



México

Estado... ¿medio fallido?

04 Los actores políticos califican a su criatura.

Diego Valadés: “no es un Estado fallido, es un gobierno fallido”.

Luis Rubio: “tenemos que plantearnos qué hacer”.

Seguro Popular: ¿para los más pobres?

Los estados con mayor rezago social presentan retrasos y complicaciones en la implantación del Seguro Popular.

Guillermo Lizama Carrasco

En México, dos reformas institucionales han resultado cruciales para el ejercicio del derecho a la salud: la descentralización de los servicios de salud que traspasó la responsabilidad de la atención médica a los gobiernos estatales en 1996 y la creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) en 2003. Este último instrumento fue diseñado para dar respuesta al enorme problema de desigualdad y falta de cobertura que prevalece en México, sin embargo, son varias las dificultades que se han enfrentado en las metas y objetivos planteados inicialmente.

De acuerdo con diversos diagnósticos, la descentralización de los servicios de salud ha tenido efectos positivos y negativos. Entre los últimos se menciona la profundización de las desigualdades previas en detrimento de las zonas y población que viven en estados de mayor marginación.

La creación del Sistema de Protección Social en Salud en el sexenio pasado significó un gran cambio en relación con la estrategia de financiamiento a la salud. Su objetivo es lograr cobertura universal de servicios de salud de primero y segundo nivel, incluyendo algunas atenciones especializadas de tercer nivel y de cobertura frente a los llamados “gastos catastróficos” como el cáncer o el Sida.

En este sentido, el crecimiento gradual de la afiliación al Seguro Popular de Salud (SPS) para alcanzar la meta de la cobertura universal ha sido cubierto por las aprobaciones presupuestales requeridas, incluyendo un fondo para la construcción de infraestructura. Por lo cual se ha registrado un incremento presupuestal del Ramo de Salud (Ramo 12) para pasar de 20 mil 387 millones de pesos en 1998 a 53 mil 144 millones de pesos en 2007 (ambas cifras en pesos constantes de 2007) y a un presupuesto de 76 mil 659 millones de pesos (corrientes de 2008) para 2009. En el Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2009 se incluyen 49 mil millones de pesos para el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación. Esto representa el 574 por ciento del presupuesto total del Ramo.

La responsabilidad de la prestación de los servicios de salud así como la afiliación de la población al Seguro Popular es de los gobiernos estatales; por ello, Alianza Cívica decidió realizar durante el 2008, a través de tres proyectos diferentes, un monitoreo ciudadano que permitiera tener un primer acercamiento a la cobertura, accesibilidad, calidad y efectividad que recibe la población de las zonas más desfavorecidas del país. Los resultados no son nada alentadores, ya que los avances en presupuesto y cobertura del Seguro Popular no se han traducido



Luis San Vicente

en un mayor acceso y mejoría de los servicios de salud en las poblaciones más marginadas del país.

Asimismo, a través de la realización de diagnósticos participativos y encuestas a beneficiarios del SPS en zonas de alta marginación, Alianza Cívica detectó que la mayoría de los pacientes incurrían en gastos de salud, especialmente en medicamentos. Lo anterior cuestiona las bases y el diseño del SPS como forma de aseguramiento financiero y abre un problema: efectivamente no disminuye el gasto privado en salud (gasto de bolsillo) y aumenta el gasto público, la cobertura no está siendo efectiva y la afiliación es un número que no dice mucho respecto al ejercicio efectivo del derecho a la salud por parte de los grupos más vulnerables del país.

A pesar de esta realidad, desde la creación del Seguro Popular hemos presenciado un optimista discurso político que se ha orientado a la protección social de la salud por medio de alcanzar la cobertura universal para el 2011. De lo anterior, surge la pregunta: ¿se traducirá en acceso efectivo a servicios médicos para todas las personas? Desde el gobierno se asume que sí, sin embargo, con más detenimiento dicho argumento se ve frágil.

¿Por qué?, por la distribución y magnitud del gasto en salud, por los retrasos en los avances de afiliación y por la escasa incorporación de unidades médicas a la red de prestadores de servicios del Seguro Popular, todo lo cual impacta con mayor profundidad en las comunidades más marginadas del país.

a) Más gasto, sin resultados.

El Seguro Popular es un esquema de financiamiento en salud para la población no derechohabiente focalizado a los grupos más vulnerables. Con este sistema de aseguramiento se espera superar la situación de que dos de cada tres mexicanos incurran en gastos catastróficos en salud y que la mitad de los costos por atención médica sigan siendo pagados del bolsillo de las personas, cifra que llega al 55 por ciento a nivel nacional y en algunos estados supera el 70 por ciento. Sin embargo el gasto en salud sigue siendo insuficiente.

En México, el gasto público en salud ha experimentado un crecimiento del 15 por ciento desde el año 2000. A pesar de ello, el gasto total es inferior a las necesidades reales que permitan superar el rezago histórico de disponibilidad de servicios médicos para la población más marginada. De acuerdo con las propias autoridades de salud el gasto debería incrementarse del 6.5 por ciento (655 dólares per cápita) actual, para llegar al 7.6 por ciento del Producto Interno Bruto. Sin embargo, dicha cifra es insuficiente, si comparamos a México en la región latinoamericana se observa que el gasto total per cápita en salud es dos veces menor al de países como Brasil, que gasta en salud el 8.8 por ciento del PIB (mil 520 dólares per cápita) o Argentina que gasta el 9.6 por ciento del PIB (mil 274 dólares per cápita). Como se observa la insuficiencia del gasto en salud es una limitante para lograr la cobertura universal en términos de acceso a servicios médicos.

A pesar del déficit histórico del gasto público en salud, se ha registrado un aumento del presupuesto en este ramo, lo que se debe en gran medida al Sistema de Protección Social en Salud, el cual ejercerá en 2009 49 mil millones de pesos; es decir, 11 mil 645 millones de pesos más que en 2008. Sin embargo, dicha inversión no ha impactado en una disminución significativa de la brecha entre gasto público *versus* privado y entre gasto en salud para población derechohabiente *versus* población "abierto" o no derechohabiente, por ejemplo, el gasto per cápita en salud para población asegurada es 0.6 veces mayor que para la no asegurada (**gráfica 1**).

De la misma manera, la implementación del SPS no ha generado una disminución de la brecha entre el gasto público, 46.4 por ciento del total, y el gasto privado, 53.6 por ciento del total (**gráfica 2**). El gasto privado se compone principalmente del pago directo de las personas por servicios médicos

(45 por ciento), la compra de medicamentos (37.2 por ciento) y los análisis de laboratorio (17.7 por ciento). Las familias más pobres continúan gastando en salud.

b) El peligro de no llegar a la meta.

Según las proyecciones oficiales, se espera que para el 2011 la mitad de la población sea beneficiaria del Seguro Popular o del Seguro Médico para una Nueva Generación, con lo cual se logrará instrumentar la cobertura universal en salud, sin embargo este proceso de afiliación no se ha focalizado en los estados con un mayor nivel de rezago social. Esta situación pone en evidencia los problemas en el diseño de la estrategia de afiliación al SPS en los estados más pobres y la ausencia de un plan estratégico de corto y mediano plazo para afiliar a las poblaciones en las zonas más vulnerables, como lo contempla la Ley General de Salud. De esta manera, la brecha entre la población afiliada al SPS y la población no asegurada o "abierto" es mayor en los estados más marginados, como Guerrero, Oaxaca, Puebla, estado de México, Chiapas y Veracruz. En cambio, la brecha disminuye -en otras palabras, la cobertura del SPS es mayor- en estados menos marginados, como Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Nayarit, Sonora, Sinaloa Coahuila, Nuevo León, Durango, Querétaro y Guanajuato. De esta manera, la implementación del SPS ha sido más exitosa en los estados en donde comparativamente la población vulnerable es menor cualitativa y cuantitativamente.

De la misma manera, existe un retraso en los niveles de afiliación respecto a la meta del 2010 en las zonas más marginadas del país. En los estados de Puebla, Guerrero, Michoacán, Veracruz, Distrito Federal, Chiapas, Quintana Roo, estado de México y Oaxaca, en promedio registran un avance de afiliación del 54.74 por ciento a dos años de cumplir la meta de cobertura universal. Mientras en Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Nayarit, Sinaloa y Sonora en promedio registran avances de afiliación del 107.68 por ciento. El caso más dramático es el Distrito Federal, con un avance de apenas el 30 por ciento, respecto a la meta proyectada. La pregunta es si a este ritmo de crecimiento de la afiliación se alcanzará la cobertura universal en salud, en el entendido de que los principales avances se han registrado en zonas urbanas de mejor acceso. Al respecto, las cifras de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud señalan

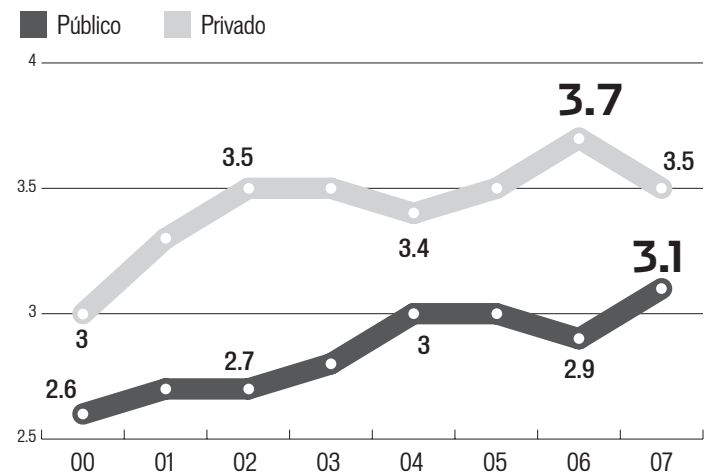
Gráfica 1

Gasto público en salud para población asegurada y no asegurada.
(Cifras en millones de pesos constantes del 2007).



Gráfica 2

Gasto público y privado en salud.
(Valores expresados como porcentaje del Producto Interno Bruto).



Fuente: Alianza Cívica con información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS) y Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), México 2008.

Complementa tu formación académica y fortalece tu conciencia ambiental

¡Contáctanos!

SERVICIOS >

PROYECTOS DE LEYES

ASESORÍA

PROYECTOS DE REGLAMENTOS EN MATERIA AMBIENTAL

EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN EN MATERIA AMBIENTAL

➤ **Diplomado en "DERECHO Y GESTIÓN AMBIENTAL"**
en coordinación con la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México. Del 6 de febrero al 11 de julio de 2009.

➤ **Diplomado en "DERECHO PROCESAL Y LITIGIO AMBIENTAL"**
en coordinación con la Universidad La Salle a través de la Facultad de Derecho. Del 6 de marzo al 27 de junio de 2009.

➤ **Diplomado en "GESTIÓN Y DERECHO AMBIENTAL"**
en coordinación con el Centro de Ciencias Básicas de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Inicia 20 de marzo de 2009.

➤ **Diplomado en "EVALUACIÓN DEL IMPACTO AMBIENTAL"**
en coordinación con el Instituto Politécnico Nacional.

➤ **CURSOS PRESENCIALES Y EN LÍNEA (Más de 50 cursos disponibles)**

➤ Av. Universidad 700-401, Col. del Valle, Méx., D.F., C.P. 03650. Tel: (55) 33-36-12-26 al 27 Fax: (55) 33-36-12-28, cursos@ceja.org.mx

www.ceja.org.mx

que el 97 por ciento de los afiliados pertenece a los deciles I y II, sin embargo durante la investigación de Alianza Cívica se detectó que no se están realizando los estudios socioeconómicos, lo cual cuestiona la certeza de estos datos y, con ello, el impacto real en los grupos más vulnerables del país.

c) Acceso a servicios médicos no es igual a cobertura universal.

Un tercer argumento para señalar que la cobertura universal no se ha traducido en acceso efectivo a servicios de salud es el escaso avance en afiliación de unidades médicas disponibles para los beneficiarios del SPS (centros de salud, hospitales generales y unidades de alta especialidad). En tanto que sólo se ha logrado incorporar al 40.1 por ciento de la infraestructura médica contemplada. En el caso de los centros de salud el avance es de apenas el 38.6 por ciento, en este punto el problema se agrava en tanto que la atención de primer nivel es estratégica para el acceso a servicios médicos en especial de la población en condición de rezago social y representa el 82 por ciento del total de consultas médicas entre los beneficiarios.

El proceso de afiliación y la infraestructura disponible evidencian desigualdades entre estados con diferente nivel de rezago social. De esta manera y de acuerdo a cifras de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, obtenidas vía solicitudes de información presentadas por Alianza Cívica ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, mientras el avance en la disponibilidad de infraestructura médica afiliada al SPS (centros de salud) en 2007 es del 100 por ciento en Aguascalientes, en Guerrero es del 5 por ciento. Se manifiestan así las deficiencias en la oferta de servicios del SPS en zonas de alto rezago social. Reflejo de lo anterior es la frecuencia de consultas: por ejemplo, tanto en Aguascalientes como en Coahuila –estados con menor grado de rezago social– se registra un promedio de consultas de 1.5 por persona, en cambio Guerrero y Oaxaca –estados con mayor grado de rezago social– el promedio es de 0.5 consultas por persona.

Transparencia

Finalmente, el Seguro Popular carece de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, independientes de sus informes trimestrales, por lo cual propusimos la creación de un Portal de Obligaciones de Transparencia (POT) en la página de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, iniciativa que fue secundada por el IFAI.

Los problemas que se han detectado en la implementación del SPS ponen en duda tanto el objetivo de alcanzar la cobertura universal en salud como la idea política de que esto se traducirá en que la mayoría de la población acceda a servicios médicos. De esta manera, el sistema de salud está literalmente en deuda con los mexicanos más pobres. En otras palabras, para el 2011 la mayoría de los mexicanos tendrá un seguro de salud, aunque no tenga servicios médicos accesibles; nuevamente la carreta delante de los bueyes. ■

El autor es coordinador de proyecto en Alianza Cívica.

Este artículo se basa en el Monitoreo Ciudadano al Seguro Popular que realizó Alianza Cívica en los estados de Aguascalientes, Coahuila, Guerrero, Puebla, Oaxaca y el Distrito Federal a través del Centro de Contraloría Social del CIESAS. En los municipios indígenas de Alcozauca (Guerrero), San Pedro y San Pablo Ayutla Mixe (Oaxaca) y Cuetzalan (Puebla), a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Así como en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el Distrito Federal durante el 2008 a través del Programa de Coinversión para el Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal.

¿Estás cansado de estas palabras?

Delincuencia Secuestros
Corrupción Extorsiones
Robo

Eliminalas de tu vocabulario...

VIVE EN CANADÁ



Canadá es uno de los mejores lugares para vivir en el mundo:

- Seguro
- Próspero
- Con futuro para tus hijos
- Con un mejor nivel de vida para tu familia

El gobierno canadiense ofrece varios programas a través de los que un número limitado de personas puede emigrar.

Somos expertos definiendo la mejor estrategia para asegurar que tú seas una de ellas.

¿TIENES NEGOCIO? CANADÁ POR LA VÍA RÁPIDA
CONOCE NUESTRA ESTRATEGIA PARA VIVIR EN
CANADÁ EN TAN SÓLO 15 DÍAS.



Conoce hoy mismo tus posibilidades reales de emigrar a Canadá

www.opcioncanada.com

Desde la Ciudad de México (55) 9000-4343 Desde el interior 01-800-087-4100

Montecito 38, Piso 38, DL 29 (WTC) Col. Nápoles, 03810, México, D.F.

Opción Canadá® está dirigida por Iskander Aguilar, Consultor Certificado por la Canadian Society of Immigration Consultants (CSIC) M074367 y Fellow de la Canadian Migration Institute

registro de marcas

¿Sabías que el nombre de cualquier
producto o servicio
es una **marca**?+



Registra tu marca
con nosotros*

desde la comodidad de
tu casa u oficina

tumarc@ca®

y tú... ¿ya registraste tu marca? ®

01 800 087 4100 (55) 9000 4343 www.tumarca.com

*Consulta las especificaciones en el artículo 89 de la Ley de la Propiedad Industrial. Regístrate en tu estado.