

SEGURIDAD SOCIAL

¿La protección del sistema del Seguro Popular de Salud es realizable, robusta y sostenible?

Autor: José Enrique Peña Velázquez

INTRODUCCIÓN

El seguro popular de salud ya lleva varios años de estar operando en nuestro país. Razón por la cual me pareció interesante hacer un resumen del alcance del mismo "a la luz del pilar cero", cuyas limitaciones y características han sido ya delimitadas por el Banco Mundial.

Dentro del desarrollo de este boletín, "a vuelo de pájaro", se van comentando cada una de las partes del sistema y del seguro, que a nuestro juicio nos parecen ser las más importantes, como son: la reforma a la ley general de salud; su modelo de financiamiento; la regulación de derechos; el catálogo explícito de servicios médicos y medicamentos; la creación del régimen no

contributivo; el volumen de cobertura y otros aspectos adicionales del mismo, como la portabilidad, resultados de la afiliación y la aplicación de recursos. Al mismo tiempo, se va analizando si el sistema y el otorgamiento de la protección dada cumplen con las recomendaciones técnicas, financieras y actuariales internacionales en uso, con la única intención de que la membresía del IMEF tenga a su alcance un sencillo resumen técnico de este estudio.

ANÁLISIS TÉCNICO

Las recomendaciones técnicas, financieras y actuariales para que no llegue a trastocarse el financiamiento gubernamental implícito en este "pilar cero", se pueden resumir en el otorga-

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL 2005

C.P. Ricardo Ancona Sánchez

Presidente

C.P. Eduardo Vargas Priego

Presidente del Consejo Técnico

IQ MBA Juan Carlos Erdozain Rivera

Secretario CDN y Director General IIMEF

INTEGRANTES

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE

SEGURIDAD SOCIAL

PRESIDENTE

Act. Marcela Flores Quiroz

INTEGRANTES

Lic. Alberto Espinosa Desigaud

Act. Arturo Casares González

Act. Carlos Soto Pérez

Lic. David Buenfil Friedman

Lic. David Garduño Contreras

Lic. Eduardo Silva Pylypciow

Ing. Emilio Illanes Díaz Rivera

Act. Enrique Peña Velásquez

Act. Héctor Rode Haza

Act. José De Caso García

Act. José Luis Salas Lizaur

Act. José Muriel Delsordo

Lic. Moisés Pérez Peñalosa

Lic. Pablo Chevez Macías Valadez

Lic. Pedro Dondé Escalante

Lic. Pedro Vásquez Colmenares G.

C.P. Sergio Arvizu Treviño

Lic. Timothy Heyman Marcuse

Lic. Verónica Zetter De Anda

Lic. Gloria Elena Ortiz

Coordinador del Comité

Técnico Nacional

de Seguridad Social

miento de una protección adecuada, realizable, sostenible y robusta¹, a saber:

1. **Adecuada.** Que ayude a aliviar la pobreza y al reemplazo del gasto, de ser el caso.
2. **Realizable.** Se refiere a la capacidad financiera de los individuos y de la sociedad.
3. **Sostenible.** Que la solidez financiera del esquema esté garantizado hoy y en el futuro.
4. **Robusta.** Que tenga la capacidad de aguantar embates mayores, incluyendo aquellos que vienen de los riesgos económicos, demográficos y políticos.

A continuación se analiza la situación actual del Sistema del Seguro Popular de Salud Mexicano y se llega a algunas conclusiones.

Es importante mencionar que todas las diapositivas utilizadas en el desarrollo de este boletín han sido tomadas de diferentes presentaciones hechas por personal de la Secretaría de Salud y son perfectamente identificables. De no ser así, se aclara debidamente.

SITUACIÓN ACTUAL

De todos es conocida la problemática financiera y económica que sufren todos los mexicanos desde hace 10 años. Aún cuando se tuvo un repunte en la tasa de empleo formal, desde el año 2000 ha caído, provocando una alta tasa de desempleo que impacta en la economía de las familias y gastos de los hogares.

Esta falta de ingresos repercute directamente en el ejercicio del gasto familiar de todos los jefes de hogar, de tal forma que el porcentaje de sus ingresos dedicados al cuidado de la salud es de un escaso 3%, según cifras de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2002.

Los trabajadores del sector formal, de gobierno y sus dependientes económicos, conforman la población atendida por el IMSS y el ISSSTE en todo aquello que se relaciona con la salud, esto es: enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad.

En cambio, los que no tienen recursos o los que trabajan dentro del sector informal se encuentran totalmente desprotegidos y,

¹ Holzmann, Robert. Soporte del Ingreso de Vejez en el Siglo Veintiuno: Una perspectiva Internacional de los Sistemas y de las Reformas. Banco Mundial.

por consiguiente, conforman el campo propicio de la población objetivo del Seguro Popular de Salud.

Antes de la implementación del Seguro Popular de Salud, investigaciones recientes² señalaban que:

- * Uno de cada cuatro mexicanos posterga su atención médica por motivos económicos.
- * Cada año, entre dos y tres millones de hogares mexicanos incurren en gastos catastróficos por motivos de salud y los más afectados por este tipo de gasto son los hogares pobres no asegurados.
- * Casi la mitad de las familias mexicanas carecen de protección social en salud, lo que genera una profunda injusticia y desestabiliza la economía familiar cuando se presenta algún evento.
- * El gasto en salud en México es de 5.8%, mientras que en otros países está muy por encima de este porcentaje. El promedio en América Latina es de 6.9% del Producto Interno Bruto (PIB), lo que indica no sólo un desequilibrio financiero, sino también una inversión insuficiente.

El origen de los fondos con los que se cubrieron los gastos médicos realizados por la población fue predominantemente del pago de bolsillo (55%) y no de planes de seguros de gastos médicos mayores o de hospitalización, como podría esperarse.

Un desequilibrio entre la cobertura por poblaciones que indicaba una proporción de 1.5 veces entre asegurados y no asegurados.

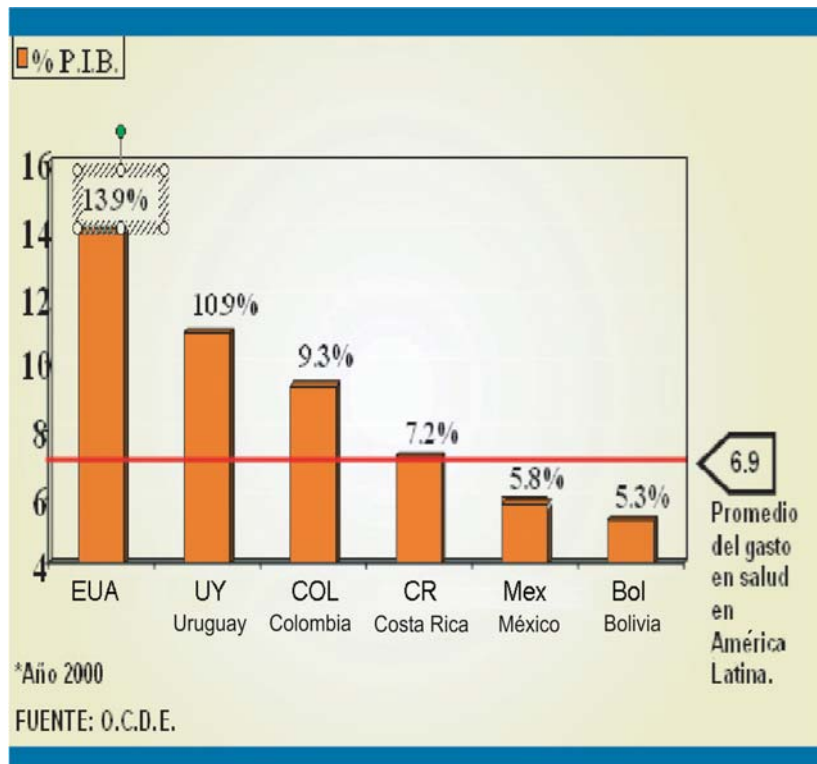
Un desequilibrio de equidad entre los estados de ocho a uno, entre el estado con mayor y el estado con menor gasto federal per cápita. Estos desequilibrios se sufragaban en todos los estados en una proporción creciente a la nómina, con caída de la inversión.

Un desequilibrio de federalismo presupuestal en el esfuerzo aplicado por cada estado: 119 a uno, entre mayor y menor.

Ante esta situación, el Gobierno ha buscado la forma de brindar protección financiera a la población no asegurada, enmarcando al Seguro Popular de Salud dentro de la estrategia del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

La reforma a la Ley General de Salud

En primera instancia, se procedió a realizar las reformas de Ley conducentes y que



² Secretaría de Salud.

facilitaran la operación, como fueron: definir el Sistema de Protección Social en Salud; regular los convenios entre los municipios y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, además de los acuerdos de coordinación entre estos regímenes y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El Sistema de Protección Social en Salud es el mecanismo a través del cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

ASPECTOS TÉCNICOS

Los aspectos técnicos incorporados en el diseño y operación al Sistema son los siguientes:

1) **Modelo de financiamiento tripartito.** El modelo se basa en una nueva estructura para que el sistema pueda ser “realizable y sostenible”, con lo que se busca cumplir, en principio, con las recomendaciones técnicas, financieras y actuariales para no trastocar el financiamiento gubernamental implícito en este pilar, valiéndose de la denominada cuota social.

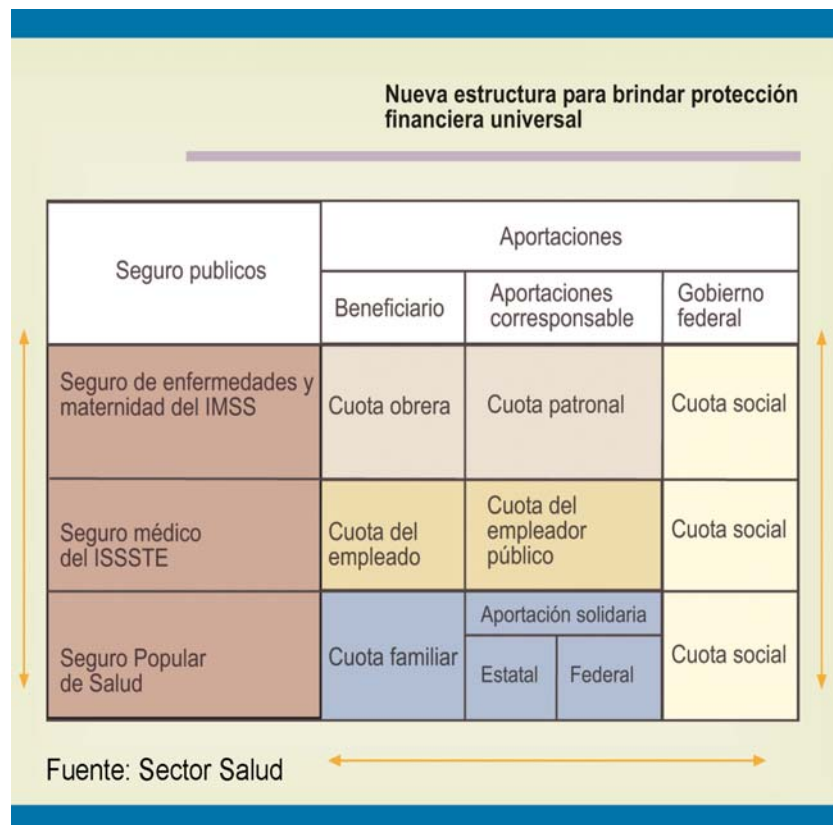
Además, busca homologar la entrega de los aportes de financiamiento (beneficiario - aportante corresponsable - cuota social) dentro de un cuadro de aportaciones al sis-

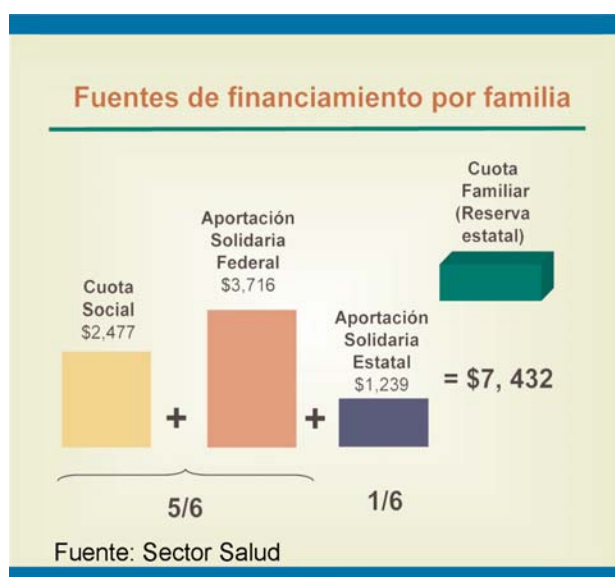
tema que respetan el formato tradicional de participantes, que se tienen dentro de los seguros públicos del país.

La diferencia específica versus las demás aportaciones de los seguros públicos se encuentra en la composición muy particular de lo que corresponde al aportante corresponsable, a saber: la aportación solidaria federal, compuesta de 3/6 partes del financiamiento por familia, y la aportación solidaria estatal, compuesta de 1/6 parte con lo que se tiene un total de 4/6 partes. Las otras 2/6 partes faltantes del financiamiento por familia provienen del Gobierno Federal como cuota social.

Finalmente, el financiamiento tripartito se complementa con el pago de la cuota familiar que realiza el jefe del hogar y cuyo monto ha sido fijado de acuerdo a la distribución de los ingresos de la población por deciles. Este financiamiento tiene la ventaja de conteo por niveles de ingresos y aproximadamente da 2.5 millones de jefes de familia por decil, además de que constituirá una reserva estatal que ayudará a la solidez financiera del sistema.

En las siguientes dos diapositivas se muestra la nueva estructura y las fuentes de financiamiento por familia del Seguro Popular de Salud:





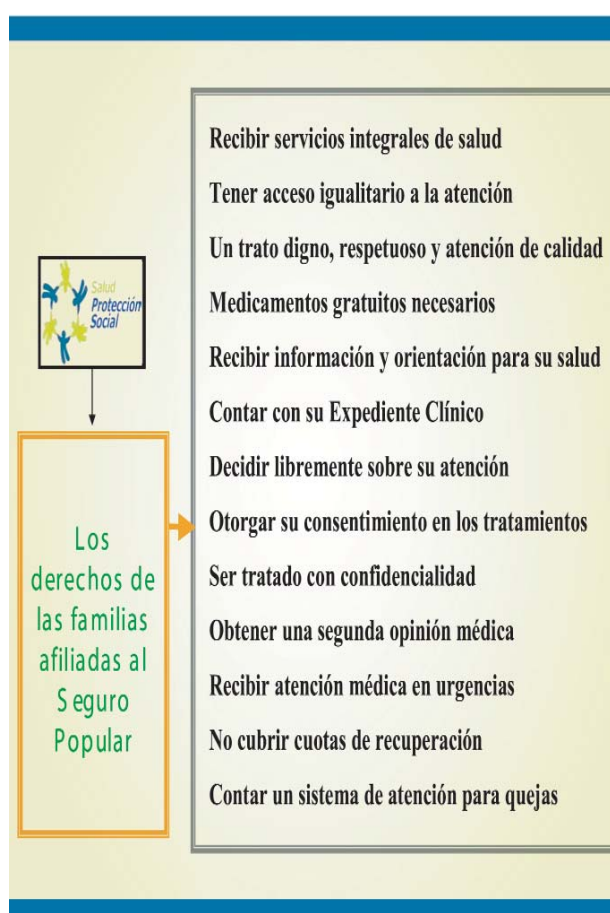
2) **Regulación de derechos.** Con esta acción se busca dar cumplimiento con los objetivos inmediatos mínimos definidos a nivel internacional dentro de los sistemas de asistencia pública, como son:

- Acceso de todos, independientemente de los ingresos o del patrimonio.
- Alto nivel de calidad de la asistencia.
- Retos y cuestiones comunes propias de la operación.
- Nuevas tecnologías y terapias.
- Mejora del bienestar y de la información al paciente.
- Envejecimiento demográfico. Aumento de personas mayores que necesitarán cuidados en las próximas décadas.
- Cuidados de larga duración.
- Encontrar un equilibrio entre la calidad, el establecimiento de estándares, contención de gastos y costos (a nivel nacional),

además de la gestión y prestación de la asistencia (a nivel local).

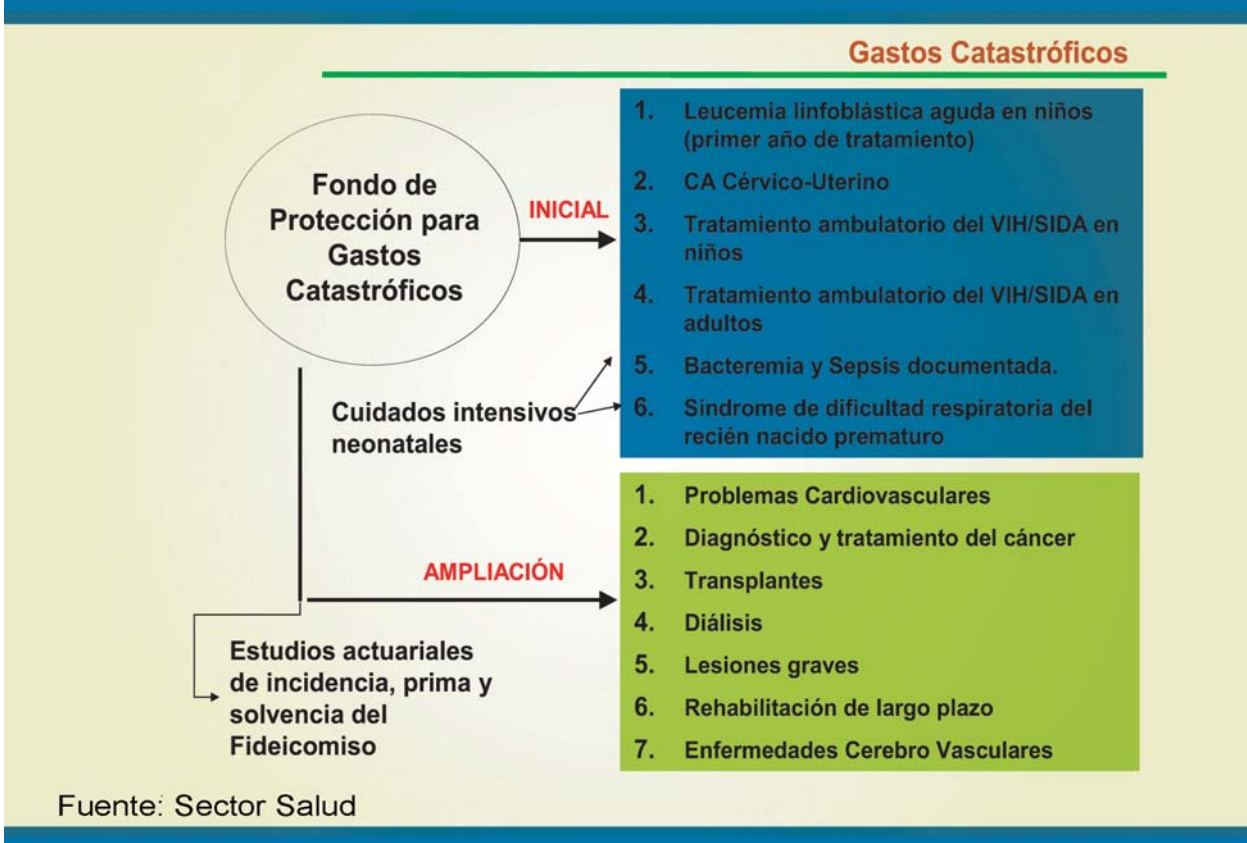
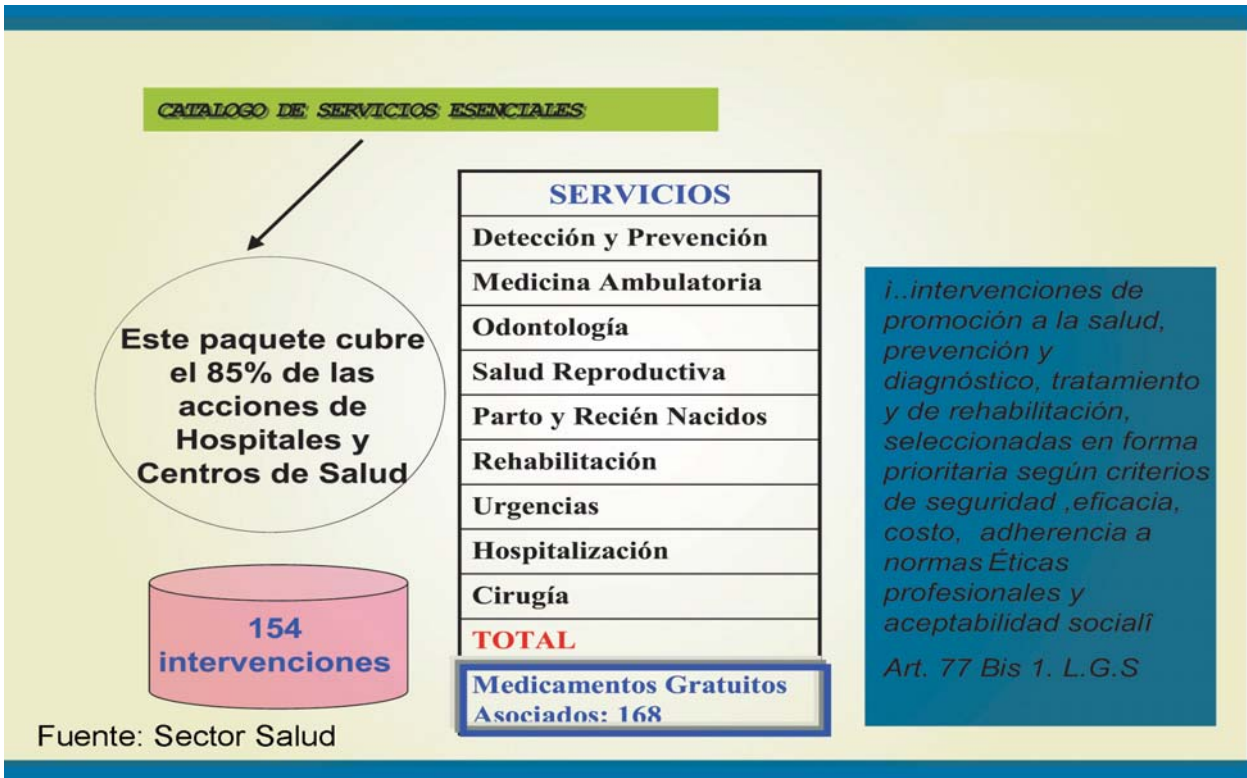
- Necesidad de mejorar la contratación y formación del personal médico ante “el envejecimiento del personal existente, las difíciles condiciones de trabajo y la escasez de personal”.

Mucho de lo anterior se puede constatar en la siguiente diapositiva publicitada por la misma institución de salud:



3) **Catálogo explícito de servicios médicos y medicamentos.** Fondo de Protección para Gastos Catastróficos y ampliación de coberturas.

Las dos diapositivas siguientes hablan por sí mismas:



Aquí hay que resaltar dos puntos. El primero, es el referente a que dentro del catálogo de servicios esenciales se está incluyendo la cobertura inicial de las 154 intervenciones más comunes y la entrega de 168 medicamentos gratuitos asociados. El segundo, es la creación del Fideicomiso del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, en donde se pone un énfasis muy especial en el requerimiento de los estudios actuariales de incidencia, prima y solvencia del fideicomiso, con lo cual la protección que se suministra por el sistema, en principio, aparenta ser "robusta".

4) Creación del régimen no contributivo. En antecedentes, cuando se comentó el modelo de financiamiento tripartito, se destacó el hecho de que el jefe del hogar debe afiliarse y contribuir con su cuota familiar para tener derecho a la protección asistencial del Seguro Popular de Salud. Con ello, en principio, se dejaba fuera del sistema a los que nada tienen o tienen muy poco.

Así que tal requisito venía a erradicar de golpe y porrazo a uno de los cuatro botones de control sine que non del sistema asistencial mexicano de salud, que es el de ayudar a aliviar la pobreza y al reemplazo del gasto, de ser el caso. Es decir que a cerca de cinco millones de familias que conforman el sector de los que nada tienen o tienen muy poco ni se les iba a aliviar la pobreza con la implementación de este vehículo financiero, ni se les reemplazaba el gasto que fuesen a realizar por motivos de salud.

Por consiguiente, se tuvo que tomar la decisión de incluir a los que nada tienen o tienen muy poco, con lo cual se puede afirmar que se logra dar cumplimiento a la condición de que la protección sea "adecuada". Así pues, los jefes de hogar dentro de los deciles de ingreso I y II quedaron incluidos dentro de este sistema asistencial de salud, sin pago de aportaciones (régimen no contributivo). Por otra parte, las cuotas familiares son las siguientes:

CUOTAS FAMILIARES

| Decil de ingreso | Anual en pesos |
|------------------|----------------|
| I | - |
| II | - |
| III | 640 |
| IV | 1,255 |
| V | 1,860 |
| VI | 2,540 |
| VII | 3,270 |
| VIII | 5,065 |
| IX | 6,740 |
| X | 10,200 |

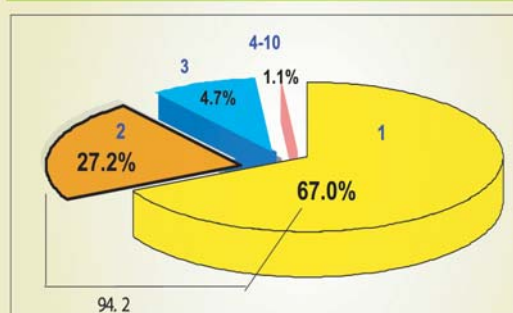
Fuente: Sector Salud

Deberá correr un tiempo, para poder conocer la experiencia sobre la suficiencia de estas cuotas familiares y ver si la protección otorgada, en principio, cumple con el requisito de "realizable", Nuestro juicio, en primera instancia, es que dichas cuotas son insuficientes, por la falta de volumen de asegurados en los deciles de III a X, como se puede apreciar a continuación:

5) Volumen de cobertura por deciles

Protección financiera de las familias afiliadas

El Seguro Popular de Salud está incorporando prioritariamente población de menores ingresos

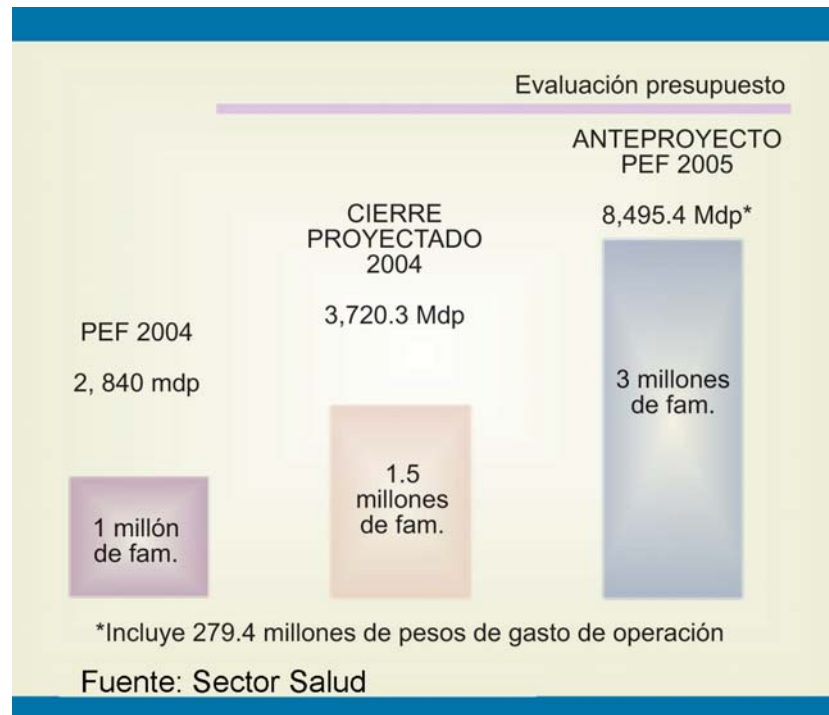
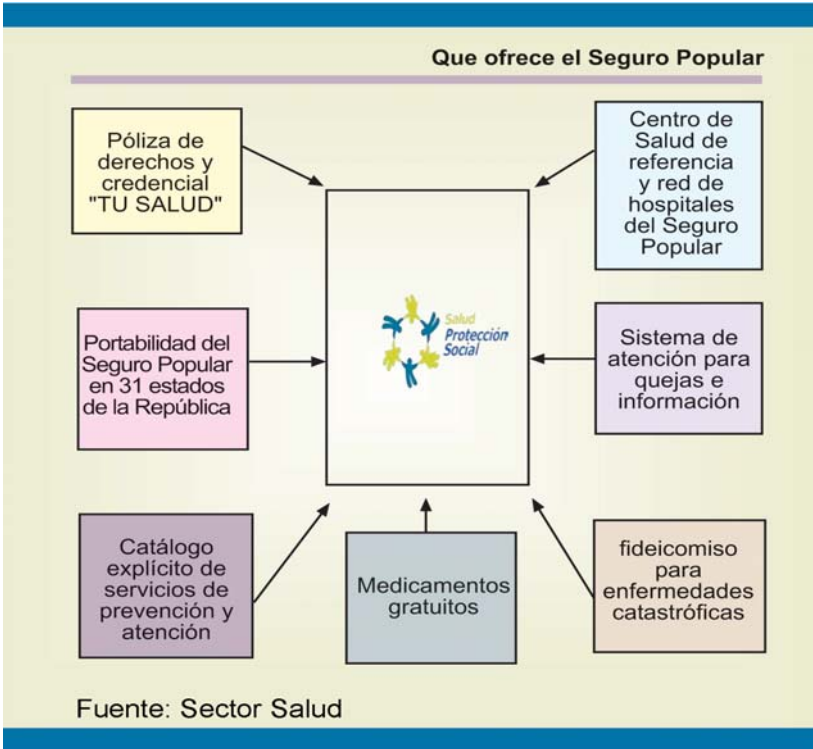


Las familias de más bajos ingresos, que no pagan el Seguro Popular, representan el 94.2% de la población afiliada

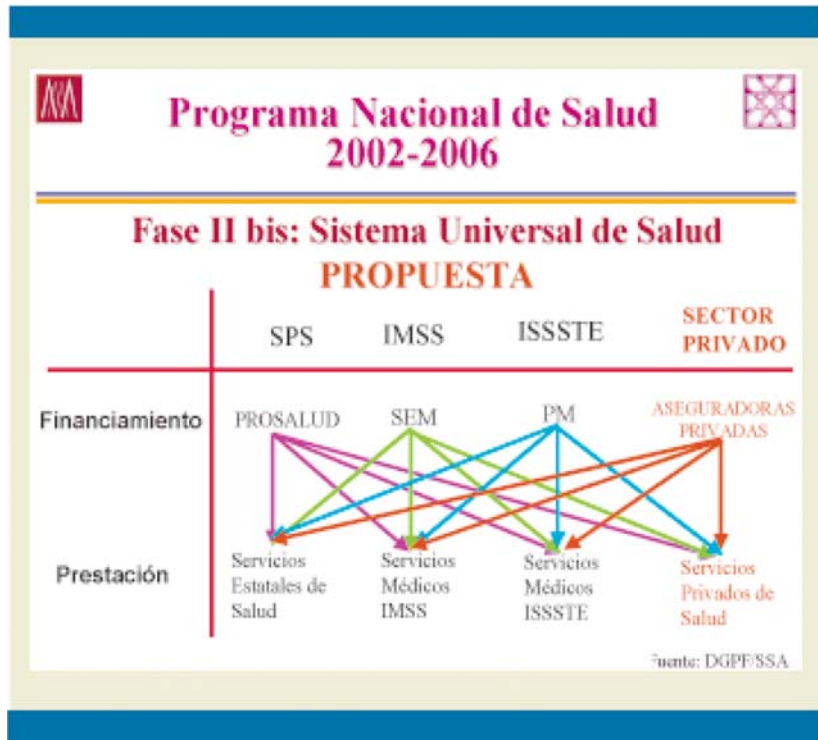
Fuente: Sector Salud

Otros aspectos importantes

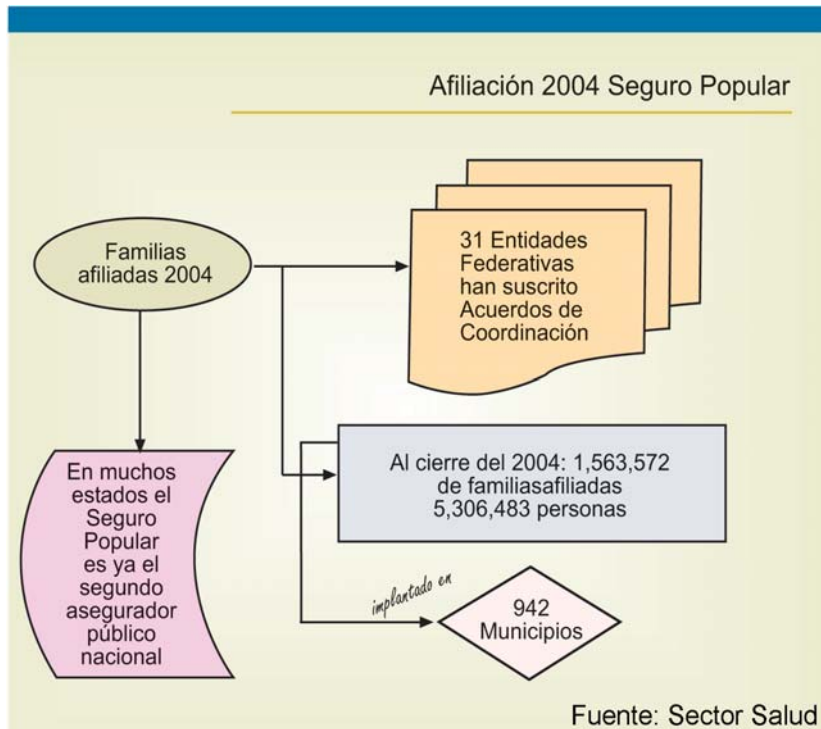
Lo que ofrece el Seguro Popular de Salud y la evolución del presupuesto. El siguiente resumen da una idea completa de ello.



La portabilidad del sistema³. El actual sistema considera ya la oportunidad de utilizar indistintamente los servicios del Seguro Popular de Salud – IMSS - ISSSTE - sector privado, mediante la compensación prevista del caso.



La afiliación y sus resultados del año 2004.

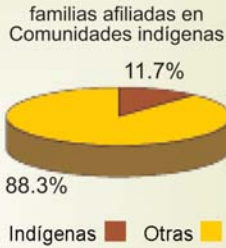


Resultados afiliación del Seguro Popular 2004



Población rural

2004
653,037
Familias rurales
41.7 %



"La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población..en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas.."

Ley General de Salud

Fuente: Sector Salud

La aplicación de los recursos.

Aplicación de los recursos según Programa de Gasto 2004 Seguro Popular




Fuente: Sector Salud

La legitimación del seguro.

Seguro Popular. Legitimación

| Motivo de reafiliación | Razones |
|---|---------|
| Lo atienden bien | 1 |
| No pagar al momento de recibir atención | 2 |
| Gastan menos por atender su salud | 3 |
| Le dan medicamentos | 4 |
| No cuentan con otro tipo de seguro médico | 5 |



El 94.7% de los hogares afiliados al SPS, tienen el propósito de reafiliarse

✓ El 93.8 % de los coordinadores dijeron que era una buena idea la existencia del Seguro Popular

✓ El 92.5 % de los proveedores de unidades de 1° y 2° nivel dijeron que era una buena idea la existencia del Seguro Popular

Fuente: Evaluación 2004. INSP

El vehículo financiero hacia la universalización.

Seguro Popular de Salud

No es un programa...

ES UN VEHÍCULO FINANCIERO

Prevención y Promoción de la Salud
 Servicios esenciales de salud, CASES
 Protección a los derechos de los usuarios de los servicios de salud
 Fortalecimiento de la oferta de la oferta Plan Maestro
 Fideicomiso Gastos Catastróficos
 Cobertura universal en VIH-SIDA y Cáncer
 Infancia



Hacia la universalización

CONCLUSIONES:

Hasta aquí, de manera muy sucinta, se ha analizado, el Sistema de Protección Social en Salud, "a la luz del pilar cero", postulado por el Banco Mundial.

Las circunstancias políticas por las que ha a atravesado dicho sistema desde sus inicios no han sido las más propicias para su implementación y desarrollo, pues no ha sido fácil su introducción dentro del Distrito Federal por simples caprichos partidistas del anterior Jefe de Gobierno, quien argumentaba una muy discutida duplicidad de beneficios. Duplicidad que alegaba y que ni siquiera tenía término de comparación con el Sistema de Protección Social en Salud, ni por la calidad de los beneficios cubiertos, ni por las instituciones hospita-

rias, ni por el costo, ni por los diferentes aspectos técnicos que se han comentado. Afortunadamente esta diferencia entre políticos fue sobreseída y a partir de julio de este año se inició la afiliación correspondiente en la capital del país.

Con todo lo expuesto se manifiesta que el Gobierno Federal actual ha encarado el Seguro Popular de Salud, ha tratado de tomar en cuenta un sinnúmero de recomendaciones técnicas, financieras y actuariales, para no trastocar el financiamiento gubernamental implícito en los demás pilares existentes de la seguridad social pública y privada. Las cifras expuestas lo confirman. Inclusive, para lograrlo, ha manejado el presupuesto con marcadas diferencias de criterio al presupuesto tradicional, como puede verse a continuación:

Diferencias entre la presupuestación tradicional y la democrática -I

| Criterio | Presupuestación Tradicional | Presupuestación Democrática |
|--|---|-------------------------------------|
| Crecimiento del gasto público en salud | Incierto | Legislado, gradual y sostenible |
| Ajuste al crecimiento de la población y a la inflación | Nulo | Automático |
| Pago de bolsillo | Persiste vía las cuotas de recuperación | Se elimina |
| Equidad entre estados | Diferencias de 8 a 1 | Compensación interestatal |
| Federalismo presupuestal | Esfuerzo estatal desigual (119 a 1) | Corresponsabilidad explícita |
| Reconocimiento de la deuda histórica | No | Vía la aportación solidaria federal |

Fuente: Sector Salud

Sin embargo, el sistema del seguro popular de salud no cuenta todavía con varios parámetros indispensables, ni con las consecuencias financieras de los mismos, por lo que no es posible emitir un juicio técnico actuarial bien fundamentado sobre el punto importante de si la protección del sistema del seguro popular de salud, en el transcurso del tiempo, será “realizable, sostenible y robusta”, a saber:

Realizable. Se refiere a la capacidad financiera de los individuos y de la sociedad.

Sostenible. Que la solidez financiera del esquema esté garantizada, hoy y en el futuro.

Robusta. Que tenga la capacidad de aguantar embates mayores, incluyendo aquellos que vienen de los riesgos económicos, demográficos y políticos.

Algunas de estas importantes situaciones de las cuales no se cuenta con información (parámetros y consecuencias financieras) y que faltan por concretar son, entre otras: el efecto financiero del tiempo tan corto que lleva el seguro, a partir de su implantación; el efecto del retraso en la entrada de afiliación para la

población residente en el Distrito Federal; los efectos del carácter compulsivo del requisito indispensable de afiliación para todos los que no tengan ninguna prestación de salud (IMSS, ISSSTE, seguro privado, entre otros); el poco volumen de jefes de hogar de los deciles I y II que se han acercado a cumplir con este requisito del sistema (lo que ha venido a favorecer su poco uso, pero que con toda seguridad será el de mayor impacto financiero, ya que conforman el régimen que no paga aportaciones); la escasa afiliación de los deciles del III al X, quienes son los que realmente aportan cuotas y sostienen al sistema; y, sobre todo, el no poder contar todavía con la información que debiese estar disponible para el público e interesados en el tema, - sobre la frecuencia y severidad de los siniestros ocurridos -, bajo el esquema de 154 intervenciones, ... , etc, etc.

Se estará al pendiente de toda esta información y de sus repercusiones en el tiempo, para poder analizar con profundidad, en un segundo boletín, si la protección otorgada por el sistema cumple con las cuatro garantías señaladas por el Banco Mundial, dentro de los requisitos considerados en el llamado “pilar cero”.

ESTIMADO SOCIO

Cualquier comentario, observación o sugerencia a este Boletín, favor de hacerlo llegar directamente a los autor: Act. José Enrique Peña Velázquez.
e-mail:jepv@cablevision.net.mx