en consecuencias gastos excesivos en salud.

Tabla 14
Población Nacional con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor
(Miles y Millones de personas)

Año	PNCG	PNGCE
2004	177,631	81,370
2005	372,939	173,354
2006	584,580	197,471
2007	679,057	268,566
2008	676,705	323,405
2009	736,294	339,349
2010	970,467	426,483
2011	1,114,201	502,686
2012	1,089,905	502,626

Elaboración propia con datos del SPSS

Para la interpretación de resultados en las entidades Federativas. Se toma como ejemplo el Estado de Michoacán

Para desagregar los datos; Primero se extrae la población afiliada por años por, en cada entidad federativa (Ver anexo 2). Después se procede a deducir la población con Gasto Catastrófico y Gasto catastrófico empobrecedor por entidad federativa, la misma se obtiene multiplicando la población afiliada en cada año con los porcentajes nacionales de hogares con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico

empobrecedor proporcionados por la Sistema de Protección Social en Salud (Ver anexo 1).

Después de extraer la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor, enseguida se contrastar los datos recabados a nivel Estatal, con los datos obtenidos a nivel federal. El propósito es demostrar la hipótesis de investigación plasmada en este trabajo, “el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos no aminora el empobrecimiento de la población afiliada”, debido a que no cubre la totalidad de la población afectada, el objetivo es demostrar que la población con Gasto catastrófico y Gasto catastrófico empobrecedor, se ha incrementado en términos absolutos en este periodo, por consecuencia no reduce la problemática existente (Ver Tabla 15).

Tabla 15
*Población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico Empobrecedor en Michoacán
(En ciento y miles de personas)*

Año	PECGC	PECGCE
2004	1,340	614
2005	5,718	2,658
2006	11,584	3,913
2007	22,089	8,736
2008	23,358	11,163
2009	29,060	13,422
2010	36,742	16,147
2011	48,477	21,871
2012	48,563	22,396

Elaboración propia con datos del SPSS

Realizando las operaciones comprobatorias para medir la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico Empobrecedor, así como los

porcentajes de las mismas, además de los montos del Fondo de Protección Contra Gasto Catastrófico en Michoacán.

En 2004: La Población afiliada en Michoacán al Seguro Popular fue de 40,131 personas.

El porcentaje de población con gasto catastrófico a nivel nacional fue de 3.34% y porcentaje de población con Gasto Catastrófico empobrecedor a nivel nacional fue de 1.53%. La población afiliada en la entidad para este año, representaba el 1% de la población total nacional. Los casos validados a nivel nacional fue de 4,095.

Para determinar la población con gasto catastrófico

$40,131 * 3.34\% = 1,340$ personas, misma que representa la población con Gasto Catastrófico en la Entidad (Ver Tabla 15).

Para determinar la población con gasto catastrófico empobrecedor

$40,131 * 1.53\% = 614$ personas, misma que representa la población con Gasto Catastrófico empobrecedor en la Entidad (Ver Tabla 15).

Señalando, que solo se cubrían 4 intervenciones de alto costo, la población Estatal afiliada en este año representó el 1% de la población nacional afiliada al Seguro Popular. Los casos validados a nivel nacional fueron 4,095. Se procede entonces a multiplicar número de casos validos a nivel nacional por el 1%, cantidad que representa los casos atendidos en la Entidad (Ver anexo 2).

$4,095 * 1\% = 41$ casos

Por lo tanto, podemos decir que en la entidad se atendieron 41 casos en ese año. Si dividimos los casos que se cubrieron, entre los que se deberían cubrir, obtenemos el porcentaje de población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor.

$41/1,340 = 3.06\%$, porcentaje de población cubierta con Gasto Catastrófico.

Para determinar la el porcentaje de población con Gasto Catastrófico empobrecedor.

$41/614 = 6.68\%$ porcentaje de población cubierta con Gasto Catastrófico empobrecedor.

Si la misma, se tomara como Gasto Catastrófico empobrecedor el programa alcanzaría el 6.68% de la población con este problema. Se hace notar que no hay información por entidad federativa que mida los porcentajes Estatales de hogares con Gastos Catastróficos y Gasto Catastrófico empobrecedor.

En 2012, La Población afiliada acumulada en Michoacán fue de 2,357.439 millones de personas.

El porcentaje de hogares con gasto catastrófico a nivel nacional fue de 2.06% y porcentaje de hogares con Gasto Catastrófico empobrecedor a nivel nacional fue de 0.95%. La población afiliada en la entidad para este año representa el 4% de la población total nacional. Total de casos validados a nivel nacional fue de 169,587 personas (Ver anexo 2).

Para determinar la población con gasto catastrófico.

$2,357,439 * 2.06\% = 48,563$ personas, mismas que representa la población con Gasto Catastrófico en la Entidad (Ver Tabla 15).

Para determinar la el porcentaje de población con Gasto Catastrófico empobrecedor.

$2,357,439 * 0.95\% = 22,396$ personas, mismas que representa la población con Gasto Catastrófico empobrecedor en la Entidad (Ver Tabla 15).

Señalando, se cubrían 61 intervenciones de alto costo.

$169,587 * 4\% = 6,783$ casos

Por tanto, podemos decir que en la entidad se cubrieron 6,783 casos en este año. Si dividimos los casos que se cubrieron, entre los que se deberían cubrir, los resultados serían:

$6,783 / 48,563 = 13.96\%$ porcentaje de población cubierta con Gasto Catastrófico en la entidad

$6,783/22,396 = 30.20\%$ porcentaje de población cubierta con Gasto Catastrófico empobrecedor en la entidad.

Si la cantidad se tomará como Gasto Catastrófico empobrecedor el programa alcanzaría el 30% de la población con este problema (Ver anexo 2).

Si se tomará como Gasto Catastrófico, solo se cubriría el 14% de población con esté problema (Ver anexo 2).

Para determinar los recursos del Fondo de protección Contra Gasto Catastrófico en Michoacán en 2004.

Presupuesto nacional fue de 645,000 millones de pesos a precios constantes, esta cifra se multiplica por el 1%, esta última, representa el porcentaje estatal de población afiliada con respecto de la población afiliada a nivel nacional

$645,000 * 1\% = 6,450$ millones de pesos, esta cantidad representa el presupuesto del Fondo en Michoacán en ese año (Ver Tabla 16).

Tabla 16
Presupuesto del FPCG Estatal
(Millones de pesos a precios constantes)

Año	Presupuesto
2004	6,450.02
2005	30,163.84
2006	51,088.56
2007	112,294.34
2008	146,663.14
2009	237,034.94
2010	235,231.26
2011	305,918.24
2012	331,873.44

Elaboración propia con datos del SPSS

Para determinar los recursos del Fondo de protección Contra Gasto Catastrófico en Michoacán en 2012.

Presupuesto nacional fue de 8,296.84 millones de pesos a precios constantes, esta cifra se multiplica por el 4%.

8,296.84 * 4%= 331,873 millones de pesos, esta cantidad representa el presupuesto del Fondo en Michoacán en este año (Ver Tabla 16).

Los montos de recursos del Fondo de Protección contra Gasto catastrófico, aplicados en la entidad fueron aumentando aceleradamente, lo mismo que la población con Gasto Catastrófico empobrecedor. (Ver tablas 15 y 16). Señalando que en la entidad la población más pobre se ubica en los dos primeros deciles (Ver Tabla 17).

Tabla 17
Población Estatal afiliada en año 2012 al Seguro Popular distribuida por deciles
(En miles y millones de personas)

Michoacán		
2,359,435		
Decil	Población	Porcentaje
I %	1,804,458	76.5
II %	511,701	21.7
III %	38,522	1.6
IV %	3,712	0.2
V a X %	1,042	0

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

Contrastando los resultados de Michoacán con las cifras Nacionales

Realizando las operaciones comprobatorias para medir la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor y los porcentajes de la misma, a nivel Nacional.

En el año 2004: población afiliada acumulada a nivel Nacional fue de 5,318.289 millones de personas. Los hogares con Gasto Catastrófico a nivel nacional fue de 3.34% y los hogares con Gasto Catastrófico empobrecedor a nivel nacional fue de 1.53%.

Para determinar la población con gasto catastrófico

$5,318,289 * 3.34\% = 177,631$ personas, mismas que representan la población con Gasto Catastrófico en México (Ver Tabla 14).

Para determinar la población con Gasto Catastrófico empobrecedor

$5,318,289 * 1.53\% = 81,370$ personas, mismas que representan la población con Gasto Catastrófico empobrecedor en México (Ver Tabla 14).

Casos validados a nivel nacional 4,095

Dividiendo los casos validados a nivel nacional entre los casos que se tendrían que cubrir

$4,095 / 177,631 = 2.30\%$, representa el porcentaje de población cubierta a nivel nacional, con Gasto Catastrófico

$4,095 / 81,370 = 5.03\%$ representa el porcentaje de población cubierta a nivel nacional con Gasto Catastrófico empobrecedor

Señalando que solo se cubrían 4 intervenciones de alto costo (Ver anexo 1).

En el año 2012: población afiliada acumulada fue de 52,908.011 millones de personas. La población con Gasto Catastrófico a nivel nacional: fue de 2.06% y población con Gasto Catastrófico empobrecedor a nivel nacional fue de 0.95%

Total de casos validados a nivel nacional: 169,587

Para determinar la el porcentaje de población con gasto catastrófico:

$52,908,011 * 2.06\% = 1,089.905$ personas, mismas que representaban población con Gasto Catastrófico (Ver Tabla 14).

Para determinar la el porcentaje de población con Gasto Catastrófico empobrecedor:

$52,908,011 * 0.95\% = 502,626$ personas, mismas que representaban la población con Gasto Catastrófico empobrecedor (Ver Tabla 14).

$169,587 / 1,089.905 = 15.55\%$, porcentaje de población cubierta con Gasto Catastrófico a nivel Nacional

$169,587 / 502,626 = 33.74\%$, porcentaje de población cubierta con Gasto Catastrófico empobrecedor a nivel Nacional.

Recursos del Fondo de protección Contra Gasto Catastrófico en México en 2004.

Presupuesto Nacional fue de 645,000 millones de pesos a precios constantes

Recursos del Fondo de protección Contra Gasto Catastrófico en México en 2012

Presupuesto Nacional fue de 8,296.84 millones de pesos a precios constantes

Señalando que se cubrían 61 intervenciones de alto costo.

Desagregando los datos, se observa que la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor, se incrementa en términos absolutos en estos años, a nivel Nacional, así como en las Entidades Federativas, por ende, concluimos, que este incremento tiene sus sustento en: 1) A pesar que las intervenciones quirúrgicas pasaron de 4 a 61, las mismas, no cubren la totalidad de la población con Gasto catastrófico empobrecedor en este lapso, es decir, se van incorporando más personas con Gasto Catastrófico empobrecedor al aumentar las intervenciones de alto costo, pero no las suficientes, mismas que permitan disminuir el empobrecimiento de la población afiliada; 2) El comité técnico no desahoga la totalidad de solicitudes enviadas por las entidades federativas en tiempo y forma, por tanto, se convierte en un cuello de botella y no permite ampliar la cobertura de la población más pobre; 3) La infraestructura física y de recursos médicos, no es suficiente para cubrir el incremento de la demanda en estos servicios. El porcentaje de población cubierta con Gasto Catastrófico empobrecedor a nivel nacional alcanza el 33.74%, señalando que después de transcurridos nueve años de iniciado el programa estas cifras son poco alentadoras (Ver Tabla 18).

Tabla 18
*Porcentaje de población Nacional cubierta por el FPGC con Gasto Catastráfico y Gasto
 Catastráfico Empobrecedor*

Año	PNPCGC	PNPCGCE
2004	2.30%	5.03%
2005	4.19%	9.01%
2006	5.84%	17.31%
2007	8.75%	22.12%
2008	12.06%	25.25%
2009	11.91%	25.85%
2010	11.06%	25.17%
2011	10.81%	23.96%
2012	15.55%	33.74%

Elaboración propia con datos del Seguro Popular

Ahora bien, estos resultados se contrastan con los indicadores de la variable pobreza por ingreso. Observamos que el porcentaje de población cubierta con Gasto Catastráfico y Gasto Catastráfico empobrecedor se incrementa en estos nueve años. En contraste la variable pobreza por ingreso en sus tres indicadores en estos años va en aumento (Ver Tabla 19). Señalando que la población más pobre se ubica en dos primeros deciles (Ver tabla 7), por ende, estos datos sirven perfectamente para contrastar los mismos.

Tabla 19
Pobreza por Ingreso, de Población a nivel Nacional
(Millones de Personas)

Año	alimentaria	capacidades	patrimonial
2004	17,914,516	25,435,261	48,625,044
2005	18,954,241	25,669,769	48,895,535
2006	14,742,740	22,072,988	45,502,304
2008	20,214,520	27,767,512	52,293,719
2010	21,204,441	30,029,507	57,707,660
2012	23,088,910	32,881,564	61,350,435

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en las Encuesta Nacional de Ingreso y Egresos de los Hogares, elaborada por INEGI, del 1992 a 2012.

Nota: Las estimaciones de 2006, 2010y 2012 utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010, estimados por INEGI.

Por último, se procederá implementar un modelo con datos panel con las estimaciones encontradas en el proceso trabajo estadístico y posteriormente determinar la relación entre el Fondo de Protección contra Gastos Catastrófico y la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor.

5.2 Modelo econométrico con datos panel

En el análisis de la información (económica, social, empresarial, comercial, etc.) pueden existir diferentes dimensiones sobre las cuales interesa obtener conclusiones derivadas de la estimación de modelos que traten de extraer relaciones de causalidad o de comportamiento entre diferentes tipos de variables, a partir de los datos disponibles.

Una de estas dimensiones la constituye el análisis de series de tiempo, la cual incorpora información de variables y/o unidades individuales de estudio durante un período determinado de tiempo (dimensión temporal). En este caso, cada período de tiempo constituye el elemento poblacional y/o muestral. Por su parte, existe otra dimensión que no incorpora el aspecto temporal sino que más bien representa el análisis de la información para las unidades individuales de estudio, en un momento determinado del tiempo (dimensión estructural). En este tipo de análisis, el cual se denomina de corte transversal, el elemento o unidad muestral no lo constituye el tiempo sino las unidades de análisis. Ambos tipos de análisis de la información permiten extraer conclusiones relevantes de acuerdo con los intereses del investigador (Gujarati, 2010).

La Técnica de Datos de Panel

A diferencia de lo mencionado en el apartado anterior, un modelo econométrico de datos de panel incluye una muestra de agentes económicos o de interés (individuos, empresas, bancos, ciudades, países, etc) para un período determinado de tiempo, esto es, combina ambos tipos de datos (dimensión temporal y estructural).

El principal objetivo de aplicar y estudiar los datos en panel, es capturar la heterogeneidad no observable, ya sea entre agentes económicos o de estudio así como también en el tiempo, dado que esta heterogeneidad no se puede detectar ni con estudios de series temporales ni tampoco con los de corte transversal. Esta técnica permite realizar un análisis más dinámico al incorporar la dimensión temporal de los datos, lo que enriquece el estudio, particularmente en períodos de

grandes cambios. Esta modalidad de analizar la información en un modelo de panel es muy usual en estudios de naturaleza microeconómica. La aplicación de esta metodología permite analizar dos aspectos de suma importancia cuando se trabaja con este tipo de información y que forman parte de la heterogeneidad no observable: a) los efectos individuales específicos y b) los efectos temporales (Gujarati, 2010).

En lo que se refiere a los efectos individuales específicos, se dice que estos son aquellos que afectan de manera desigual a cada uno de los agentes de estudio contenidos en la muestra (individuos, empresas, bancos) los cuales son invariables en el tiempo y que afectan de manera directa las decisiones que tomen dichas unidades. Usualmente se identifica este tipo de efectos con cuestiones de capacidad empresarial, eficiencia operativa, capitalización de la experiencia, acceso a la tecnología, etc.

Los efectos temporales serían aquellos que afectan por igual a todas las unidades individuales del estudio pero que no varían en el tiempo. Este tipo de efectos pueden asociarse, por ejemplo, a los choques macroeconómicos que pueden afectar por igual a todas las empresas o unidades de estudio.

Ventajas y Desventajas de la Técnica de Datos de Panel

La técnica de datos de panel presenta una serie de ventajas y desventajas en comparación con los modelos de series de tiempo y de corte transversal.

Las más relevantes son las siguientes:

La técnica permite al investigador económico disponer de un mayor número de observaciones incrementando los grados de libertad y reduciendo la colinealidad entre las variables explicativas y, en última instancia, mejorando la eficiencia de las estimaciones econométricas.

Tal y como se mencionó anteriormente, la técnica permite capturar la heterogeneidad no observable ya sea entre unidades individuales de estudio como en el tiempo. Con base en lo anterior, la técnica permite aplicar una serie de pruebas de hipótesis para confirmar o rechazar dicha heterogeneidad y cómo capturarla.

Los datos en panel suponen, e incorporan en el análisis, el hecho de que los individuos, firmas, bancos o países son heterogéneos. Los análisis de series de tiempo y de corte transversal no tratan de controlar esta heterogeneidad corriendo el riesgo de obtener resultados sesgados.

Permite estudiar de una mejor manera la dinámica de los procesos de ajuste. Esto es fundamentalmente cierto en estudios sobre el grado de duración y permanencia de ciertos niveles de condición económica (desempleo, pobreza, riqueza).

Permite elaborar y probar modelos relativamente complejos de comportamiento en comparación con los análisis de series de tiempo y de corte transversal. Un ejemplo claro de este tipo de modelos, son los que se refieren a los que tratan de medir niveles de eficiencia técnica por parte de unidades económicas individuales (empresas, bancos, etc) (Gujarati, 2010)

Desventajas:

En términos generales, las desventajas asociadas a la técnica de datos de panel se relacionan con los procesos para la obtención y el procesamiento de la información estadística sobre las unidades individuales de estudio, cuando esta se obtiene por medio de encuestas, entrevistas o utilizando algún otro medio de levantamiento de los datos. Ejemplos de este tipo de limitaciones son: cobertura de la población de interés, porcentajes de respuesta, preguntas confusas, distorsión deliberada de las respuestas.

Es importante mencionar que para el caso de datos panel existen dos métodos definidos: efectos aleatorios y efectos fijos. Para decidir cuál método es más adecuado en relación a la muestra que se va analizar, existe una prueba formal. Prueba de Hausman (1978). Donde la hipótesis nula, es que los estimadores de los efectos fijos y aleatorios no difieren sustancialmente, es decir, el modelo de efectos aleatorios es el adecuado, y si se rechaza la hipótesis nula, quiere decir, que el modelo de efectos fijos es el más adecuado.

5.3.- Interpretación de resultados

En el presente trabajo, se aplica un modelo con datos panel. Para comprender la relación entre estas variables, primeramente, se analizó la estacionariedad de las mismas, aplicando cinco pruebas de raíz unitaria, los resultados de estas, demuestran que la hipótesis nula de raíz unitaria se rechaza a un nivel de significancia del 1% en las cinco pruebas realizadas (Ver tabla 20).

Tabla 20
Prueba de Raíz Unitaria

Pruebas	Estadísticos	Valor Prob.
Levin, Lin &Chu t	-41.3003	0.000
Breitung t-stat	-3.40029	0.003
Im, Pesaran and Shin W-stat	-5.23597	0.000
ADF-Fisher chi-square	544.537	0.000
PP-Fisher chi-square	626.050	0.000

Una vez, analizada la estacionariedad de las series, se aplica la prueba de Hausman, misma que determina cuál método es el más adecuado (efectos fijos o efectos aleatorios). De acuerdo con los resultados arrojados por la prueba de Hausman (Ver tabla 21), se rechazar la hipótesis nula, a un nivel de significancia del 1%, con lo cual se puede afirmar de manera contundente que el modelo de efectos fijos es el adecuado.

Tabla 21
Prueba de Hausman

Estadístico	Valor Prob.
61.528163	0.0000

Por consiguiente, se procedió a estimar el modelo con datos panel a través del método de efectos fijos y se tomó en cuenta la posible presencia de la autocorrelación y la heteroscedasticidad (Ver Tabla 22). Los resultados muestran que los coeficientes de las tres variables son positivos y altamente significativos al 1%. En este sentido se muestra una relación positiva, entre la población afiliada en

cada entidad (X1) y la población con Gasto Catastrófico empobrecedor (Y), a medida que se incrementa la población afiliada en cada entidad (X1), aumenta en este mismo sentido la población con Gasto Catastrófico empobrecedor (Y). También existe una relación positiva, entre la población con Gasto Catastrófico (X2) y la población con Gasto Catastrófico empobrecedor (Y), a medida que se incrementa la población con Gasto Catastrófico(X2), también crece la población con Gasto Catastrófico empobrecedor (Y). Por último, existe una relación positiva entre, el Fondo de Protección contra Gastos Catastrófico de cada Entidad Federativa (X3), y la población con Gasto Catastrófico empobrecedor (Y). Lo cual indica que si aumenta el presupuesto del Fondo Contra Gasto Catastrófico en cada Entidad (X3), la población con Gasto Catastrófico empobrecedor aumenta en lugar de disminuir.

Por ende, podemos determinar con certeza, que el Fondo de Protección Contra Gasto Catastrófico no cumple su función para lo que fue creado, porque a medida que el presupuesto del Fondo se incrementa, en ese mismo sentido aumenta la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor, lo cual es contradictorio, la relación debería de ser negativa, es decir, en la medida que el presupuesto del fondo se incrementa, la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico debería disminuir, pero esto no ocurre, en consecuencia, la población afiliada, sigue erogando recursos propios, para afrontar los gastos excesivos en salud, que inevitablemente lo conducirá a la pobreza extrema.

Tabla 22
Resultados

Variables Explicativas	Coeficientes	Error Estandar	Estadístico- t	Prob.
Presupuesto del FPGC				
por entidad federativa	0.007290	0.001423	5.123315	0.0000
Población con gasto catastrófico				
por entidad Federativa	0.189781	0.012695	14.94906	0.0000
Población afiliada por entidad Federativa	0.004142	0.000314	13.17692	0.0000
Constante	766.4609	91.71892	8.356628	0.0000

Con estos resultados, la hipótesis de investigación se comprueba. “El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, no aminora el empobrecimiento de la población afiliada. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, no tiene el efecto deseado en la población más pobre, misma que se ubica en los dos primeros deciles, la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor se incrementa en estos nueve años, los recursos del fondo aumentan en el mismo sentido, generándose una relación positiva, lo cual es contrario a la función del fondo, el mismo fue creado para disminuir la población que incurre en gastos excesivos en salud, sin embargo, la población con este problema, aumenta cada año, en consecuencia, las familias cubren los servicios médicos con recursos propios, incurriendo en Gastos Catastróficos empobrecedores, por ende, la hipótesis de investigación se acepta.

CAPITULO VI

Una Política Pública para mejorar la eficiencia de Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

6.1.- Consideraciones esenciales en el diseño de las políticas públicas en salud

a) Si la Política en Salud, no responde a una prioridad concreta precisa y evidente, que en los hechos demuestre la necesidad de esa Política y los aspectos que ésta debe considerar es muy probable que la Política en Salud no llegue a feliz término.

b) cuando los grupos involucrados manifiestan una escasa o mínima voluntad Política para impulsar las medidas que se pretende establecer mediante una Política Pública. Si la expresión se da en estos términos, entonces no hay manera de defender Política en Salud alguna.

c) Una percepción ínfima de la sociedad sobre de la política considerada prioritaria. Es posible que la Política en Salud se considere preferente para quienes desean promoverla e impulsarla, sin embargo, si la percepción de la sociedad no coincide con esa estimación, será difícil su aceptación y, por consecuencia su implantación.

d) La escasa argumentación sobre la necesidad y los beneficios de la Política en Salud en cuestión. Aun cuando pudiesen existir los fundamentos suficientes, es necesario plantear correctamente los razonamientos que hagan evidente la necesidad de una determinada política.

e) Como técnica de planificación una Política en Salud debe ser lo suficientemente precisa en cuanto a los objetivos concretos que se persiguen, y sujetos de ser medidos; los tiempos en los que se espera sean logrados; y las medidas que deben tomarse para alcanzarlos. .

f) Si el sustento jurídico es inadecuado. Todas las situaciones mencionadas anteriormente pueden ser superadas, sin embargo, si jurídicamente se carece del respaldo adecuado la política en Salud se hundirá rápidamente en las aguas de su propia debilidad.

g). La inexistencia de estímulos y/o sanciones, de acuerdo a la trascendencia que se le quiere dar a la Política. Por tanto, las políticas en Salud diseñadas deben depender de las dos. Señalando que la voluntad humana se determina en función de una u otra.

h) La insuficiencia de recursos para su funcionamiento. Aun cuando esto parece evidente, con frecuencia se pierde de vista que la instrumentación de cualquier Política en Salud requiere de los recursos necesarios para hacerla efectiva.

i) La falta de seguimiento en la ejecución de la misma. Por ende, resulta frecuente observar que una vez emitida una Política en Salud se asuma que por el simple hecho de hacerla del conocimiento de todos se cumplirá cabalmente.

j) Falta de evaluación de impacto. Es decir, que transformación tuvo la sociedad con la Política en Salud implementada, más allá del seguimiento puntual, en tanto

no se evalúen las políticas con un esquema de impacto, su ejecución será una mera ilusión.

En términos concretos, el gobierno federal ha fallado en la implementación de Políticas Públicas, no hay una planeación adecuada, no hay una estrategia correctamente diseñada, no hay capacidad para implementar nuevos sistemas o nuevos programas y mucho menos Políticas Públicas consensadas; y al final el último en beneficiarse es el ciudadano que con sus impuestos paga el sueldo de los gobernantes. Es muy fácil hacer promesas en campaña y es mucho más fácil aplicar soluciones que tapen el problema en el corto plazo, por ende, la ciudadanía tiene la impresión de que el problema se ha superado la promesa se ha cumplido, pero cuando el mismo sea incontenible reventará en las manos de otro gobernante.

Por tanto, es necesario invertir en infraestructura física necesaria, contratación de personal médico calificado, así como poner énfasis en la medicina preventiva y de esa manera atender la población que más lo requiere se necesita que el presupuesto asignado para las áreas de la salud llegue verdaderamente a aplicarse en beneficio de los ciudadanos.

Además es vital, considerar que la efectividad de las políticas públicas depende de la particularidad de las decisiones que constituyen esas políticas de quién toma las decisiones, del contexto en el que se dan y de la evidencia que se construye para fundamentarla. La evidencia del fracaso de las políticas en salud, se ha ido acumulando a lo largo de los años y a pesar de ello, no han sido utilizados estos

descalabros para sacar provecho de los errores cometidos hasta ahora. En consecuencia el fundamento construido sobre la evidencia científica no ha sido común en todas las Políticas Públicas. Sin embargo, en el ejercicio de la medicina se ha incrementado la consciencia sobre la importancia de esta evidencia científica para la toma de decisiones, dejando en claro que ello no ha ocurrido en la misma medida para la definición de políticas Públicas en Salud. La Política Pública debe originarse y formularse en forma sistemática y coherente, tratando de coordinar el tema espacial (nacional, regional, comunal, micro-local), con el tema temporal (corto, mediano y largo plazo), teniendo en cuenta además su viabilidad política y financiera.

La construcción de una Política Pública puede ser explicada desde varias aristas. Una, describe la generación de una Política Pública como un proceso lineal e incremental en el que ésta se va desarrollando paulatinamente desde un agente originador que la impulsa y avanza en la medida de lo posible. Otra, como un proceso de interacción pública entre legisladores, funcionarios públicos, grupos de interés, población en general, a través del cual se logra un acuerdo de intereses y balances de poder. Otra más, como un proceso de estira y afloja, resultante de conflictos permanentes que se confrontan para llegar a una conclusión, posiblemente temporal. Ninguna de estas se excluye entre sí, lo cual hace más complejo clarificar el origen de una política pública particular. Cualquiera que sea la perspectiva desde la cual se analice el nacimiento de una política pública que se produzca en un entorno con mínimas características democráticas manifiesta que se trata de un proceso y no de decisiones aisladas, de un proceso frecuentemente

complicado por la cantidad de interacciones involucradas, y por ende, podría estar la misma eternamente sin concluir, por requerir ajustes de manera prácticamente permanente.

6.2.- La problemática en la estructuración de Políticas en Salud sin un consenso general

Desgraciadamente como muchas de las Políticas Públicas que se intentan implementar en México, la cobertura universal, se planteó como una promesa de campaña, se inició su aplicación sin tener un plan de acción bien definido, así como en ningún momento tomo en consideración a la sociedad o mínimo a los expertos en el tema para la construcción de la misma, que en consecuencia permitieran desarrollar una estrategia que hiciera verdaderamente viable su realización. Para impulsar el Seguro Popular, el gobierno federal omitió o dejó de considerar elementos muy importantes: El sistema de salud ya tenía demasiadas carencias, necesidades y problemas: Sobrepoblación hospitalaria, falta de medicamentos, atención deficiente, presupuestos insuficientes, falta de infraestructura física.

Sin modificar absolutamente nada, se ofreció el acceso a la Salud Pública a millones de mexicanos a través de la afiliación al programa, el resultado no se hizo esperar. Las personas que no podían atenderse por no tener seguro social siguen sin poder atenderse porque sencillamente la capacidad de atención de los hospitales públicos está ampliamente rebasada y no se hizo nada al respecto. Bajo estas circunstancias, podemos cuestionar al gobierno federal cuando señala a través de las estadísticas oficiales que hay noventa millones de mexicanos con

cobertura de salud. Al contrario, es una situación que debe preocuparnos, cada año, más mexicanos tienen que esperar cuatro o cinco meses para se les haga un estudio, cuatro o cinco meses para que los consulte un especialista y otros cuatro o cinco meses para que le programen una intervención quirúrgica o en su defecto que no.

Bajo este panorama, es necesario redefinir con precisión las políticas públicas existentes, sobretudo en área de la salud, la primicia fundamental es medir las políticas, bajo una evaluación de impacto, por consecuencia debemos indicar si las mismas cumplen con la finalidad para lo que fueron construidas, es decir, que cambio tuvo la sociedad con las mismas, por tal razón es vital medir que tanto contribuyen en la disminución de problemática existente, por ende, proponemos incrementar la eficiencia del sistema de salud, de no ser así los recursos canalizados al sistema de protección social en salud serán un desperdicio.

Más sin embargo, no basta con hacer más eficiente el sistema, si no se garantiza el logro de su propósito original; mejorar la salud de la población y hacerlo de manera equitativa, la responsabilidad de atender la salud de una población es enorme, las necesidades son múltiples y los recursos siempre serán limitados, incluso el tiempo y la atención que es posible dedicar a cada una de ellas, la definición de prioridades requiere de estar sustentadas en la evidencia científica y en un análisis adecuado de causas y consecuencias, para enfrentar los retos sustantivos será necesario definir una estrategia, ello requerirá de un ejercicio creativo de diseño de escenario de manera que los esfuerzos de ahora se cosechen años después y que respondan a las necesidades del mañana.

6.3.- Acciones y Medidas para mejorar el proceso de Políticas Públicas en Salud

Uno de los propósitos de la seguridad social es brindar protección y atención contra accidentes y enfermedades. Sin embargo, la cobertura de las instituciones públicas ha estado habitualmente dirigida al trabajador y no al ciudadano, bajo esta lógica, no toda la población es atendida en México. En este ámbito, se instituyó el Seguro Popular, programa instrumentado para otorgar servicios a las personas excluidas del derecho a la salud por no pertenecer a un régimen laboral con carácter de asalariado.

Uno de los logros más significativos de la Revolución Mexicana fue la promulgación de la Constitución de 1917, donde se reconocieron garantías individuales en materia laboral y de seguridad social. Por ejemplo, en el artículo cuarto establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en tanto que en el artículo ciento veintitrés, se definieron las garantías en materia del trabajo, tanto para los empleados de la iniciativa privada como para los servidores públicos, atribuyendo al Estado amplias obligaciones en cuanto servicios sociales y de salud.

Los efectos del Seguro Popular

En 2003, el Gobierno Federal presentó el diseño de una política pública que tiene por objeto abastecer a la población mexicana que se encuentra excluida del derecho a la salud, y en 2004 se creó la Ley del Sistema de Protección Social en

Salud (SPSS), conocido como “Seguro Popular”, siendo la Comisión Nacional en Protección Social en Salud quien administra sus recursos.

El Programa tiene los siguientes objetivos primordiales:

- Otorgar un paquete explícito de intervenciones y sus medicamentos asociados, que responden al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y necesidades de salud.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos
- Fortalecer el sistema público de la salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y las que no tienen esta prestación en materia de salud.
- Contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud.
- Reducir el gasto de bolsillo por enfermedades catastróficas de las familias afiliadas (a través del Fondo de protección contra Gasto Catastrófico).

Para el 2012, según datos de la Secretaría de Salud, el Seguro Popular cuenta con 52, 908, 011 beneficiarios, de los cuales 18.4 millones viven en zonas rurales lo que equivale al 34.7 por ciento del total, el restante vive en zonas urbanas esta cifra corresponde a la cobertura universal en México. Sin embargo, esta política en salud tiene muchas deficiencias que de no solventarse incrementarían los niveles

de pobreza en el país. Solo durante el segundo semestre del año 2012, el Seguro Popular sólo cubrió 69.5 por ciento de la población en las zonas de alta y muy alta marginación, es decir, un 30 por ciento de sus afiliados en zonas vulnerables, no tienen la atención médica que se supone el programa ofrece, sólo está afiliado el 18 por ciento de los hogares que deberían estarlo.

Los resultados de la distribución estatal del Fondo Protección contra Gasto Catastrófico debe ser otro punto a considerar. Los estados del norte recibieron 25.2% del total del total del presupuesto en este periodo; Durango y Nuevo León percibieron conjuntamente 12.4%, en tanto que los estados del sur recibieron 24.2% del total transferido. Chiapas, Guerrero y Oaxaca, las entidades más pobres del país, percibieron 8.5%. Al respecto es posible señalar que la diferencia entre lo asignado al norte y al sur es mucho más que el resultado aritmético de puntos porcentuales, pues la asignación debe considerar criterios de equidad y justicia distributiva, lo que implica hacer la asignación de acuerdo con las necesidades particulares. Esto demuestra que el presupuesto no se ha distribuido de manera apropiada para cubrir a la mayoría de la población que no cuenta con seguridad social, y a ello se suma la limitada infraestructura para brindar los servicios con calidad, así como el reducido cuadro de enfermedades que cubre el programa.

El análisis del concepto de “universalidad” en el Seguro Popular

La universalidad en la cobertura es uno de los principales objetivos del Seguro Popular. En relación a esta, podríamos preguntar, más allá del número de

afiliados, si este programa cumple con estos objetivos. Un dato demostrativo se encuentra en la cobertura de enfermedades denominadas de alto costo o catastróficas, el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos no cubre la totalidad de padecimientos con estas características, por ende, el mismo no ha logrado disminuir en términos reales la población que incurre en este problema. Los padecimientos de salud considerados crónico-degenerativos se han incrementado en los últimos años. Enfermedades como la diabetes, la hipertensión, los accidentes de tipo vascular, el cáncer y las renales crónicas han cobrado mayor número de vidas entre la población mexicana. Varios factores inciden en este tipo de padecimientos: la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo, por mencionar solo algunas.

El término “cobertura universal” significa únicamente que todas las personas en el país tienen un servicio médico. Más esto, no quiere decir que cubra todas las enfermedades. El Seguro Popular es un paquete de servicios que no asiste el total de enfermedades que comúnmente padecen la población en general, ni el total de estudios de diagnóstico, ni medicamentos, ni cirugías. La cobertura del Seguro Popular es limitada y, aunque llegara a ser universal, si la persona sufre una enfermedad que no esté dentro del paquete de salud, tendrá que cubrir los gastos totales de sus necesidades médicas.

Desafortunadamente, un sector importante de mexicanos en pobreza y pobreza extrema no tiene medios económicos para atender ese tipo de enfermedades y recurre al Seguro Popular, programa gubernamental que brinda atención médica, más sin embargo, el mismo no cubre todos los padecimientos que aquejan a la

población afiliada. Por ende, no se entiende, cómo el Seguro Popular busca mejorar las condiciones de salud de la población afiliada, si no enfrenta con determinación las principales afecciones que causan muerte y discapacidad a los afiliados. Por tanto, puede interpretarse que para el programa la universalidad se limita al número de afiliados, y deja de lado elementos importantes como la calidad y cobertura de las enfermedades que se atienden.

Lo destacable del Seguro Popular, consiste en reconocer las limitaciones del seguro social tradicional, diseñado para trabajadores, más que para ciudadanos, pues a través del mismo, se proporciona un servicio básico de salud a quienes por sus características laborales no tienen acceso al IMSS, al ISSSTE u otras instituciones médicas de carácter local, atendiendo de esta manera a más de 50 millones de mexicanos que se encuentran en esta situación. Desafortunadamente, con el paso de los años se han acrecentado las deficiencias del mismo, principalmente en lo que se refiere a cobertura en poblaciones rurales e indígenas, así como en la calidad y eficiencia del servicio, lo cual obliga a redimensionar y analizar los resultados que publica la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, pues la universalidad del programa no es necesariamente cierta.

La falta de prevención en cuestiones de salud, ha desencadenado la necesidad de una atención médica especializada, amplia y compleja en los habitantes, lo que dificulta el éxito de un programa como el Seguro Popular dada la alta demanda existente y los tipos de padecimientos que se presentan y diagnostican. Es por ello que en México se debe de crear la cultura de la prevención más que de curación, razón por lo cual se deben revalorar y reconstruir las políticas en salud de largo

plazo, ya que ello sería una forma estratégica de evitar problemas y estar preparados para cuando éstos se presenten; se requiere saber cómo combatirlos y no sólo implementar políticas limitadas para sobrellevar este problema a corto plazo, por consecuencia, si no se involucra a la sociedad en el diagnóstico de la problemática las políticas en salud serán una carta de buenas intenciones.

6.4.-Medidas para fortalecer el funcionamiento del Sistema Protección Social en Salud

El Sistema de salud en México, deben ser accesible, equitativo, eficiente y de calidad, y en razón de esto, debe ser utilizado por la población, tanto de la economía formal, como de la informal, por ende, que sea considerado como sistema de salud integral, es decir para ciudadanos. Las múltiples variables que intervienen en su conformación y funcionamiento en un momento determinado hacen de éste una estructura compleja que, por otra parte, evoluciona constantemente en función de la dinámica demográfica, epidemiológica, tecnológica y cultural que constituye su entorno más relevante y ni qué decir de las variables económicas y políticas que lo influye, en otras palabras no escapa a la dinámica global. Por tanto, es imposible imaginar un sistema de salud, sin las políticas públicas que definan no sólo las características de la oferta de los servicios y su financiamiento, sino también las necesidades apremiantes que deben ser atendidas.

Hoy día, el entorno de los sistemas de salud es particularmente dinámico, en años recientes y en los próximos se concebirá una imagen totalmente diferente de cualquier sistema de salud existente: genómica, proteómica, informática,

telemática, robótica, tecnología nanoscópica, bioética, por mencionar sólo algunos de los cambios más acelerados que se viven. Pero además debe sumarse el profundo cambio demográfico y epidemiológico, que podría ser también considerado parte de esta transformación repentina, pero lo más grave, por venir, y como nunca la población de este país ha envejecido como ahora lo hace y lo hará, y jamás se había encontrado ante una situación epidemiológica caracterizada por la amenaza de una epidemia de padecimientos crónico-degenerativos.

Por ende, esta situación exige políticas en salud bien estructuradas, con la participación de la sociedad en la construcción de estas; las mismas deben ser oportunas, bien enfocadas a los problemas que deben resolver y pertinentes no sólo para enfrentar esta problemática sino también para prever las posibles consecuencias de este entorno altamente dinámico y cambiante. Por tanto es vital anticiparse a los mismos, solamente así será posible cuidar adecuadamente el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía en general.

6.5.-Medidas y acciones para mejorar el Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico

El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, no reduce la población que incurren en este problema, los montos en millones de pesos, así lo manifiestan, existen diferencias marcadas entre las cantidades de recursos presupuestados y los ejercidos, (Ver tablas 23 y 24). El presupuesto del fondo aumenta cada año,

pero en el mismo sentido también crece la población con gasto catastrófico empobrecedor, lo cual es contrario a la función del gasto.

Tabla 23
Presupuesto del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
(A precios corrientes en Miles de Millones de pesos)

Año	Presupuesto
2004	620,001
2005	1,508,192
2006	2,647,128
2007	4,032,864
2008	5,537,120
2009	7,067,256
2010	7,305,048
2011	9,823,952
2012	11,095,608

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

Entre el presupuesto asignado y los montos ejercidos, existe una disparidad visible, por un lado aumentan los recursos asignados y por otro, crece la población con Gasto Catastrófico empobrecedor.

Tabla 24
Monto de recursos validados por el FPCG
(A precios corrientes (miles de Millones de pesos)

Año	Recursos Validados
2004	175,30
2005	625.00
2006	1,415.30
2007	2,701.20
2008	3,904.90
2009	3,702.90
2010	5.059.60
2011	5,329.10
2012	6,226.20

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud

Por ende, el programa no reduce los gastos excesivos en salud de las familias afiliadas al programa, las necesidades de las familias son inmensas, sin embargo, para incorporar un padecimiento al Fondo, se requiere principalmente que el Consejo de Salubridad General lo defina como una enfermedad catastrófica y que posteriormente se proponga su inclusión ante el Comité Técnico del FSPSS, de acuerdo a características como prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera, como una enfermedad susceptible de ser financiada con recursos del FPGC

La Política y Políticas, por ende deben ser el punto de partida indispensable para cubrir las necesidades de la población y la protección de sus derechos es el objetivo, ambos aspectos son dos extremos que se unen solamente mediante las estructuras organizacionales que permiten articular unas con los otros de manera que incidan en el comportamiento del sistema de salud y que mismo responda como se considere necesario que lo haga.

Enfrentar los múltiples desafíos que se plantean a los sistemas de salud requiere no sólo de la respuesta de las instituciones de atención a la salud sino de un enfoque mucho más amplio. En efecto, problemas, como los padecimientos crónicos degenerativos, obesidad, la diabetes, la depresión (entre otras adicciones), rebasan las posibilidades del sistema de salud y requieren de la participación de todas las instancias gubernamentales, y no gubernamentales. Por tanto para resolverlos son necesarias verdaderas Políticas consensadas en las que intervengan todos los actores que deban participar. Ello implica que se cumplan las características ya mencionadas, mismas que hagan posible que una

política pública tenga el efecto deseado, pero también que existan las instancias de convergencia de los actores al más alto nivel posible

El Comité Técnico del FSPSS (Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud) es el órgano que aprueba los casos que incurren en gasto catastróficos empobrecedores, por lo que es importante señalar que él mismo se convierte un escollo difícil de superar, la prueba fehaciente en el año 2012, los casos validados de personas atendidas por el fondo en total ascendió a 169,587 personas, en ese mismo año las personas con Gasto Catastrófico empobrecedor totalizaron 502,626 personas (Ver tabla 14).

Por ende, las personas que requieren de una cirugía de alto costo no son atendidas en tiempo y forma por el programa, por tal razón o posterga la misma o incurre en gastos empobrecedores. El presupuesto aumenta cada año y también la población con gasto catastrófico empobrecedor, lo cual es contrario, es decir si aumenta los montos cada año, la población con esta problemática debe disminuir, pero esto no ocurre, empero, la política diseñada no cumple con su función, por tal razón esta misma debe ser analizada y reajustada, para que cumpla la función para lo que fue construida.

En consecuencia, las Políticas en Salud no tienen efectos en la reducción de los niveles de pobreza por gastos catastróficos; la construcción de la política pública en salud solo será viable si se construye en consenso con la sociedad, en la cual estén contenidos todos los actores que tengan injerencia en este tema.

La convergencia para la definición de las políticas exige hoy, no sólo de las instancias gubernamentales sino también de la participación de la sociedad, y por ende la instrumentación de las políticas públicas sin duda, es responsabilidad del Consejo General de Salud. Será la Secretaría de Salud la responsable en la formulación de leyes, así como en la ejecución de las políticas públicas en salud. Por tal razón se debe seguir perfeccionando este ejercicio de articulación entre generación, formulación, reglamentación y ejecución de las políticas públicas, en las cuales todas las estructuras que configuran el Estado mexicano, así como la sociedad converjan para proteger los derechos de los ciudadanos, en este caso, el derecho a la protección de la salud.

Conclusión General

Uno de los objetivos del Seguro Popular es brindar protección y atención contra accidentes y enfermedades. Sin embargo, la cobertura de las instituciones públicas ha estado habitualmente dirigida al trabajador y no al ciudadano, por ende, no toda la población es atendida en México. Bajo esta lógica, se estructuró el mismo, instrumentado para otorgar servicios a las personas excluidas del derecho a la salud por no pertenecer a un régimen laboral con carácter de asalariado.

El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, no cubre la totalidad de población que incurren en este problema, los montos en millones de pesos, así lo indican, existen marcadas diferencias entre los de recursos presupuestados y los ejercidos. El presupuesto del fondo aumenta cada año, pero en el mismo sentido crece la población con gasto catastrófico empobrecedor, lo cual contradice la función del gasto.

Un sector importante de mexicanos en pobreza y pobreza extrema no tiene medios económicos para atender las enfermedades Catastróficas; recurre al Seguro Popular, sin embargo, el mismo no cubre todos los padecimientos que aquejan a la población afiliada. Por ende, el Seguro Popular no mejora las condiciones de salud de la población afiliada, por tanto, no enfrenta con determinación las principales afecciones que causan muerte y discapacidad a los afiliados. En consecuencia, se limita al número de afiliados, y deja de lado

elementos importantes como la calidad y cobertura de las enfermedades que se atienden. El programa no contrae los gastos propios de las familias afiliadas, las necesidades de las familias con Gasto Catastrófico empobrecedor son inmensas, sin embargo, para incorporar un padecimiento al fondo, se requiere primeramente que el Consejo de Salubridad General lo defina como una enfermedad catastrófica y enseguida se proponga la inclusión ante el Comité Técnico del FSPSS, de acuerdo a características como prevalencia, aceptabilidad social y viabilidad financiera, como una enfermedad susceptible de ser financiada con recursos del fondo.

Fondo de Protección social en salud debe ampliarse y reajustarse, es fundamental cubrir todos padecimientos que desembocan en Gasto Catastrófico empobrecedor, es incomprensible que se busque generar bienestar a la población afiliada, y por otra parte, no cubre las principales afecciones que causan muerte y discapacidad a los afiliados. Las personas que requieren de una cirugía de alto costo no son atendidas en tiempo y forma por el programa, por tal razón o posterga la misma o incurre en gastos empobrecedores.

La misión del Gobierno Mexicano, es impulsar y proteger los derechos ciudadanos, es claro que ésta no siempre se cumple en toda la extensión de la palabra. En la actualidad el mismo y otras estructuras del Estado se encargan de la formulación de leyes; la construcción de Políticas. Por consecuencia, es vital verificar su ejecución y el impacto que tiene en la sociedad. Sin embargo, existen con frecuencia brechas que terminan por hacerlas inoperantes.

En efecto, en múltiples ocasiones en años pasados se tomaron medidas de diversa índole en el área de la salud; que por una u otra razón han sido inefectivas. En la implementación de una Política en Salud intervienen necesariamente los cimientos sobre las cuales se generó la misma, su pertinencia y las necesidades que le dieron origen; así como las estructuras que la crearon, por tanto, estas deben hacerse responsables de convertirla en una Política operativa; además de asegurarse que esa operatividad se concrete en logros demostrables y en los plazos establecidos, y de contar con los recursos necesarios para su operación; y lo más esencial la participación de la sociedad.

Las Políticas en Salud deben ser parte importante de la Política Pública en México. La conformación de esta Política debe partir de las estructuras sociales y económicas. De estas relaciones de poder; se podrá construir una política coherente que no esté armada de fragmentos, sino de una visión integral, a partir de la cual se puedan analizar su estructura, su complejidad, así como de la información generada para la toma de decisiones, además de las acciones y la evaluación real de su efectividad. La política en Salud debe estar formada desde sus raíces por la actividad participativa de los diferentes sectores de la sociedad, debe reflejar la realidad y a la vez contribuir con énfasis en la promoción de ambientes saludables.

Recomendaciones

La cobertura del Seguro Popular es limitada, y aunque llegara a ser universal, si la persona sufre una enfermedad que no esté dentro del paquete de salud, tendrá que cubrir los gastos totales de sus necesidades médicas. En consecuencia, es primordial fijar con claridad las Políticas en Salud existentes, la primicia fundamental es medir las políticas mediante una evaluación de impacto, por tanto, debemos indicar si las mismas cumplen con la finalidad para lo que fueron construidas, es decir, que cambio tuvo la sociedad con las mismas, por tal razón es vital medir que tanto contribuyen en la disminución de problemática existente, por ende, proponemos incrementar la eficiencia del sistema de salud, de no ser así los recursos canalizados al sistema de protección social en salud serán un desperdicio.

Sin embargo, no basta con hacer más eficiente el sistema si no se garantiza el logro de su propósito original; mejorar la salud de la población y hacerlo de manera equitativa, la responsabilidad de atender la salud de una población es enorme, las necesidades son múltiples y los recursos siempre serán limitados, incluso el tiempo y la atención que es posible dedicar a cada una de ellas, la definición de prioridades requiere de estar sustentadas en la evidencia científica y en un análisis adecuado de causas y consecuencias, para enfrentar los retos sustantivos será necesario definir una estrategia, ello requerirá de un ejercicio creativo de diseño de escenario de manera que los esfuerzos de ahora se cosechen años después y que respondan a las necesidades del mañana.

Por lo que proponemos, cuanto antes que la institución rectora de las políticas públicas en Salud, en este caso el Consejo de Salubridad General, convoque a todos los actores relevantes en este tema, la misma, cuenta con la estructura necesaria para ello, la cual sería responsable de orientar las prioridades en salud de la población mexicana. Esta instancia debe articular las Política en Salud y a la vez coordinarse con otras instancias del gobierno, las cuales deberán impulsar las mismas de manera contundente, será indispensable construir una estrategia que permita incrementar el financiamiento de estas actividades que a todas luces es insuficiente actualmente.

El comité técnico del Sistema de Protección Social en Salud, no desahoga la totalidad de solicitudes enviadas por las entidades federativas en tiempo y forma, por ende, se convierte en un cuello de botella que no permite ampliar la cobertura de la población más pobre; La infraestructura física y de recursos médicos no son suficientes para cubrir el incremento de la demanda en estos servicios; la población con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico empobrecedor se incrementa en este periodo, lo cual que indica, que la misma crece en términos absolutos.

La modificación de la Ley General de Salud, es vital, a fin de establecer qué el Seguro Popular incluya todos los padecimientos y/o enfermedades posibles en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Modificar la estructura del Comité Técnico del FSPSS, y dejar en manos de las entidades federativas la gestión del Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico, es fundamental romper la inercia existente y lograr la

atención de un mayor número de personas que incurren en Gasto Catastrófico, hacerlo más eficiente, ágil y de fácil manejo, de tal manera que permita acortar los tiempos para el reembolso de recursos a los diferentes prestadores de servicios.

A la par, la administración de los recursos del programa debe replantearse inmediatamente, incrementar el gasto en salud es vital, por ende, es importante destinar mínimo el 8% del PIB a este rubro, y de esa manera otorgar un servicio de alta calidad a las personas que más lo requieren, por tanto, es vital ampliar la infraestructura física y el personal médico, no se trata únicamente de demostrar que realmente se afiliaron millones de personas, sino que el servicio que reciben es oportuno y satisface sus necesidades de salud, y sobre todo, reducir en términos reales la población con gastos catastróficos empobrecedores

Por ende, el Fondo de Protección social en salud debe reajustarse y la vez ampliarse y cubrir la totalidad de padecimientos que desembocan en Gasto Catastrófico empobrecedor, no se entiende, cómo el Seguro Popular busca mejorar las condiciones de salud de la población afiliada, si no enfrenta con determinación las principales afecciones que causan muerte y discapacidad a los afiliados.

La intervención del Consejo de Salubridad General, será vital, para resolver la problemática actual, la misma, está integrada por once secretarías de Estado, las principales instituciones públicas de atención a la salud, secretarios de Salud de los estados, universidades, academias, colegios y asociaciones privadas, por ende, se propone el que este órgano se convierta debe en un verdadero punto de

convergencia estratégica para la promoción de Políticas Públicas en Salud. La Ley General de Salud define al Consejo como la autoridad sanitaria principal; como lo es también el Presidente de la República y la Secretaría de Salud. De esta manera, queda explícita la autoridad del Estado, en este caso representado por el Consejo, y la autoridad del Gobierno, representado por la Secretaría de Salud, y ambas atribuciones encabezadas por el propio Presidente de la República en su carácter de jefe de Estado y de Gobierno.

El presupuesto del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos aumenta cada año y también la población con gasto catastrófico empobrecedor, lo cual es contradictorio, es decir, se incrementan los montos monetarios en cada ejercicio, por ende, la población con esta problemática debería disminuir, más sin embargo, ocurre lo contrario, por tanto, es vital agotar en su totalidad los recursos depositados en este fondo, mismos que en cada ejercicio fiscal no son utilizados al 100%.

Referencias

Aguilar, F. L., (1993). *Introducción a la implementación de las políticas*. Antologías de Política Pública, México, Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial.

Aguilar, L. F., (2008b). *Marco para el análisis de las políticas públicas, en Administración y Ciudadanía*. Volumen 3, núm. 2.

Aguilar, F. L., (2da, 2007). *La hechura de las políticas públicas*. Porrúa, México.

Archivo histórico de IMSS, en:
http://www.imss.gob.mx/instituto/historia/el_nacimiento

Archivo histórico del ISSSTE, en: <http://www.issste.gob.mx/libro>

Archivo histórico de la Secretaría de la Salud, en:
<http://www.csg.ssa.gob.mx/interiores/consejo/queeselcsg.html>

Asociación Canadiense de Salud Pública, (1996). *Enfocando la salud. "La salud pública en la reestructuración de los servicios de salud*. Documento de estudio, Consejo Directivo.

Baltagi, B., (1995). *Econometric Analysis of Panel Data*. 3r a. Edition.

Banco Interamericano de Desarrollo, (Informe 2006). *La política de las políticas públicas Progreso económico y social en América Latina*.

Banco Mundial, (2012). *Gasto en Salud, Total (%del PIB)*.

Baradach, E., (1998). Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas, CIDE; México.

Barousse, A., (1997). *Derecho a la salud en una sociedad pluralista*. Ética social en rev. Criterio nº195.

Calva, J. L., (2002). *Políticas Económicas para un desarrollo sostenido con equidad*. Primera Edición, México.

Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.

Centro de Investigación y Docencia Económicas, “A.C.”, (2010). *Identificación y análisis de los efectos del Seguro Popular en el gasto en salud de los afiliados. México.*

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, (2011). *El gasto catastrófico en salud como factor de vulnerabilidad*, Documento de Trabajo núm. 119. México.

CEPAL, (2011). *Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI.*

CEPAL, (2004). *Política y políticas públicas.*

CEPAL, (2010). *De la innovación social a la política pública Historias de éxito en América Latina y el Caribe.*

CIDE, (2011). *Análisis del esquema de incentivos del Seguro Popular y propuestas de mejora para potenciar su impacto sobre el bienestar de los afiliados.*

CIDE, (2010). *Diagnóstico del ejercicio de tutela de derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud.*

CIDE, (2010). *El efecto del Seguro Popular en la salud infantil.*

CIDE, (2012). *Estudio sobre los efectos del Seguro Popular en la utilización de los servicios médicos y la salud de los afiliados.*

CIDE, (2010). *Evolución del Sistema de Protección Social en Salud.*

CIDE, (2013). *Avances y temas pendientes de la política de salud en México”: Una revisión de los principales indicadores.*

Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios.[Consultado el 13 de abril de 2014].

Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios.[Consultado el 14 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/wb/>.

Comisión Nacional de Protección en Salud, (2006). *Del Riesgo al Gasto Catastrófico en Salud.*

CONEVAL, (2009). *Medición multidimensional de la pobreza.*

Consejo para la Acreditación de la Educación Superior. [Consultado el 14 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.copaes.org.mx>.

Consejo de Salubridad General. [Consultado el 14 de abril de 2014 Disponible en: <http://www.csg.salud.gob.mx>.

Consejo Nacional de Población. *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. [Consultado el 14 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193.

Consejo Nacional de Población. *Prontuario demográfico de México 2008*. México, D.F.: CONAPO.

Consejo Nacional de Población. *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. [Consultado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193.

Consejo Nacional de Población, (2008). *Proyecciones de la población de México 2005-2030*. México, D.F.: CONAPO.

Cruz, C., Luna G., Stabridis. O., Coello, C., Mexicano C., Morales, R., (2006). *Políticas públicas sectoriales e intersectoriales para mejorar los niveles de salud: gasto privado y gasto de bolsillo por motivos de salud en México*. Documento de trabajo del Departamento de Economía. Universidad Iberoamericana.

Dávila, E. y Guijarro, M., (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México*.

Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, (2008). *Unidades de primer nivel de atención en los SESA. Reporte situacional 2008*. México, D.F.: DGED, Secretaría de Salud.

Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud. [Consultado el 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/acred.html>.

Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. [Consultado el 16 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/>

Heredia, F.J., (2000-2010). *Fragmentación del sistema de salud y la evolución del gasto de las familias en salud*.

Frenk, J., Gómez-dador Oh, Knaul F.M., (2009). *Hoy en día es la democratización de la salud en México: innovaciones financieras para la cobertura universal*. México, D.F.: Nostra Ediciones

Frenk, J., Gómez-Dantés O., (2008). *Para entender el sistema de salud de México*. México, D.F.: Nostra Ediciones.

Frenk, J. y Gómez-Dantés O., (2001). *La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México*. Gaceta médica de México, Volumen 137, Numero 3, Junio 2001. Academia Nacional de Medicina de México. México D.F.

Frenk, J. y Gómez-Dantés O., (2008). *Para entender el sistema de salud en México*. México. Nostra ediciones.

Frenk, J., Sepúlveda, J. Gómez-Dante O., Felicia Knaul., (2003). *La política de salud basada en la evidencia: tres generaciones de reformas en México*.

FUNSALUD, (2004-2006). *Gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México: La remesas como un mecanismo de protección financiera. Un análisis de pareo por puntaje de propensión*.

Gaceta Médica de México, (2012). *La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular*.

Garrido-Latorre, F., Hernández-Llamas H., Gómez-Dantés O.,(2008). *Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México*. Salud Pública Mex 2008;50 (suplemento 1).

Garza, G., (2002). *Evolución de las ciudades mexicanas en el siglo XX*. Revista de Información y Análisis.

González, P., Barraza, E., Gutiérrez, M. C., Vargas, A., (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos/ Secretaria de Salud*, 2ª. Ed. México. Fundación Mexicana para la Salud.

Gujarati, D., (2010). *"Econometría"*, 5ta. Ed.

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P., (2006). *Metodología de la investigación*. (4ª Ed.) España: McGraw Hill.

Hernández, M., (2013). *Retos para el Sistema de Salud en México*.

Hsiao, C., (1986). *Analysis of Panel Data*. Econometric Society Monographs. Cambridge University Press.

INADI, (2010). *Políticas inclusivas en el ámbito de la Salud. Perspectiva de género y ampliación de derechos.*

INSP, (2007). *Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto en salud en catastrófico y empobrecedor México.*

INSP, (2005). *Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes*”

INSP, (2011), *El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación.*

INSP, (2008). *Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México.*

INSP, (2004). *Seguro Popular de Salud Siete perspectivas.*

INSP, (2011). *Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008.*

INSP, (2013). *Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación.*

INSP, (2013). *Evaluación Externa del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud.*

Jaimes, C., (2001). *La descentralización del Gasto en Salud en México: una revisión de sus criterios de asignación.* CIDE, México.

Kikut, O., (1999). *Uso de Datos de Tiempo y Sección Cruzada.* Monografía. Febrero.

Knaul, F., Arreola H., (2003). *El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares.* En: Funsalud. Caleidoscopio de la Salud México, DF.

Knaul FM., Arreola-Ornelas H., Méndez O., Lafontaine L., Wong R., (2010). *Prevalencia de gasto catastróficos y empobrecedores por motivos de salud en México.* México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, Documento de Trabajo, 2010.

Knaul FM., Arreola-Ornelas H., Méndez O., Lafontaine L., Wong R., (2010). *Gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. Las remesas como un mecanismo de protección financiera. Un análisis de pareo por puntaje de propensión.* México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, Documento de Trabajo, 2010.

Knaul, F.M., Frenk J., (2005). *Seguro de Salud en México: El logro de la cobertura universal A través de la reforma estructural*. Salud Publica Mex.

Knaul F., Arreola H, Méndez O., (2005). *Protección financiera en salud: México 1992 a 2004*. Salud Publica Mex.

Lahera, E. P., (2004). *Política y políticas públicas*, CEPAL.

Ley General de Salud.

Lozano R., Soliz P., Gakidou, E., et al. (2006). *Evaluación comparativa del desempeño de los estados mexicanos con una cobertura efectiva*. Lanza 2006.

Majone, G., (1992). *Argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. México. FCE.

Martinelli, J M., (2002). *Políticas públicas en el nuevo sexenio*. Plaza y Valdes editores, México.

Meny, I. y Thoenig, J. C., (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona, Editorial Ariel Ciencia Política.

Notimex, (2009). *Calderón ratifica cobertura universal en salud*. El Universal, portada. Agosto 27 de 2009. México.

OCDE, (2007). *La salud de un vistazo 2007, los indicadores de la OCDE*. París.

OCDE, (2010). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Datos en salud*. [Consultado el 22 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>.

OMS, (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*.

Organización Mundial de la Salud. *Cuentas Nacionales de Salud (CNS)*. [Consultado el 15 de Junio de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>.

OMS, (2009). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*". Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud, 2013. *Salud en todas las Políticas marco para la acción de países*.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México*. OCDE, París, 2005.

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud Mundial de hoy* 2005, OMS. Ginebra.

Olsen, M., (1992). *La lógica de la acción colectiva: bienes públicos y la teoría de grupos*, México.

OPS/OMS-La Salud de las Américas. informe-2002.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Estudios de la OCDE sobre *“los Sistemas de Salud: México”*. México, DF: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 2005.

OCDE, (2005). *Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud en México*.

Organización Mundial de la Salud OMS (2003). *Informe sobre la salud en el mundo. Sistemas de salud: principios para una atención integrada*. Cap. 7 pp.117-146.

<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>

Partida V., (2004). *La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México*. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2004. México, D.F.: CONAPO, 2005.

Pérez A. M., (2010). *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. Centro de Análisis e Investigación A.C. México.

Presidencia de la República, (2011). *El Seguro Popular una política pública acertada*.

Presidencia de la República. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección social en Salud del 5 abril de 2004*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx> Consultado en: Mayo 2005.

Revista de Salud Pública, (2008). *Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México*.

Regonini, G., (1991). *El estudio de las políticas públicas*, Revista Documentación Administrativa.

Rico, J. R., (1992). *La investigación de la salud en el ámbito de las políticas sociales*.

Ricoy, J.R., (1992). *La investigación de la Salud en el ámbito de las Políticas*. Fondo de Investigación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid).

Ruiz, C., (1996). *Manual para la elaboración de Políticas Públicas*.

Sánchez, A., (1993). *El proceso de diagnóstico en la elaboración de políticas públicas*, en Perfiles Latinoamericanos.

Secretaría de Salud, (2012). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*.

Secretaría de Salud, (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018*.

Secretaría de Salud, (2007). *Programa Nacional de Salud. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2007.

Secretaría de Salud, (2006). *Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005 – 2030*, CONAPO. México, D.F.

Secretaría de Salud, (2008). *Rendición de Cuentas en Salud 2007*. México, D.F.

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. *Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005 – 2030*. CONAPO. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2009.

Sesma, S., Pérez R., Gómez O., (2004). *Síntesis Ejecutiva: Magnitud y origen de los gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa*: México 2002-2003. México, DF: Secretaría de Salud de México.

Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2006.

Secretaría de Salud, “Seguro Popular”. [en línea, disponible en: <http://www.seguropopular.gob.mx>]

Sistema de Protección Social en Salud. *“Informe de Resultados 2007”*. México, D.F.

Sistema de Protección Social en Salud. *“Informe de Resultados 2008”*. México, D.F.

Sistema de Protección Social en Salud. *“Informe de Resultados 2009”*. México, D.F.

Sistema de Protección Social en Salud. *“Informe de Resultados 2010”*. México, D.F.

Sistema de Protección Social en Salud. *“Informe de Resultados 2011”*. México, D.F.

Sistema de Protección Social en Salud. *"Informe de Resultados 2012"*. México, D.F.

Sistema de Protección Social en Salud: *Informe de Resultados Enero-Junio 2013*.

Sparks, M., (2013). *Salud en todas las Políticas: marco para la acción de países*. Versión resumida del segundo borrador, febrero.

Subirats, J., y Gomá, R., (1998). *Políticas públicas en España. Contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*, Barcelona, Editorial Ariel Ciencia Política.

SCIELO, (2007). *El Impacto de la Política en la Salud*.

Torres, A.C., Knaut F., (2003). *Determinantes del gasto en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México*. En: *Caleidoscopio de la salud* . Knaut F, Nigenda G, ed. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.

Terris, M., (1991). *¿Qué es la Promoción de la Salud ?* Traducción libre del Dr. Guillermo Llanos, del editorial "What is Health Promotion?" J.Pub. Health Pol., 1986:147-151. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

Terris, M., (1980). *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. Siglo XXI editores S.A. México.

Valdéz, C., (2006). *La salud en México: 2006/2012*. Visión de Funsalud. México. Graña Editores.

Villagómez-Ornelas P., (2009). *Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974*. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2009. México, D.F.: CONAPO, 2009.

Universidad Iberoamericana, (2011). *Los gastos catastróficos en salud: diferentes perspectivas de análisis (ENIGH y ENNViH)*, México, D.F.

Universidad de Antioquia, Colombia, (2008). *"Políticas Públicas en Salud; Aproximación a un análisis"*.

ANEXOS

Anexo 1

Porcentaje de Población Nacional con Gasto Catastrófico y Gasto Catastrófico Empobrecedor

Año	PAN	PNPCG(%)	PNPCGE(%)	EIF	PCG	PGCE	CVF	PNPCGC(%)	PNPCGCE(%)	NPHSS
2004	5,318,289	3.34%	1.53%	4	177,631	81,370	4,095	2.30%	5.03%	3.4
2005	11, 404,861	3.27%	1.52%	5	372,939	173,354	15,632	4.19%	9.01%	3.2
2006	15, 672,374	3.73%	1.26%	15	584,580	197,471	34,192	5.84%	17.31%	3.1
2007	21,834,619	3.11%	1.23%	20	679,057	268,566	59,414	8.75%	22.12%	3
2008	27,176, 914	2.49%	1.19%	49	676,705	323,405	81,666	12.06%	25.25%	2.9
2009	31,132,949	2.365	1.09%	49	736,294	339,349	87,738	11.91%	25.85%	2.9
2010	43, 518,719	2.23%	0.98%	49	970,467	426,483	107,375	11.06%	25.17%	2.8
2011	51,823,314	2.15%	0.97%	57	1,114,201	502,686	120,450	10.81%	23.96%	2.6
2012	52,908,011	2.06%	0.95%	61	1,089,905	502,626	169,587	15.55%	33.74%	2.6

Elaboración propia con dato de:

Inegi 1992-2012, seguro popular,hogares,programa sectorail de salud 2013-2018, secretaria de salud, 2013

CLAVES

PAN	Población Afiliada federal acumulada
PNPCG	Porcentaje nacional de población con gasto catastrófico
PNPCGE	Porcentaje nacional de población con gasto catastrófico empobrecedor
CVF	Casos Validados a nivel Nacional
EIF	Evolución de las Intervenciones Federales
PNCG	Población nacional con gasto catastrófico
PNGCE	Población nacional con gasto catastrófico Empobrecedor
PNPCGC	porcentaje nacional de poblacion cubierta con gasto catastrófico
PNPCGCE	porcentaje nacional de poblacion cubierta con gasto catastrófico empobrecedor
NPHSS	Número de personas por hogar en seguro popular

Abstract

The well-known health can not be replaced, thus impoverishing catastrophic spending is inevitable for the most vulnerable population. The costs of medical care are determined by the willingness to pay of consumers; however, in some cases, the expense can become "catastrophic" if greater than 30% of disposable income, understood as the income remaining after spending on food. Catastrophic spending can lead to extreme poverty. Therefore, in this paper the evolution Protection Fund Against Catastrophic health expenditures among the poorest sectors of Mexico is analyzed.

Now the purpose of this paper is to examine the relationship between population and expenditure Catastrophic Catastrophic expenditure and impoverishment of resources budgeted amounts in the Fund Catastrophic protection expenditure, comparing data from 2004 to 2012.

Keywords: spending, impoverishing catastrophic, catastrophic spending population affiliated. enrolled population, protection against catastrophic fund spending, validated case