

BOLETÍN SEGURO POPULAR DE SALUD 2006



RESUMEN EJECUTIVO

No. 23-2006

boletín técnico.

Desde su fundación en 1943, el actual sistema de salud ha contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de los mexicanos. Sin embargo, la forma en que se han financiado y organizado los Servicios de Salud en México, ha dejado desprotegida a una porción significativa de la población, impidiendo que el gasto que hacen las familias en esta materia sea justo. Se ha calculado que alrededor de dos y medio millones de familias emplean más de la tercera parte de su ingreso anual para cubrir sus gastos por concepto de atención médica. En un gran número de casos este fenómeno conduce a dichas familias hacia un empobrecimiento del cual les es muy difícil recuperarse.

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL TESORERÍA

Por C.P. José Antonio González Pérez

ANTECEDENTES

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL 2006

Presidente

Dr. Marco Antonio Cerón Grados

Presidente del Consejo Técnico

C.P.C. Sergio Federico Ruiz Olloqui Vargas

Secretario CDN y Director General IMEF

IQ MBA Juan Carlos Erdozain Rivera

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL TESORERÍA

PRESIDENTE

C.P. Francisco Javier Santos Pérez

INTEGRANTES

C.P. Alfonso Salvador Gómez Cardoso

C.P. Armando Mendoza González

Lic. Atsiry Sandoval Murguía

Lic. Carlos Ramírez Galán

C.P. Estela Meneses Gómez

Lic. Francisco Esquivel Reyes

C.P. Gabriel Bello Hernández

Dr. Gerardo A. Isaac Dubcovsky Rabinovich

Act. Ileana María Gutiérrez Reyna

Lic. Javier Hernández López

L.C. Jorge Zúñiga Carrasco

C,P, José Antonio González Pérez

C.P. José Antonio Hernández Ramírez

C.P. José Rogelio Velasco Romero

Mpp. Patricia Torres Serpel

Act. Roberto Galván Pallach

C.P. Salim A. Hamue Medina

Lic. Salvador Diego Fernández Sotelo

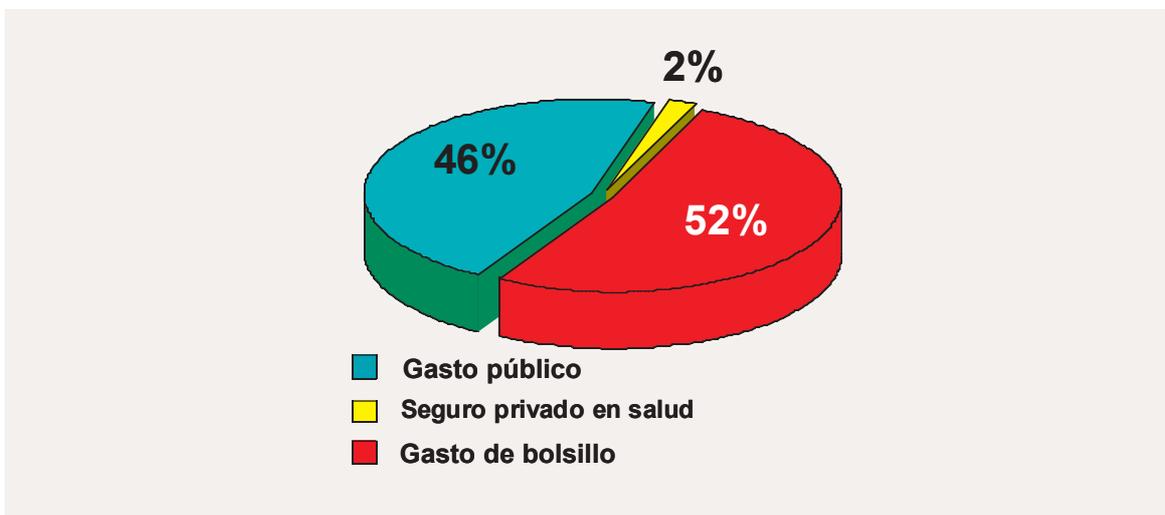
C.P. Víctor Araiza Martínez

C.P. José Antonio Hernández Hernández
Coordinadora del Comité Técnico
Nacional de Tesorería

Desde su fundación en 1943, el actual sistema de salud ha contribuido a mejorar la salud y la calidad de vida de los mexicanos. Sin embargo, la forma en que se han financiado y organizado los Servicios de Salud en México, ha dejado desprotegida a una porción significativa de la población, impidiendo que el gasto que hacen las familias en esta materia sea justo. Se ha calculado que alrededor de dos y medio millones de familias emplean más de la tercera parte de su ingreso anual para cubrir sus gastos por concepto de atención médica. En un gran número de casos este fenómeno conduce a dichas familias hacia un empobrecimiento del cual les es muy difícil recuperarse.

Los altos índices de gastos de "bolsillo" por concepto de atención a la salud, que se destinan principalmente a la compra de medicamentos y consultas médicas, afectan sobre todo a los hogares de bajos ingresos y a aquellos hogares que, por su condición laboral, no están escritos en los padrones de derechohabencia de los institutos de seguridad social (IMSS o ISSSTE). Esto se traduce en la existencia de un inadecuado régimen de solidaridad social en salud que no cuenta los subsidios cruzados necesarios entre ricos y pobres ni entre sanos y enfermos.

Adicionalmente el excesivo gasto de bolsillo, y la escasez en las modalidades de pre-pago por salud (tan solo 2% del gasto en salud se otorga a través de pre-pago privado), han generado escasez en los niveles de atención preventiva y un enfoque predominantemente curativo. Por ello, un gran número de usuarios acuden a recibir atención médica cuando sus padecimientos, que en muchos casos hubieran podido ser prevenidos, presentan un alto grado de avance lo cual representa altos costos de atención.



Según el registro del censo de población y vivienda 2000 el 57.8 por ciento del total de la población del país no está asegurada por alguna institución de seguridad social, por lo cual en la mayoría de los casos posterga e incluso deja de atenderse por el alto costo que el tratamiento involucra y el limitado patrimonio del que disponen. Este amplio sector de no asegurados se encuentra en mayor riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud.

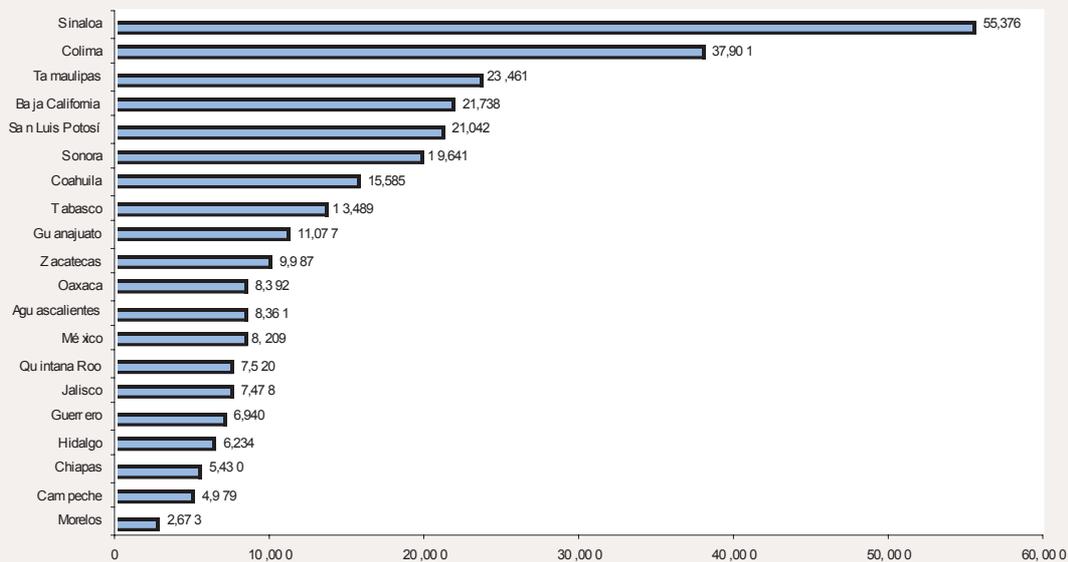
A través del Seguro Popular de Salud, las familias que, por su condición laboral o socioeconómica, no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social y que no tienen acceso a la prestación de servicios privados, por los altos costos que ello representa, cuentan con una opción viable para atender sus necesi-

dades de salud reduciendo su gasto de bolsillo en base a un esquema solidario, donde el aseguramiento y tasado de la cuota familiar no se determina por las características propias del beneficiario, sino por su condición socioeconómica.

La falta de protección financiera afectaba en el 2000 a más de la mitad de la población que no tenía acceso a los servicios de seguridad social y recurrían al gasto de "bolsillo" para enfrentar altos costos de la atención médica. Esta situación, vulneraba las finanzas familiares y dejaba a millones de mexicanos en la disyuntiva de empobrecerse o posponer la atención por falta de recursos económicos. A pesar de los avances en la seguridad social, más de la mitad del gasto en salud procedía del bolsillo de las familias.

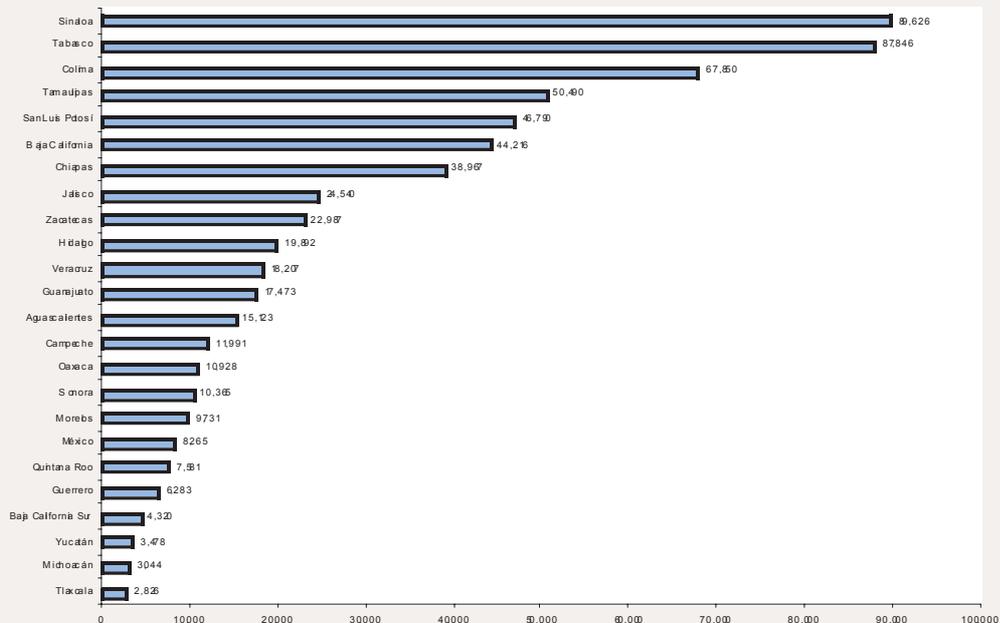
Para materializar el reto de la "protección financiera", la Secretaría de Salud impulsó el establecimiento de un programa piloto que permitiera implementar medidas encaminadas a impulsar un mecanismo de protección financiera de salud para la población sin seguridad social. Dicho programa se denominó oficialmente "Programa de Salud para Todos" y fue conocido comúnmente como "Seguro Popular de Salud" (SPS). Dicho programa fue probado en cinco estados del país: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. En 2002 fueron afiliadas 296 mil familias en 20 entidades federativas; en 2003, operó en 24 estados y se incorporó a 614 mil familias, como se puede observar en las siguientes gráficas:

Familias 2 002



Familias 2 002

Familias 2003



Familias 2003

Además del objetivo de fungir como programa piloto, el SPS respondió al menos a tres grandes objetivos fundamentales:

- Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud
- Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del SPS
- Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.

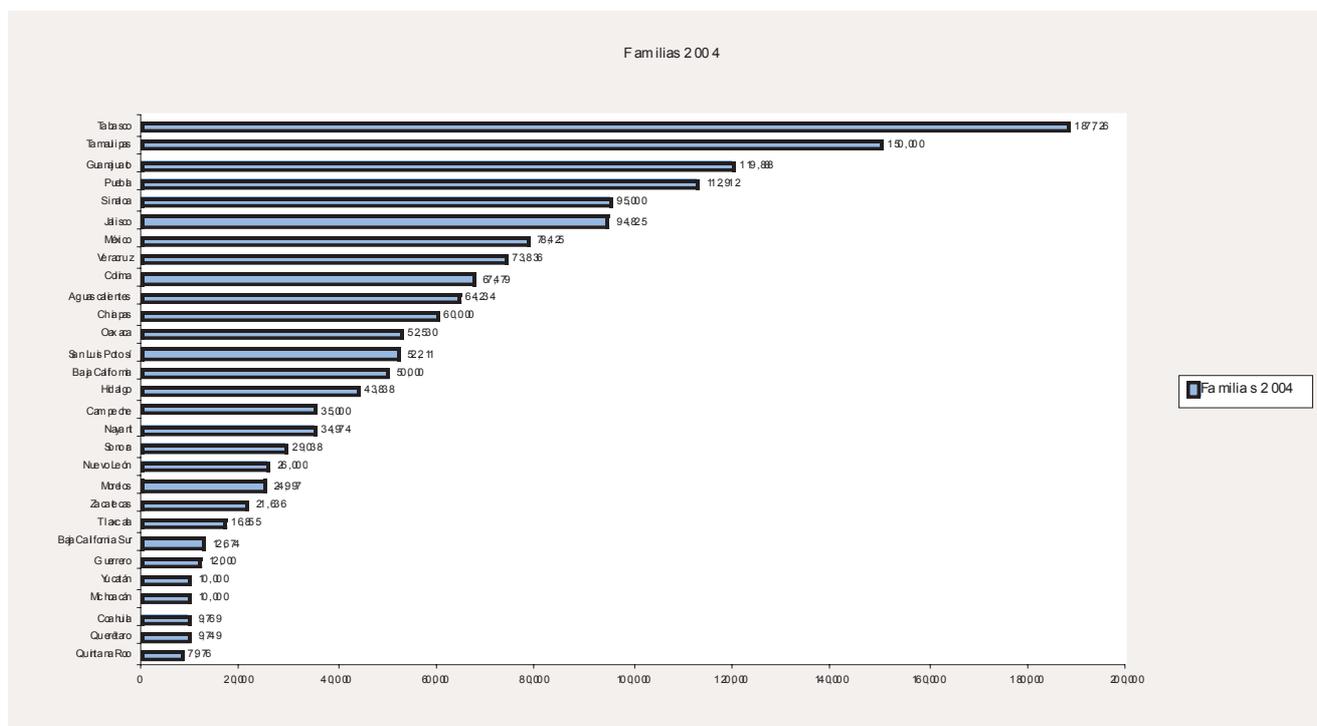
El SPS se caracteriza por ser un seguro público y voluntario,

dirigido a las familias sin seguridad social en materia de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud.*

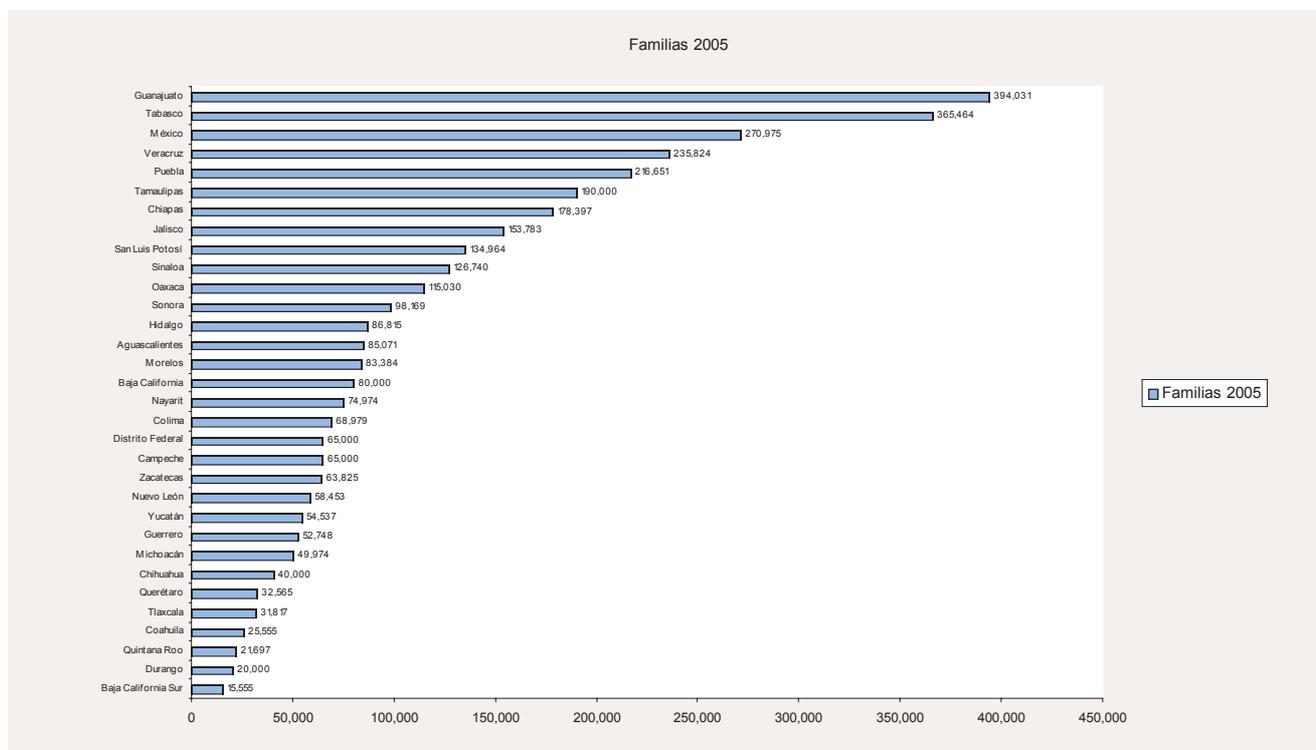
De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, realizada por INEGI en el año 2000, en el trimestre previo a la encuesta, 6.3 por ciento de los hogares mexicanos presentaron gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud. Este porcentaje significa casi 1.5 millones de familias. Los datos de las encuestas realizadas en 2002 y 2004, indican que este por-

centaje se redujo a 4.6 por ciento y 4.1 por ciento, respectivamente, cifras que corresponden a 1.13 y 1.05 millones de familias.

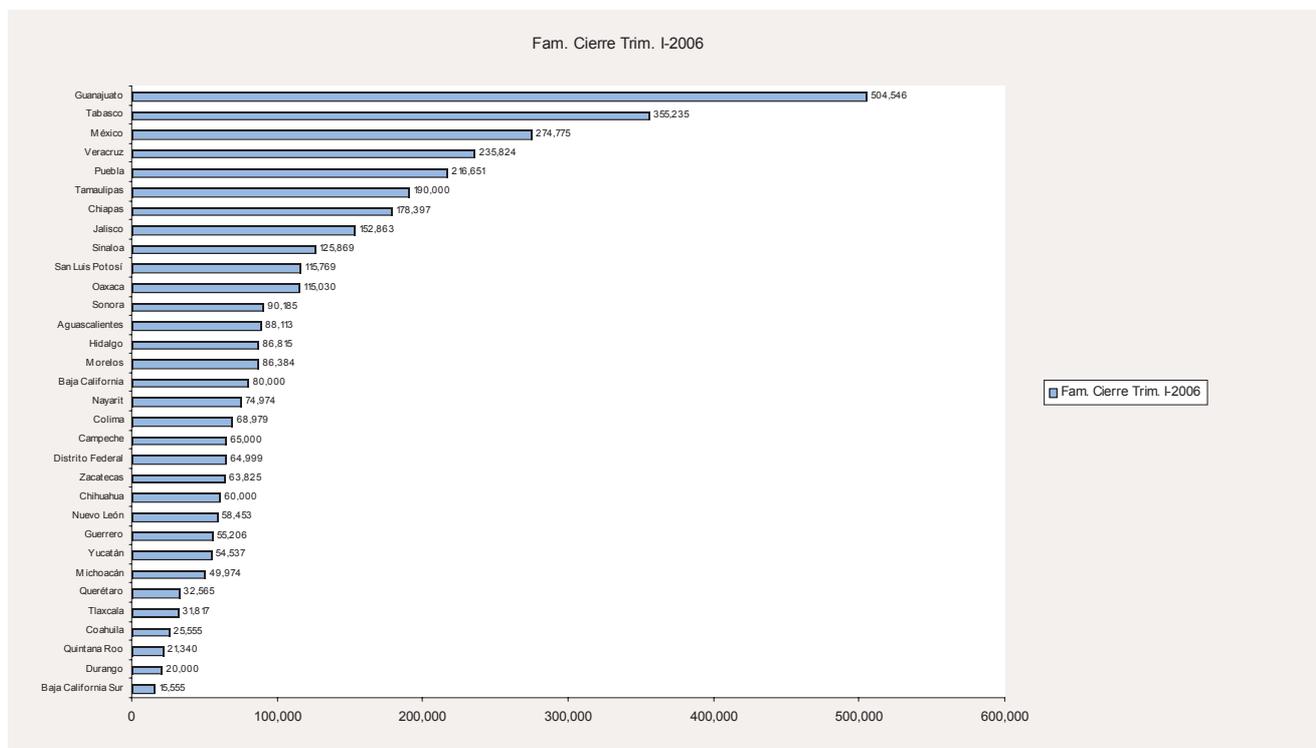
A partir de las reformas a la Ley General de Salud que entraron en vigor en enero de 2004, la operación del Seguro Popular ha logrado una afiliación del 14.3 % de la población no derechohabiente como lo marca la propia Ley, siendo así que la distribución por estado se muestra en las siguientes gráficas durante 2004 y 2005 y el primer trimestre de 2006.



Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación

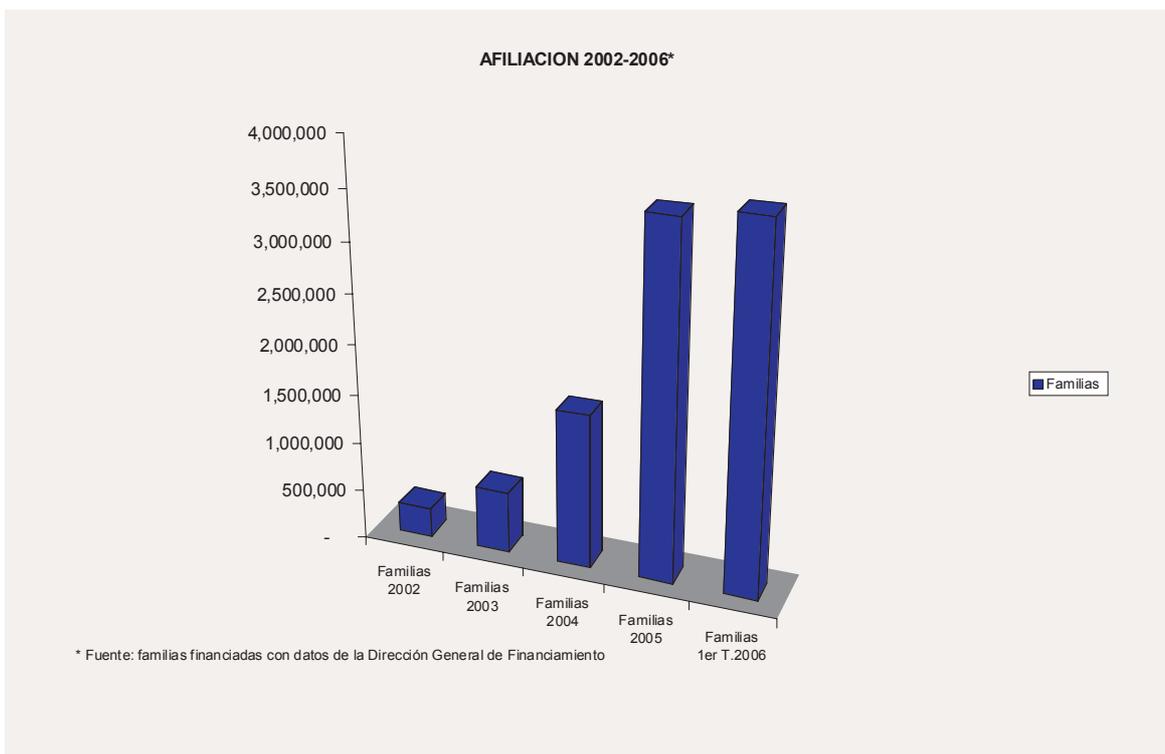


Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación



Fuente: Dirección General de Financiamiento con base a la información remitida para la radicación de recursos por parte de la Dirección General de Afiliación y Operación

Es probable que una parte importante de la reducción en el número de hogares con gastos catastróficos ¹, se deba a la ampliación de la protección financiera de las familias mexicanas que ha traído consigo el Seguro Popular.



En un principio, la operación del Seguro Popular de Salud incorporó a las familias de bajos ingresos ubicadas en los primero seis deciles de la distribución de ingreso. Como todo esquema de aseguramiento, el Seguro Popular de Salud ofreció una serie de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tenía acceso en caso de padecer algún evento que lesionara su salud, siempre y

cuando dicho evento estuviera comprendido en la cobertura otorgada y derechos vigentes.

El Seguro Popular de Salud ofreció desde su inicio a sus familias afiliadas un paquete explícito de beneficios médicos que serían provistos, inicialmente, en las clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud (SESA), con la idea de ampliar, en un futuro,

la red de prestadores, fortaleciendo la red de servicios. El financiamiento que llegó a los establecimientos de salud para la provisión del paquete de beneficios fortalece la oferta a través de un mecanismo de subsidio a la demanda y garantizará a los usuarios el acceso y la calidad de los servicios.

¹ Se entiende por gastos catastróficos cuando una familia destina más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la atención de su salud.

SUSTENTO

La Secretaría de Salud, en el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, derivado del Plan Nacional de Desarrollo, reconoce a la protección financiera de los usuarios de los servicios de salud como uno de sus principales retos y por ello ha establecido esta tarea entre sus líneas estratégicas de acción.

El Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 establece que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades, toda vez que no puede haber un progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos. Para cumplir con esta premisa, el PNS se orienta a atender cuatro aspectos fundamentales:

1. La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades.
2. La salud, es junto con la educación, el componente central del capital humano, que es el capital más importante de los individuos y de las naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer la capacidad del individuo y la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.
3. Dado el valor que en sí misma tienen y su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico de la administración pública y empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir; así, se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables.

4. Finalmente, la protección de la salud es un valor compartido por prácticamente todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud, por lo tanto, es un valor que puede fortalecer el tejido de nuestra sociedad.

Así el PNS define cinco objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud,
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud,
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud,
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

En virtud de lo anterior se han realizado modificaciones a la Ley General de Salud (LGS), introduciendo modificaciones en el esquema tradicional de financiamiento a los servicios de salud, al replantear las actuales reglas de distribución de los recursos presupuestales para el sector e incorporar nuevas obligaciones para el gobierno federal y estatal.

Derivado de estas reformas a partir del 2004 creó el Sistema de Protección Social en Salud, el cual deberá incorporar de forma gradual a la población no derechohabiente al Seguro Popular, agregando, cada año y de manera acumulativa, hasta el equivalente al 14.3% de las familias susceptibles de este aseguramiento, hasta alcanzar el 100% en el año 2010.

MARCO JURÍDICO

La Reforma a la Ley General de Salud (LGS) y su reglamento, publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente, reforman, adicionan y dan vida al Sistema de Protección Social en Salud mediante el cual convierte en Ley el Seguro Popular.

De la Ley General de Salud, se hacen las siguientes citas textuales, que a la letra dicen:

Capítulo I Disposiciones Generales

Artículo 77 bis 1

Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título.

Capítulo II De los Beneficios de la Protección Social en Salud

Artículo 77 bis 6

El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Para esos efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.

Capítulo III De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 77 bis 11

El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios en los términos de este Capítulo y el Capítulo V.

Artículo 77 bis 12

El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestral-

mente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta aportación se hará efectiva a los estados y al Distrito Federal que cumplan con el artículo siguiente.

Artículo 77 bis 13

Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el Gobierno Federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

- I. La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social a que se refiere el artículo anterior, y
- II. La aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta Ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.

La fórmula a que hace referencia la fracción II de este artículo incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo, proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del Gobierno Federal y estatal

para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 Bis 6 de la Ley.

Artículo 77 bis 15

El Gobierno Federal transferirá a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.

Artículo 77 bis 17

De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.

Artículo 77 bis 18

De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios.

Con cargo a esta previsión presupuestal, que será administrada por la Secretaría de Salud, se realizarán transferencias a los estados conforme a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias.

En caso de que existan remanentes de esta previsión presupuestal al concluir el ejercicio fiscal correspondiente, la Secretaría de Salud canalizará dichos remanentes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el Capítulo VI de este Título.

Capítulo V De las Cuotas Familiares

Artículo 77 bis 21

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los lineamientos para los casos en que por las características socioeconómicas de los beneficiarios éstos no aportarán cuotas familiares.

Artículo 77 bis 22

Las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán conforme a las disposiciones de esta Ley y serán destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 77 bis 24

Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría de Salud, conforme a los lineamientos que la misma establezca, los informes necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares.

Artículo 77 bis 27

Bajo el principio de solidaridad social, las cuotas familiares no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de la suspensión temporal de los beneficios de la protección social en salud.

Capítulo VI Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Artículo 77 bis 29

Para efectos de este Título, se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

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.

Hasta aquí las citas de la Ley General de Salud.

Del Reglamento de la Ley General de Salud, se hacen las siguientes citas textuales, que a la

letra dicen:

Artículo 3.- (...) Los Regímenes Estatales cubrirán a las familias beneficiarias que residan en la circunscripción territorial de cada entidad federativa y tendrán como funciones primordiales la promoción para la incorporación de familias al Sistema; la afiliación y verificación de vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios; la administración de los recursos financieros establecidos por la Ley para las entidades federativas, con excepción de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud; la verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requi-

sitos que establece la Ley; la gestión de pago a dichos prestadores, así como la rendición de cuentas.

Art. 122.- Las familias contribuirán de manera solidaria al financiamiento del Sistema mediante el pago de cuotas familiares establecidas en el artículo 77 Bis 21 de la Ley.

Art. 130.- Los Regímenes Estatales deberán Informar trimestralmente a la Comisión del manejo y destino de las cuotas familiares, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida la Secretaría.

FINANCIAMIENTO

Fuentes de Financiamiento

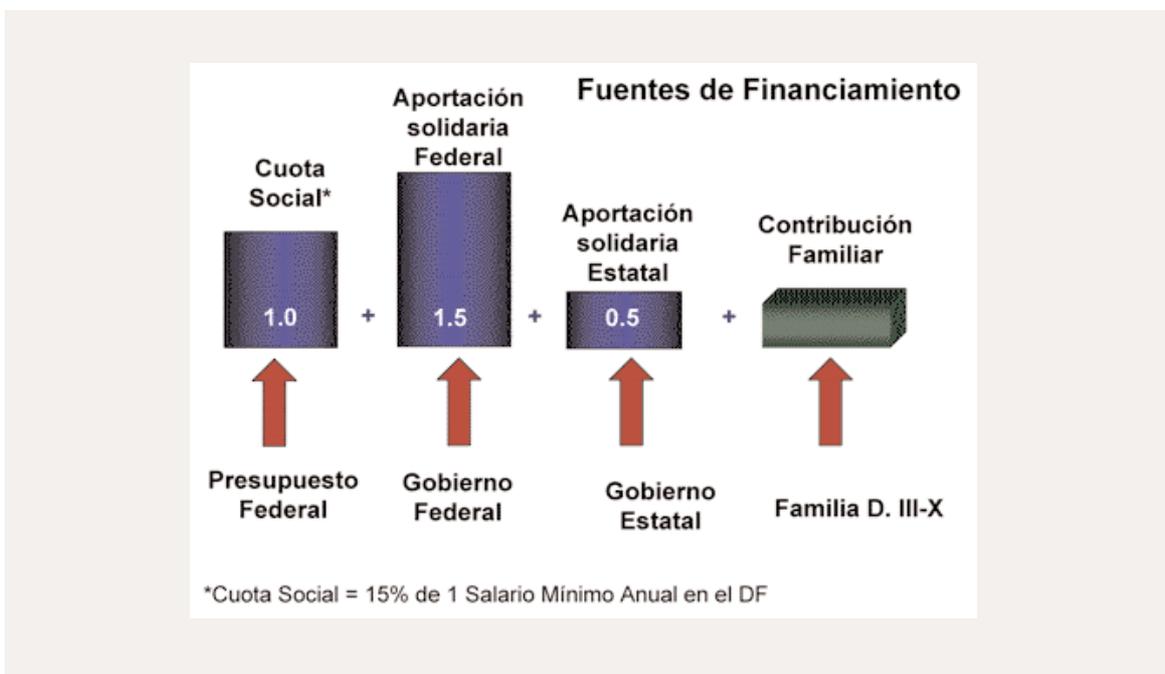
Para la implementación y operación del SPSS están consideradas tres fuentes de aportación diferentes:

1) Federación, Secretaría de Salud. Cubre anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema equivalente al quince por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, la cantidad resultante se actualiza trimestralmente de acuerdo a las variaciones del Índice Nacional de Precios al Consumidor; adicionalmente, entrega una aportación solidaria mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, misma que representa al menos una y media veces el monto de la cuota social referida.

2) Gobiernos de los Estados y el Distrito Federal. Aportan una cuota equivalente a la mitad de la cuota social que destine la federación.

3) Familias Afiliadas. Participan con una cuota familiar que será anticipada, anual y progresiva, la cual se determina por su condición socioeconómica, y puede liquidarse de forma trimestral. La base para definir la cuota familiar es el nivel de ingreso o la carencia de éste; de acuerdo a su evaluación, existen familias exentas de la aportación. Las familias de deciles I y II de la distribución de ingreso, pertenecen al régimen no contributivo.

Así, tenemos que el soporte financiero para la operación del Seguro Popular de Salud, se conforma de la siguiente manera:



El financiamiento aquí expresado es de aplicación anual, y su aplicación es con base a la cantidad de familias afiliadas por trimestre en cada Entidad Federativa.

Las diferentes fuentes de financiamiento expresadas tienen su origen en un marco conceptual para lograr la equidad entre las personas derechohabientes de la seguridad social y las que no lo son, siendo así que:

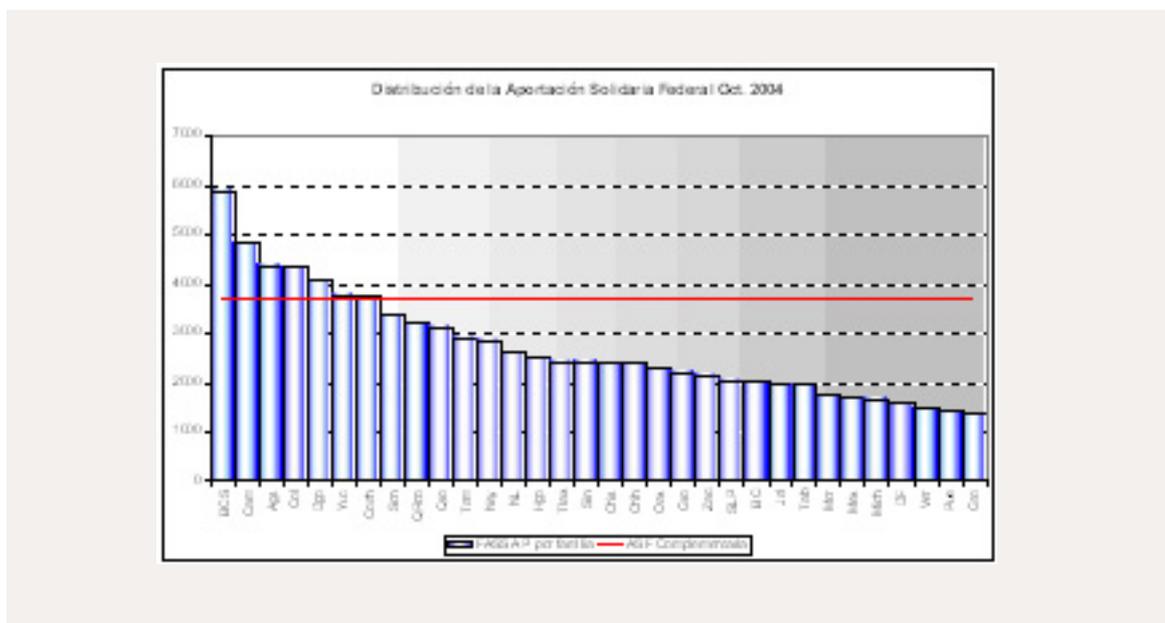
LA CUOTA SOCIAL es el equivalente a la aportación realizada por la Federación por cada trabajador perteneciente a la seguridad social, que al día de hoy en el 2006 asciende a \$ 2,692.20.

LA APORTACIÓN SOLIDARIA FEDERAL es un mecanismo de compensación para equilibrar el déficit de algunas Entidades Federativas respecto a otras, en su percepción del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P) el cual se asigna directa-

mente del Presupuesto de Egresos de la Federación.

De manera simplificada se puede explicar que para calcular la Aportación Solidaria Federal como la diferencia entre la multiplicación de la Cuota Social por 1.5 que en este caso sería de \$ 4,038.30 menos el resultado de la división realizada del FASSA-P entre la Población Asegurable (población posible de afiliar al Seguro Popular determinada estadísticamente por la Dirección General de Información en Salud).

En la siguiente gráfica se puede ver cual era la situación a octubre del 2004, observando las barras que denotan el FASSA P por familia, y hasta donde llegaría cada entidad con el máximo de Aportación Solidaria Federal; lo que permite que la diferencia de 4.13 veces a 1 que históricamente existía entre Baja California Sur y Guanajuato que eran los estados que más y menos recibían respectivamente, se redujera a 1.58 veces.



Fuente: Dirección General Financiamiento

Durante el año 2006 teniendo en cuenta lo anterior, tenemos el ejemplo de la asignación de recursos por esta vía en donde el estado que más recibe asciende a \$ 2,449.32 y el que menos no recibe Aportación Solidaria Federal. **LA APORTACIÓN SOLIDARIA ESTATAL** refleja en forma económica el interés de la Entidad Federativa de ser parte solidaria del Sistema de Protección Social en Salud, y asegura la aplicación de los recursos con las prioridades enmarcadas tanto en el Plan Nacional de Salud, como en los niveles estratégicos de los estados.

La Ley General de Salud, contempla un mínimo del 0.5 veces la Cuota Social, que equivaldría a \$1,346.10, pero en caso de que el estado así lo determine su aportación puede ser superior a objeto de ampliar el catálogo de cobertura, dar fortalecimiento a su infraestructura o cualquier aplicación en salud que éste decida.

El caso mas alto de financiamiento debería de ser = \$ 2,692.20 + \$ 4,038.30 + \$1,346.10 = \$ 8,076.60

LA CUOTA FAMILIAR concibe como objetivo al coadyuvar a las entidades federativas en el caso de una demanda de población nueva, no considerada en los presupuestos anteriores.

La Cuota Familiar permanece en la Entidad Federativa, en este caso podríamos suponer que la demanda cautiva de los servicios de salud estatales han sido tradicionalmente los deciles 1 y 2, siendo del decil 3 al 10 una nueva población a la que hay que generar nueva infraestructura, es por eso que la aportación de las familias se aplica directo a programas de fortalecimiento estatal.

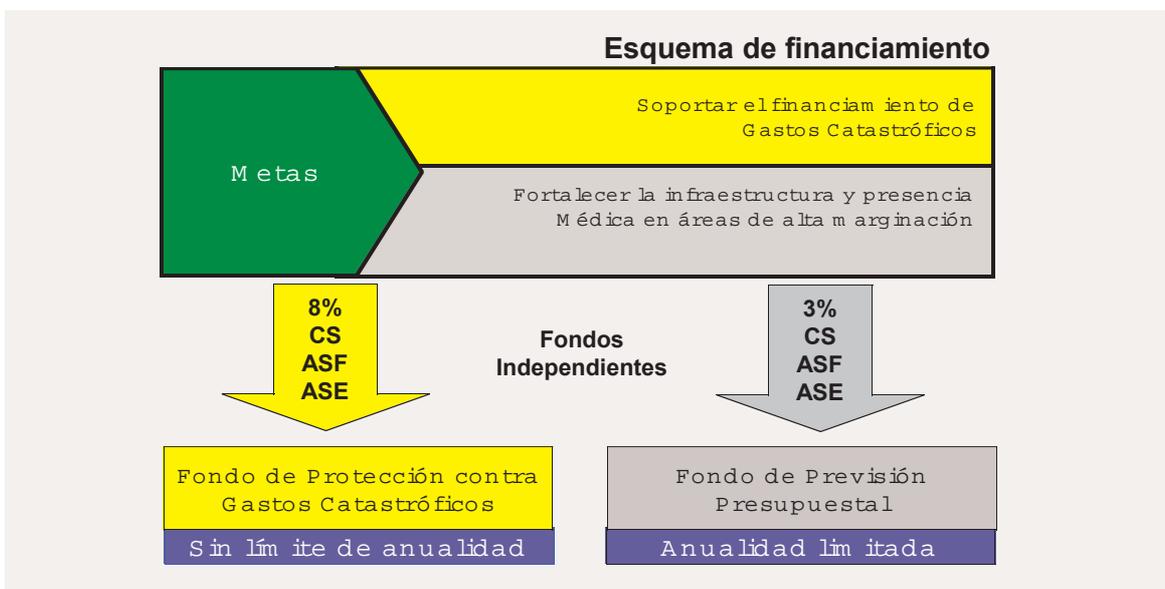
Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FPSS)

De las fuentes de financiamientos exceptuando la cuota familiar se desprenden 2 fondos:

- **Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.** La Ley General de Salud establece la posibilidad de destinar el ocho por ciento del monto total que resulte de la cuota social y de las aportaciones solidarias, para constituirlo. Los recursos del FPGC, se han destinado para financiar la atención de los beneficiarios del Sistema que sufren de enfermedades de alto costo y alta especialidad.

Adicionalmente este Fondo puede recibir aportaciones de otras fuentes derivadas de donativos de origen Público y Privado.

- **Fondo de Previsión Presupuestal.** El tres por ciento de las cuotas sociales y de las aportaciones solidarias, servirá para constituir una previsión presupuestal anual, de la que las dos terceras partes será utilizada para atender las necesidades de infraestructura en la atención primaria y de especialidades básicas, en los estados con mayor marginación social. La tercera parte se orientará para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios en cada ejercicio fiscal.



Así para brindar transparencia al manejo del FPGC, y tal como lo establece la LGS, se creó el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FPSS), que tiene como objetivo crear un mecanismo ágil y transparente que permita al Gobierno Federal la aplicación de recursos para apoyar económicamente los tratamientos y medicamentos asociados a los mismo, que se consideren gastos catastróficos que sufran

principalmente los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud conforme a lo dispuesto en la Ley y su Reglamento.

Es importante mencionar que la inclusión de padecimientos a cubrirse por el FPGC, primero debe de ser evaluado y considerado como tal por el Consejo de Salubridad General.

RESULTADOS

Equidad en los recursos por familia

Se puede decir que el principal logro es el haber conseguido que la diferencia de inversión de recursos en salud que se mostraba antes de la reforma referente a población con derecho a la seguridad social y la que no lo tenía prácticamente desapareció al pasar de 2.3 a 1 en la relación a 1.1 a 1, como se puede observar en el cuadro siguiente:

Gasto en Salud Pública Per Capita

	Población Asegurada	Población No Asegurada	Relación Asegurada/No Asegurada
Sin reforma	\$ 2,076	\$ 922	2.3
Con reforma	\$ 2,076	\$ 1,959	1.1

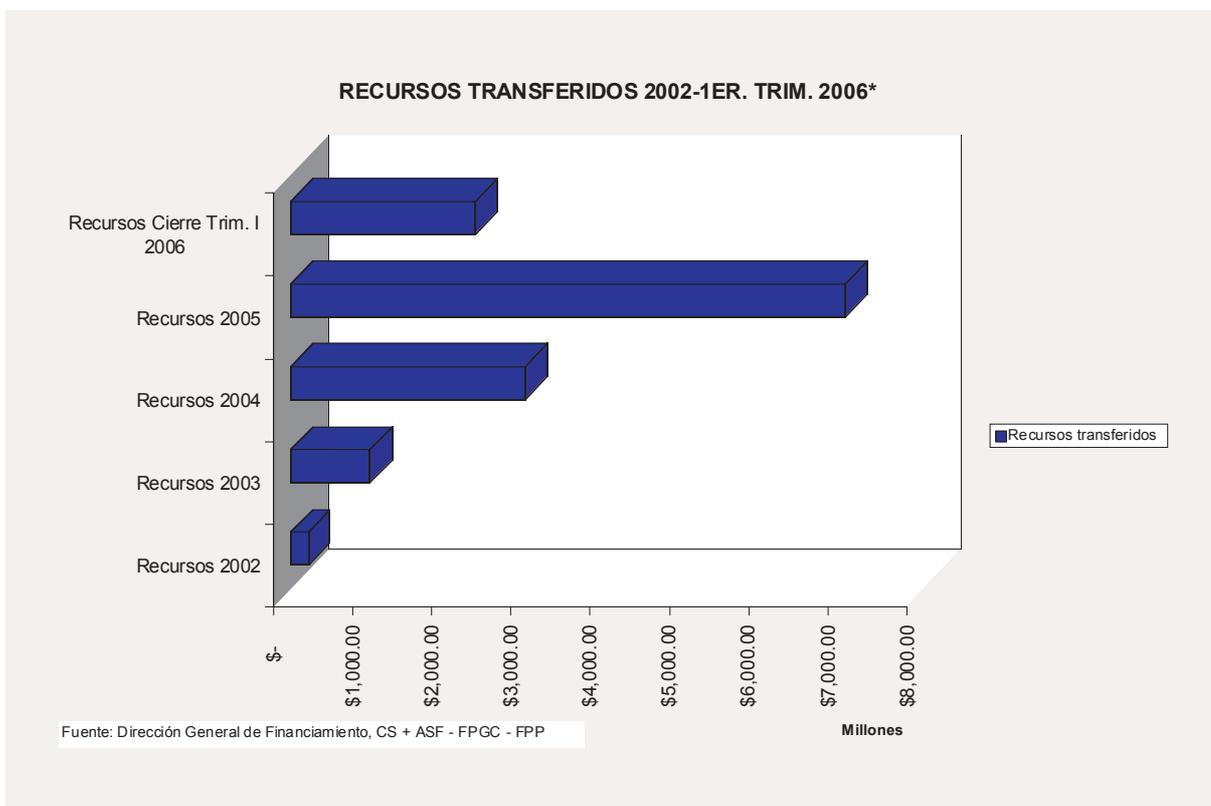
Cantidades expresadas en pesos del 2002

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Uno de los principales resultados obtenidos ha sido el conseguir que los recursos financieros, sean distribuidos de manera mas equitativa a las entidades federativas, logrando que se cumpla el dicho "que el dinero siga a la gente", lo cual se traduce en poner el recurso donde es necesario y no promover la inversión aislada que no beneficia a la sociedad.

Durante los 4 años que lleva operando el Seguro Popular se han transferido recursos líquidos por un monto total de \$13,529'135,969.87, que han sido fuente fresca de financiamiento, lo que ha permitido a las entidades federativas mejorar sus servicios de salud.

En la gráfica siguiente se puede observar el monto transferido anualmente por concepto de las aportaciones federales.

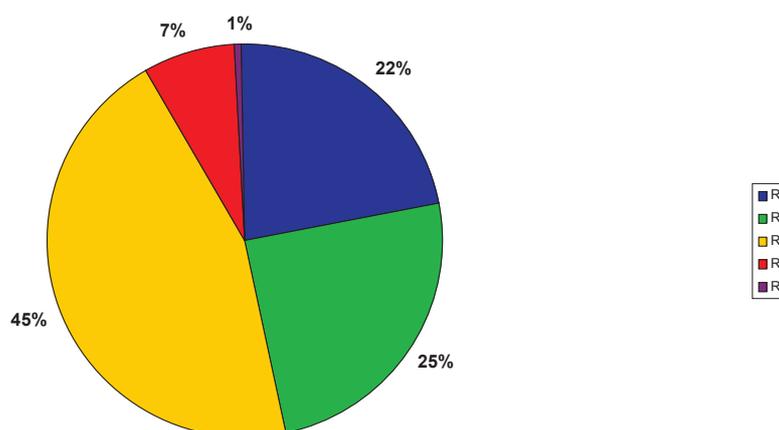


APLICACIÓN DE LOS RECURSOS FEDERALES

Derivado de la firma de los acuerdos de colaboración, las Entidades Federativas que participan en el Sistema de Protección Social en Salud, y brindan a través de los Sistema Estatales de Salud la atención a las personas afiliadas al Seguro Popular, se ha podido ir obteniendo la distribución de la aplicación de recursos.

Lo anterior con el objeto de dar cumplimiento a la Ley, la cual indica que la Federación marcará los lineamientos de gastos no obstante estos ingresen a la Hacienda estatal. Derivado de este seguimiento podemos observar el reflejo de 27 de las 32 entidades que han reportado su ejercicio durante el año del 2005, quedando este como se observa en la siguiente gráfica.

Aplicación del ejercicio de recursos federales 2005 por Rubro



R1 Remuneraciones de personal directamente involucrado en la prestación de servicios de atención médica en el SPSS (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)
R2 Adquisición de medicamentos contemplados en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud y otros insumos necesarios para la presentación de dichos servicios a los afiliados del SPSS
R3 Adquisición de equipo médico, instrumental, mobiliario médico, de laboratorio y gabinete; incluyendo vehículos destinados a la prestación de servicios (ambulancias, unidades móviles).
R4 Rehabilitación y mantenimiento de unidades médicas.

Fuente: Dirección General de Financiamiento

En la siguiente gráfica se puede observar los grandes totales por entidad federativa reflejando el presupuesto ejercido en 2005, en algunos casos no han ejercido el 100%

FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS

Con la finalidad de brindar protección financiera a la población no asegurada del país, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, ofrece un esquema de atención médica que garantiza atención oportuna, a tiempo que reducirá el gasto de bolsillo de los beneficiarios.

Cuando hablamos de padecimientos que debido a su naturaleza y el alto costo en su tratamiento se consideran catastróficos, debido al grave impacto que representa en las finanzas familiares; se determina como acción

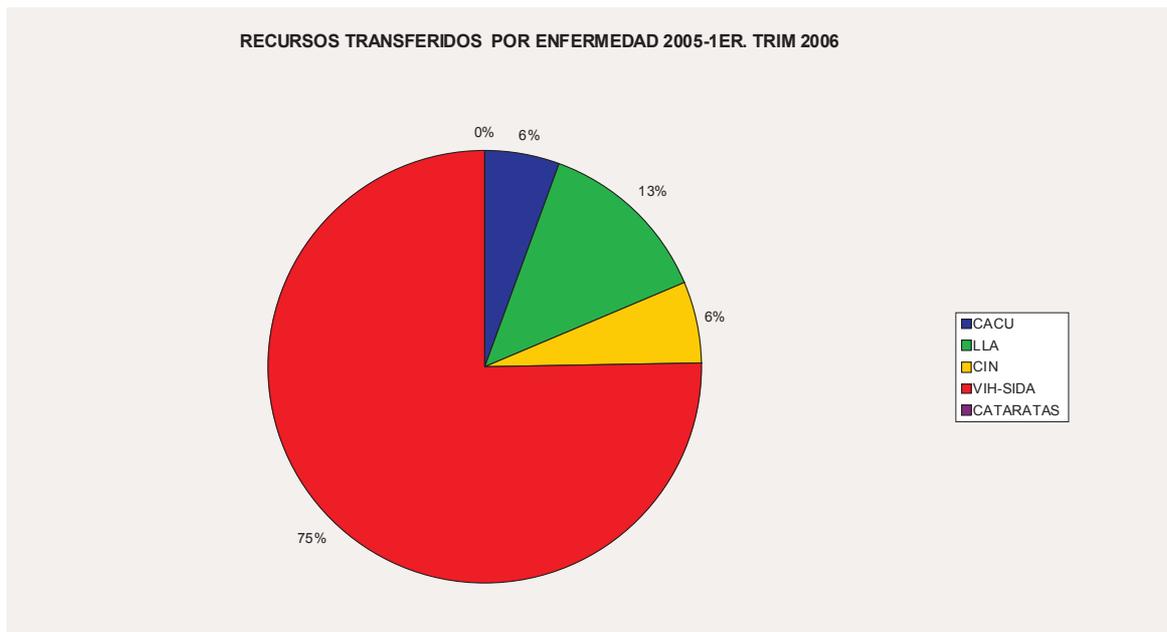
indispensable la creación del Fondo de Protección Contra Gastos catastróficos (FPCGC).

Este Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, permitirá a las familias más necesitadas que en su núcleo familiar caigan en la desgracia de tener algún padecimiento de carácter catastrófico, acceder al tratamiento adecuado de manera gratuita y expedita, evitando así que la familia independientemente del dolor por el cual transitan, tengan que padecer además la afectación de su patrimonio, caer también en la desesperación de la catástrofe financiera.

Así, tenemos que el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos contempló durante el 2004 y 2005 cuatro padecimientos originales Cáncer Cervico-uterino, VIH, Leucemia linfoblástica aguda y Prematurez

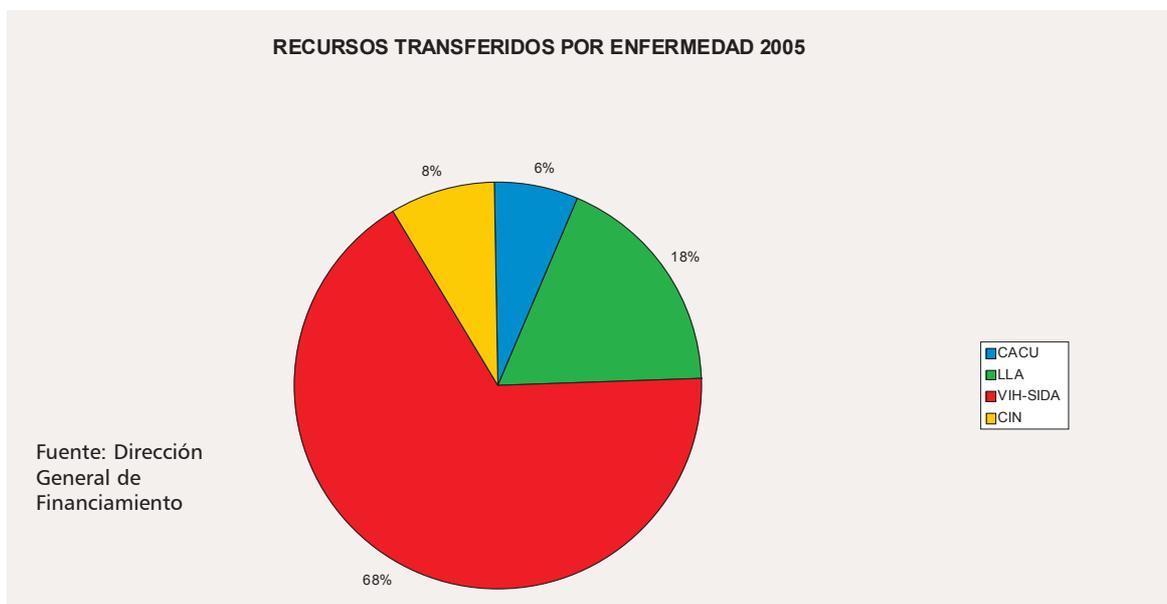
extrema y 3 padecimientos mas por incorporarse en 2006 Cataratas, 11 Cánceres de niños y adolescentes e Insuficiencia Renal Crónica, cuyos tratamientos son de alto costo.

Los recursos que se han destinado del FPGC, para el tratamiento de dichas enfermedades se ha realizado de la siguiente manera, durante el período de 2005 al primer trimestre del 2006, ha sido como sigue:

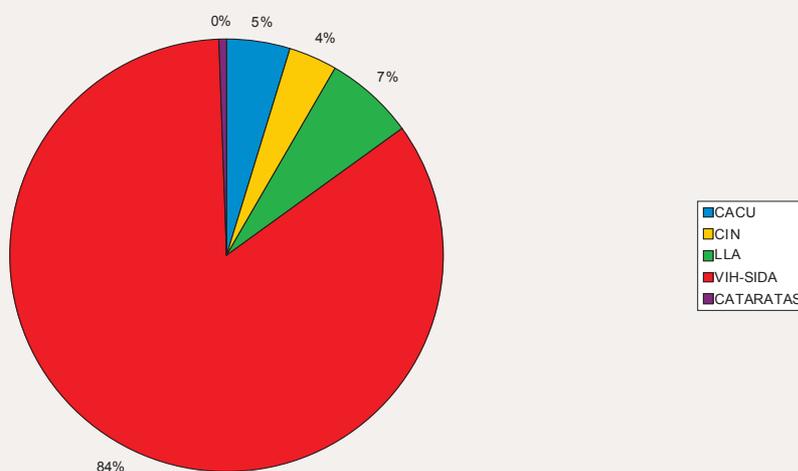


Fuente: Dirección General de Financiamiento

Detalle por unidad receptora, enfermedad y año de radicación de los recursos:



RECURSOS TRANSFERIDOS POR ENFERMEDAD 1ER. TRIM. 2006



Fuente: Dirección General de Financiamiento

CONCLUSIONES

Después de observar la historia y comportamiento del programa de Protección Financiera en Salud, convertido en el Sistema de Protección Social en Salud, y abanderado del Seguro Popular, se puede concluir que si bien aún existen muchos mexicanos sin protección social en salud, se ha logrado un gran avance, que se puede ver reflejado en los porcentajes que las ENIGH 2000, 2002 y 2004 reflejan en el

gasto en salud, y que seguramente se verá consolidado en el levantamiento de la ENIGH 2006.

Podemos observar que el CONTEO 2005 realizado por el INEGI, muestra una derechohabencia importante al seguro popular arrojando los siguientes datos:

		% sobre pob. Total	% sobre derechohab.
Población Total	103'266,388		
Población Derechohabiente ²	48'452,418		
Población asegurada por el IMSS	32'087,547	31.07%	66.22%
Población asegurada por el ISSSTE	5'779,620	5.60%	11.93%
Población asegurada por SEDENA, PEMEX o SEMAR	1'085,245	1.05%	2.24%
Población asegurada por el SEGURO POPULAR	7'321,217	7.09%	15.11%
Instituciones privadas ³	1'898,109	1.84%	3.92%
Otra institución ⁴	1'050,728	1.02%	2.17%
No derechohabientes	51'402,597	49.78%	
No especificado	3'408,373	3.30%	

1 Incluye una estimación de población de 2 625 310 personas que corresponden a 647 491 viviendas sin información de ocupantes. La estimación está distribuida en los renglones de no especificado de edad.

2 La suma de población derechohabiente en las distintas instituciones de salud puede ser mayor a este total, ya que hay población que tiene derecho a más de una institución de salud.

3 Comprende a la población que cuen-

ta con un seguro para acceder a los servicios médicos de instituciones privadas.

4 Comprende a la población que accede a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública.

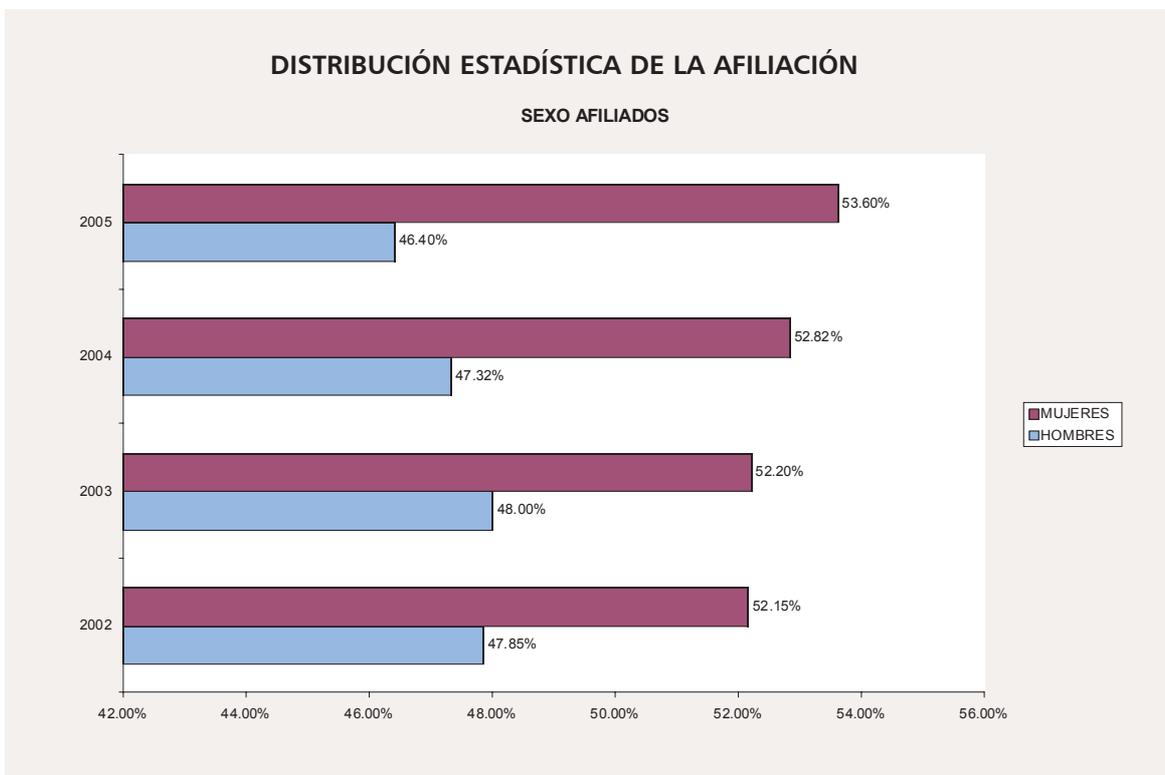
Estos resultados son obtenidos entre el cierre del 2do y 3er Trimestre del 2005.

2005 pasando el promedio de América Latina que de 6.1%.

Con esto se puede observar que después del IMSS, se ha posicionado el Seguro Popular como el segundo ente financiador de servicios en salud mas grande del país, produciendo esto un impacto sobre la el porcentaje de inversión en salud en el Producto Interno Bruto, subiendo del 5.7% en el 2002 al 6.6% en el

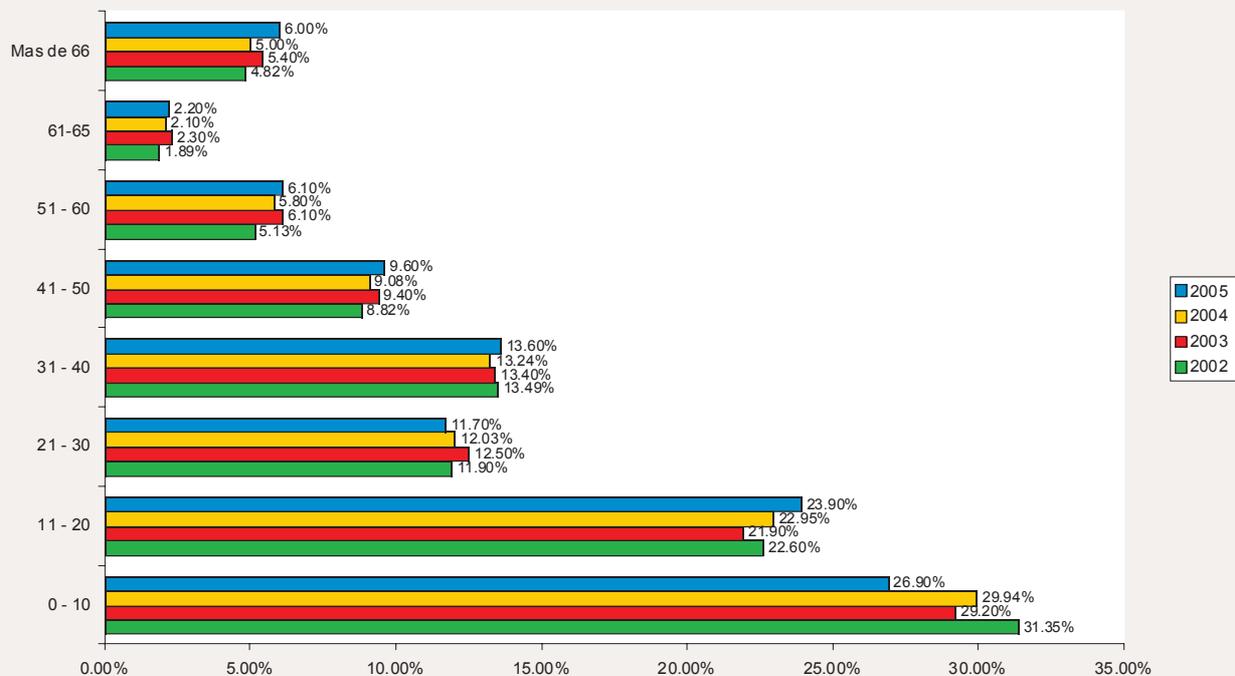
Esta nueva forma de distribución de los recursos en salud, ha llamado la atención de diferentes naciones quienes se han acercado para conocer el modelo y poder comprender el rápido crecimiento de la inversión pública que ha tenido México.

ANEXOS ESTADÍSTICOS



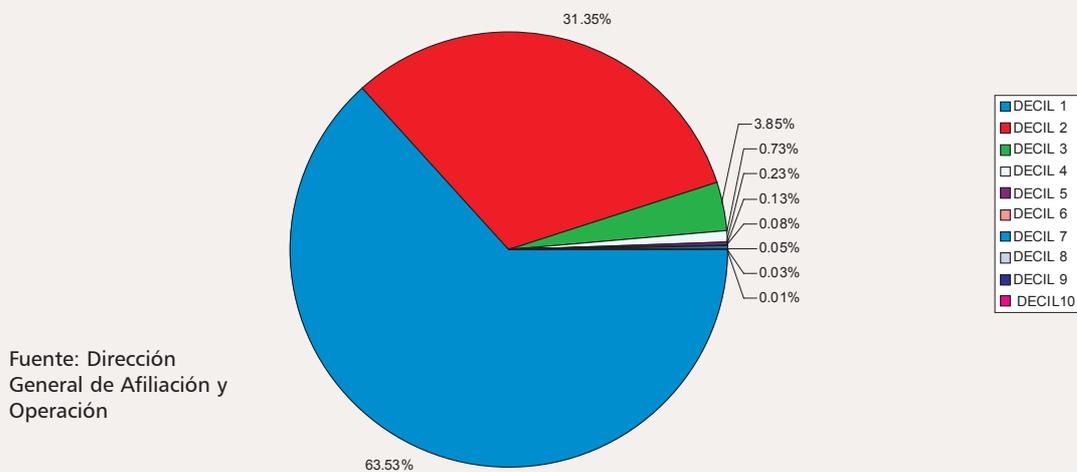
Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación

AFILIADOS POR EDADES

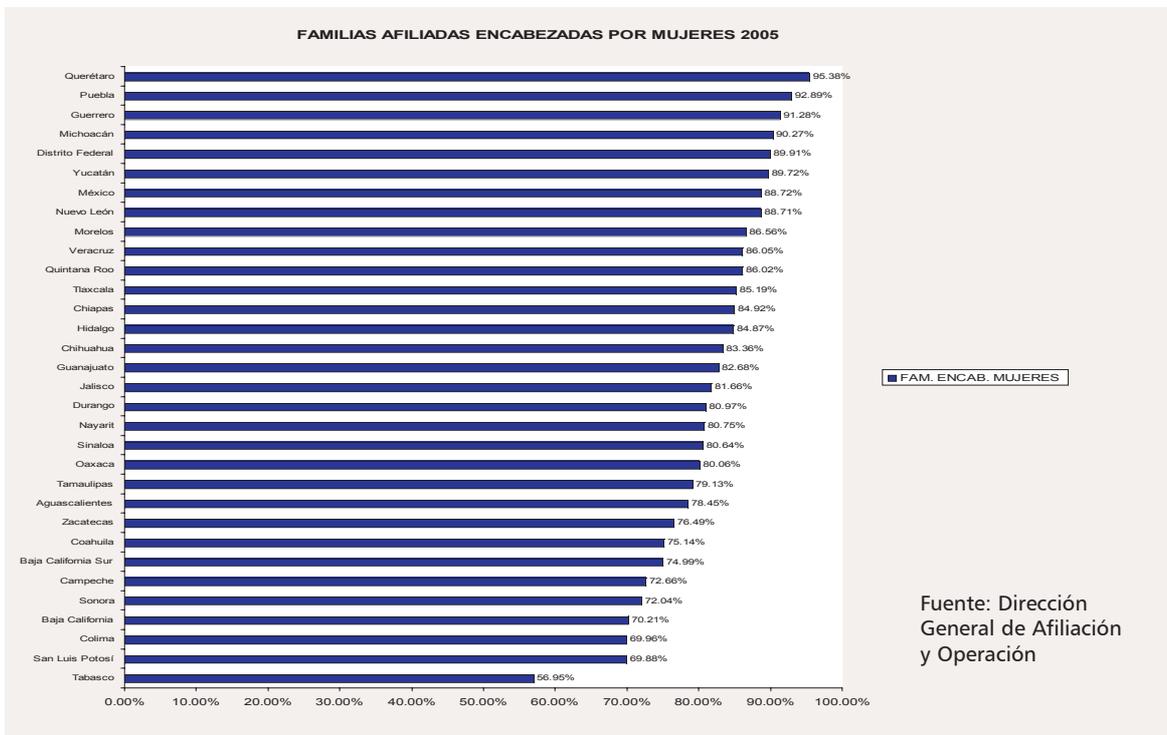


Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación

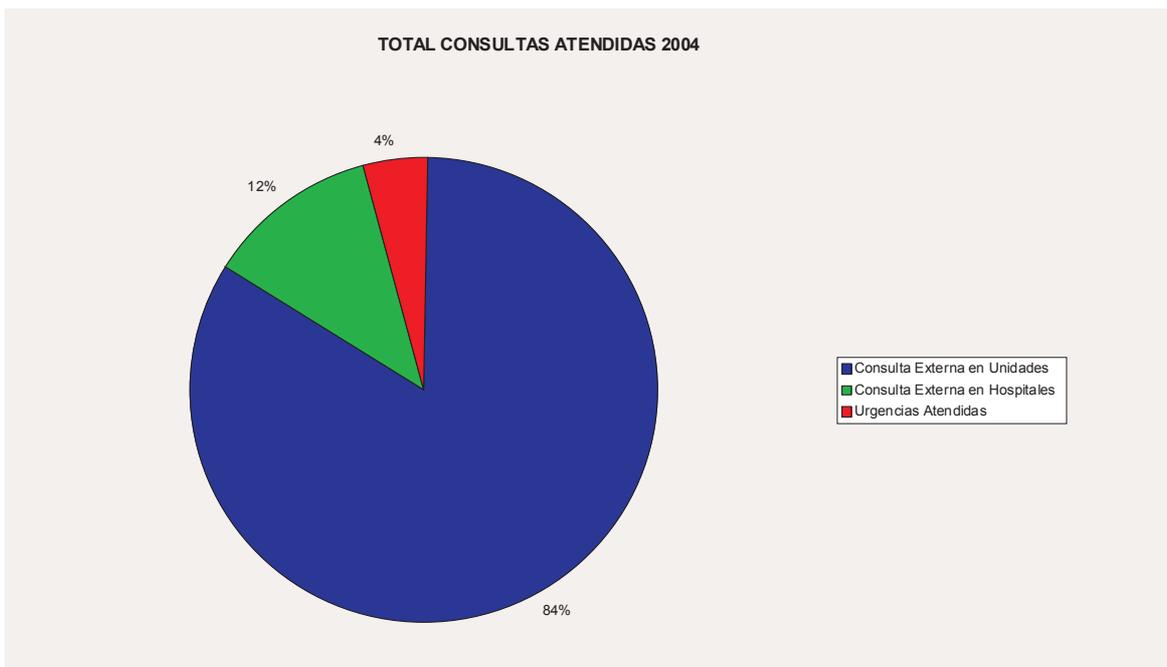
FAMILIAS AFILIADAS POR DECIL 2005



Fuente: Dirección General de Afiliación y Operación

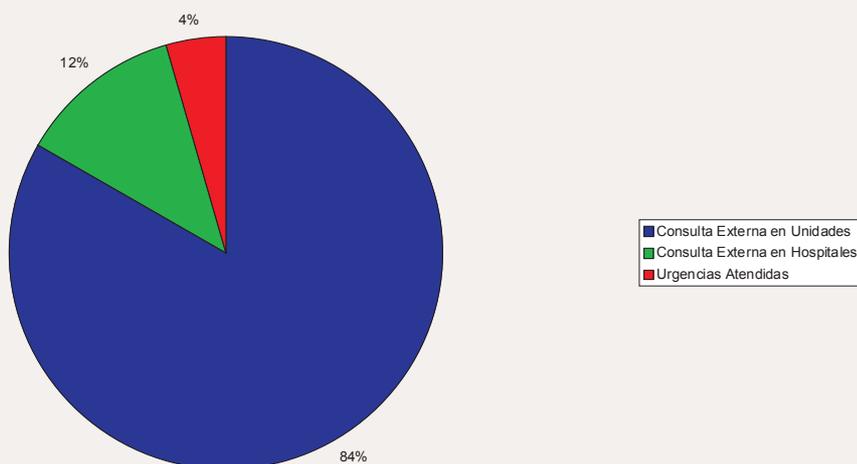


DISTRIBUCIÓN ESTADÍSTICA DEL USO DE LOS SERVICIOS



Fuente: Dirección General de Gestión de Servicios de Salud

CONSULTAS ATENDIDAS 2005



Fuente: Dirección General de Gestión de Servicios de Salud

ESTIMADO SOCIO

boletín técnico

Cualquier comentario, observación o sugerencia a este Boletín favor de hacerlo llegar directamente al autor.

C.P. José Antonio González Pérez

Director General de Financiamiento

Secretaría de Salud

e-mail: jagonzalezp@salud.gob.mx