



INSTITUTO
NACIONAL DE
ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA, A.C.

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Maestría en Administración Pública

RVOE871360

**“ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DEL SEGURO POPULAR DE
SALUD EN EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN MEXICANA”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PRESENTA:

DANIELA AGUAS BARAJAS

DIRECTOR DE TESINA:

M EN E. SERGIO SANDOVAL MATURANO

México, D. F., enero de 2014

Contenido

Introducción.....	1
1.- Del Estado de Bienestar al Seguro Popular.....	4
1.1 El Estado de Bienestar	4
1.2 Reformas al Sistema Nacional de Salud.....	9
1.3 Otros Sistemas de Salud	15
1.4 El Sistema de Salud en México	23
1.5 El Sistema de Protección Social en Salud	25
2. La Salud y la economía.....	29
2. 1 La relación entre economía y salud	29
2. 2. Las condiciones de salud y las condiciones de pobreza.....	38
2.3 Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud	41
2.4 Metodologías de medición de la pobreza	45
2.5 Características de la medición de la pobreza por CONEVAL	52
3. El Seguro Popular y su contribución en el bienestar social.....	56
3.1. El Seguro Popular como Política Pública	56
3.2. Efectos del Seguro Popular	62
3.3 Retos del Sistema de Protección Social en Salud.	68
Conclusiones.....	70
Fuentes de Información.....	72

Introducción

La creación del Seguro Popular es considerada una de las decisiones de política pública más importantes en materia de salud para la población mexicana en los últimos años, fue implementado en 2003 mediante la reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud, que desde su instauración, busca garantizar la atención médica oportuna, equitativa y de calidad para la población que no tiene acceso a las diferentes instituciones de salud en nuestro país.

El objetivo de la presente tesina es demostrar que su implementación ha tenido un efecto favorable en el bienestar de los mexicanos, al verse reflejada una disminución de la pobreza.

El supuesto es que si la población tiene asegurado el acceso gratuito a los servicios de salud, se verá favorecida al moverse a un mejor lugar en la Línea de Bienestar Económico, ya que al eliminar el gasto en lo que a atención médica se refiere, se atiende también otro factor importante para la disminución de la pobreza, que es la reducción del gasto de bolsillo en salud, por lo que las familias pueden destinar su ingreso a solventar otras necesidades.

Esto se demuestra a través de la metodología de la medición de la pobreza del CONEVAL; al introducir una variable en la población que no cuenta con acceso a servicios de salud, en este caso el seguro popular, resulta en un efecto favorable en las condiciones socioeconómicas de la población, es decir, un número importante de personas pasan de estar en una situación de extrema pobreza, a una situación de pobreza moderada y en menor medida, la población en situación de pobreza o vulnerabilidad por ingresos, ahora se ubica en un escenario de vulnerabilidad por carencia e incluso en algunos casos, han abandonado la condición de pobreza debido a que se suma el efecto del incremento del ingreso

para otras necesidades al disminuir el gasto de bolsillo.

El sistema de salud en México ha pasado por diversas etapas hasta llegar a su conformación actual, en la que se encuentra fragmentado por condiciones de condición laboral y de financiamiento. Esto ha obligado a tomar decisiones en materia de seguridad social, a fin de garantizar el derecho constitucional de la población a recibir servicios de salud.

Por una parte, las instituciones formales de salud han realizado reformas que buscan atender el problema de las pensiones y jubilaciones, además de fortalecer el componente de atención médica; sin embargo, en el caso de la Secretaría de Salud se busca revertir una situación de insuficiencia en la oferta de servicios de atención a la salud, tanto en cantidad como en calidad, originada principalmente por un compromiso desigual por parte de las entidades federativas, instancias responsables de la operación de los servicios de salud.

La implementación de una política pública debe analizarse con base en el efecto que tendrá en la economía y más específicamente, en las condiciones de la población, así como en el bienestar que traerá para la comunidad objetivo, por lo que es necesario delinear de manera cuidadosa las características y especificaciones de la metodología que se empleará para hacer el estudio.

En este caso, utilizando el método estadístico STATA y los programas proporcionados por el CONEVAL para procesar las bases de la ENIGH 2012, se realiza el ejercicio para conocer los efectos que tienen las condiciones de la población mexicana, con el propósito de establecer si la implementación de la política pública tiene efectos positivos en el bienestar de la población, o si resulta más costosa la intervención del Estado en la prestación de un bien público, lo cual aporta elementos fundamentales para tomar la decisión de su puesta en marcha, para modificar sus características y modalidades de otorgamiento o, en un caso extremo, determinar su supresión.

Esta investigación se compone de tres capítulos, a través de los cuales se presenta la evaluación del sistema nacional de salud, un marco teórico y el desarrollo del ejercicio de medición de la pobreza con el aseguramiento de la prestación de servicios de salud, en el caso del Seguro Popular.

El primer capítulo detalla el origen del sistema de salud en México, partiendo del surgimiento del estado de bienestar en la década de 1940, que concibe la salud como un bien público que debe ser provisto por el Estado, y que como parte de la primera reforma de los sistemas de salud a nivel mundial, da lugar a tres instituciones prestadoras de servicios de salud que fraccionan a la población, de acuerdo a su condición laboral y esquemas de financiamiento de los servicios diferenciados. Aborda también las posteriores reformas al sistema de salud, tendientes a la descentralización de los servicios para que los estados sean los responsables de su otorgamiento, mientras que la Secretaría de Salud, actúe como la instancia rectora del sector.

En el segundo capítulo se plantea la relación que existe entre la economía y las condiciones de salud, cómo los determinantes de salud afectan o tienen una repercusión en las condiciones económicas de un país. Existe evidencia de que el crecimiento económico tiene una estrecha relación con la mejora en las condiciones de salud y viceversa, por ello es importante realizar el análisis de la implementación del Seguro Popular como política pública, identificando las variables para la medición de la pobreza.

Finalmente, en el capítulo 3 se realiza la medición de la pobreza para determinar el efecto de la política pública. Cabe hacer mención de que existen otras metodologías para medir el grado de carencias de una comunidad o población, sin embargo, para llevar a cabo este análisis se utilizaron los lineamientos y criterios generales de la medición de la pobreza del CONEVAL para determinar si existe un

efecto positivo en los consumidores por la implementación de esta política pública de salud.

1.- Del Estado de Bienestar al Seguro Popular

1.1 El Estado de Bienestar

De acuerdo con Georg Jellinek, el Estado es *“una corporación territorial dotada de un poder de mando originario con tres elementos constitutivos que forman una unidad: territorio, población y un poder de mando originario”*¹. Otra de las acepciones mayormente difundidas es la de Max Weber que refiere al Estado como *“una comunidad humana, dentro de los límites de un territorio establecido que reclama el monopolio de la legítima violencia física”*.²

El Estado es una organización política conformada por una población, que como señala Rousseau en su obra *El Contrato Social*³, renuncia a cierta libertad para someterse al Estado del cual forma parte y le cede ciertos derechos a efecto de que vele por resguardar los derechos inalienables que le corresponden por el hecho de ser humano, como son la libertad, la igualdad y el derecho a la seguridad, confiriéndole la facultad de imponer normas de conducta generalmente aceptadas, que el hombre está dispuesto a acatar para una correcta convivencia de los individuos como colectividad.

El Estado es un ente dinámico que va modificando su actuación a medida que la comunidad que la conforma va adaptándose al contexto histórico, cultural y social en el que se desenvuelve. El poder de mando o gobierno del Estado debe adecuar sus funciones a la realidad de la población a la que sirven, con la finalidad de cumplir con su objetivo.

Otra de las funciones que se le atañen al Estado, adicional a la conservación del

¹ Jellinek, Georg, *Teoría General del Estado*. México, Ed. Pedagógica Latinoamericana, 1997, pág. 107.

² Weber, Max, *El Político y el científico*. México, Ed. Coyoacán, 1922, pág. 9.

³ Rousseau, Juan Jacobo, *El Contrato Social*. México, Ed. Losada, 1762.

orden público, está vinculada con la actividad económica que los individuos que la conforman desarrollan para su supervivencia. Los expertos en la materia, a lo largo del tiempo han tenido opiniones muy variadas respecto al alcance que la actuación del Estado debe tener sobre la economía.

Mientras muchos pensadores coinciden en que la participación del Estado en la economía debe ser lo más mínima posible, existe otro grupo de expertos que opina que el Estado debe participar directamente en el quehacer económico para mantener ciclos económicos con escasas fluctuaciones que no alteren abruptamente el poder adquisitivo de los individuos y preservar un desarrollo social estable.

El dinamismo del Estado y de la sociedad, han conducido la actuación de esta institución y especialmente de su gobierno hacia la adopción de diversas acciones con el objetivo de restituir el orden social y mantener la tranquilidad en la comunidad, en situaciones de extrema crisis, con graves consecuencias económicas y productivas tal como ocurrió después de la Gran Depresión.

La crisis económica de 1929, también conocida como *Gran Depresión*, desencadenó reacciones que tuvieron graves repercusiones financieras a nivel mundial que perduraron por un considerable periodo de tiempo. Esta crisis trajo consecuencias no solamente de carácter económico, sino también de carácter social.

Con una elevada tasa de desempleo, una abrupta caída de la producción y una enorme pérdida del poder adquisitivo de las personas, la actividad económica carecía de los elementos suficientes para emprender nuevamente el camino hacia la expansión y el desarrollo, y el denominado sector privado no pudo por sí solo implementar las acciones necesarias que restauraran la economía, tal como ocurrió en Estados Unidos y en otras partes del mundo.

La intervención del Estado para corregir fallas del mercado, en su papel de proveedor de bienes públicos, se caracteriza según Krueger (1990) por la presencia de altos costos que hacen que su accionar en ocasiones resulte más grave que el efecto de las mismas fallas que intenta corregir.

Estas “fallas del Estado”, que pueden ser por omisión o por comisión, obedecen entre otras razones a que existen burocracias inexpertas en las que la implementación de políticas públicas no recae en economistas/tecnócratas, además de que existen grupos de interés que buscan apropiarse de las rentas, sin dejar de mencionar el alto costo que conlleva la corrupción.

Mueller (2003) establece además que la maximización de la ganancia del burócrata está en la búsqueda de poder y que una de las formas en las que se ve materializado este poder es en el tamaño de la agencia del gobierno a su cargo, para lo cual utiliza su conocimiento de la función de costos de la agencia para obtener mayores presupuestos de los requeridos, situación que hace más ineficiente la intervención del gobierno.

Determina que existen bienes públicos puros propios del origen del Estado, tales como la defensa nacional y la procuración de justicia e identifica otros que se derivan de contratos sociales, reconocidos regularmente en la constitución como derechos, como en el caso de la Educación y de la Salud.

Es en este punto, que surgen los primeros indicios de lo que luego se denominaría el Estado de Bienestar, el cual se inspira en el pensamiento del economista John Maynard Keynes⁴, quien menciona en su obra “Teoría General de la ocupación, el interés y el dinero” de 1936, la importancia de que el Estado interviniera en una mayor medida en las actividades económicas del país, generando empleos, participando en los sectores productivos a través de empresas estatales y

⁴ Keynes, John Maynard, *Teoría General de la Ocupación. El Interés y el Dinero*. México Ed. Fondo de Cultura Económica, 1936.

otorgando una infinidad de apoyos que estimularan la producción nacional y la ocupación de las personas que se encontraran en edad de trabajar.

El *Estado de Bienestar*, como lo señala Juan Rosales Núñez, tuvo su logro más importante al conformarse como una institución de pacificación social en las democracias liberales, cuestión caracterizada por dos rasgos fundamentales:

1. La obligación explícita, jurídica y política que asume el Estado de suministrar apoyo y asistencia ha los que han sido afectados por el mal funcionamiento de la economía, específicamente del mercado.
2. El reconocimiento, también explícito, formal y legal, de los sindicatos como interlocutores en la negociación colectiva no sólo en los aspectos contractuales laborales, sino en la misma formulación de la política económica y de los planes de gobierno.⁵

Uno de estos derechos sociales, la Salud, es el tema de este documento y constituye uno de los pilares a través de los cuales se concibió el Estado de Bienestar en sus orígenes.

El surgimiento del Estado de Bienestar se ubica en la Alemania de Bismarck a finales del siglo XIX donde el clima de agitación social llevó a establecer los Seguros Obligatorios Contributivos contra enfermedades (1883), contra accidentes (1884) y para la invalidez y vejez (1889), creando el primer sistema estatal de políticas sociales.

Ordóñez (2002), Rossi y Rubilar (2007) señalan que en el financiamiento de estas acciones intervinieron 3 actores principales: el seguro contra enfermedades se financiaba por el empresario (2/3 partes) y por el trabajador (1/3); el seguro contra accidentes por el empresario en su totalidad y el sistema de pensiones por vejez o

⁵ Núñez, Juan, *Gerencia pública. Administración Pública contemporánea*. México, Ed. Gernika , 2004. pp. 39-40.

invalidez por partes iguales entre el trabajador, el empresario y el Gobierno.

A pesar de que el fin de estos seguros obedeció a presiones políticas de grupos de interés (pensiones a cambio de poder y autoridad), su constitución es el punto de partida para muchos de los sistemas de seguridad social, incluido el mexicano, que en la actualidad conservan estos esquemas de financiamiento.

La concepción formal del Estado de Bienestar se da en Inglaterra, después de la crisis de los años 30, con el Informe Beveridge publicado en 1942 en el que se plasma que el bienestar de los ciudadanos debe ser materia del Gobierno, y que el establecimiento de un sistema de prestaciones sociales debe estar financiado con el pago de impuestos para los ciudadanos en edad laboral.

En el informe Beveridge de 1942, así como en una segunda obra presentada en 1944⁶, destacan 2 elementos fundamentales para los sistemas de Salud: La necesidad de un sistema nacional de salud que prestara atención médica a toda la población que la requiera y, de manera complementaria, la necesidad de un eficaz sistema de protección social como señal de una situación de pleno empleo.

Estos 2 elementos, delimitan históricamente la conformación del Sistema de Salud Mexicano y lo ubican en lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) llama la Primer Generación de Reformas de los Sistemas de Salud⁷, desarrollada entre 1940 y 1950, y caracterizada por la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y por la extensión de los sistemas de seguro social a los países de ingresos medianos.

⁶ W. H. Beveridge, *Full Employment in a Free Society*. junio, 1944.

⁷ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, pp. 15-20.

1.2 Reformas al Sistema Nacional de Salud

En México, en 1943 se crea por un lado la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que fusiona las actividades de salud preventiva y de asistencia social, y por otro el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el objetivo de ofrecer seguros contractuales-contributivos contra riesgos a la salud, a la vida y a la vejez.

Más tarde, en 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), constituyendo así tres pilares principales de atención a la salud en México.⁸

De entrada se puede identificar una primera segmentación en estas tres instituciones, con relación a los servicios (bienes públicos) que otorgan pues la SSA se dedica principalmente a servicios de atención médica y asistencial, mientras que el IMSS y el ISSSTE incluyen protección contra enfermedades, vejez y muerte.

Una segunda distinción es respecto de la población objetivo (criterio de exclusión): mientras que el IMSS atendería a la clase trabajadora con una relación formal de empleo y el ISSSTE a los empleados del gobierno y a sus familias, la SSA se encargaría de la llamada población abierta, esto es, familias pobres urbanas y rurales no aseguradas.

La tercera gran diferenciación es respecto de la forma en que se financian los servicios. Por una parte, el IMSS y el ISSSTE consideran tres aportaciones fundamentales: la primera de los trabajadores para los seguros de pensión y de salud, la segunda del empleador (en el caso del ISSSTE, el mismo Gobierno) y la

⁸ Surgieron otros sistemas de seguridad social para sectores específicos de la población como el de Petróleos Mexicanos o los correspondientes a las fuerzas armadas (Defensa Nacional y Marina), además de la oferta privada de servicios de salud.

tercera que corresponde a una contribución del Gobierno Federal para cada trabajador y su familia; por otra parte, la SSA se financia casi exclusivamente de las aportaciones del Gobierno Federal y en forma marginal de las contribuciones que pagan los usuarios como cuotas de recuperación, valoradas de acuerdo con su respectivo perfil socioeconómico.

La segunda generación de reformas, es ubicada a finales de la década de los 70, y Frenk (2004) la caracteriza por el desarrollo de acciones de descentralización de los servicios de salud, de fortalecimiento de la cobertura con atención primaria a la salud y del reconocimiento del derecho constitucional a la protección de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla del encarecimiento en el otorgamiento de servicios de salud ante una demanda creciente en cantidad y en intensidad del uso de los servicios, situación que llevó al inicio del proceso de descentralización de la SSA (hasta ese momento en 14 entidades) a través del cual se transfería a los gobiernos estatales la responsabilidad de la operación y el financiamiento de los servicios de salud de primero y segundo nivel (consulta y especialidades), manteniendo la SSA la rectoría del Sistema Nacional de Salud y el tercer nivel de atención (alta especialidad).

En lo que respecta a la atención primaria de la salud, los esfuerzos se enfocaron en poblaciones rurales con pocos servicios y las poblaciones urbanas pobres, en acciones de rehidratación oral, atención a la salud reproductiva y materno-infantil, programas de vacunación universal, calidad de los servicios, calidad del agua y acceso a la educación básica.

En materia legal, en 1984 tuvo lugar una reforma constitucional que reconoce en el artículo 4° el derecho de todo ciudadano a la protección de la salud, además de la promulgación de la Ley General de Salud.

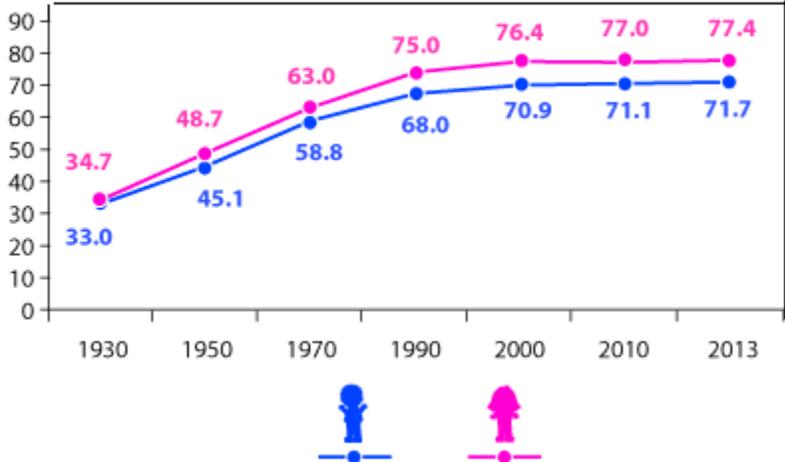
Finalmente, la tercera generación de reformas inicia en 1995 mediante la

conclusión del proceso de descentralización de la SSA, la certificación de unidades médicas, la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la regulación de Instituciones de Seguros Especializados en Salud, así como la creación de esquemas de fortalecimiento financiero en el IMSS a través de la creación de las administradoras de fondos para el retiro (AFORE).

Al iniciar el milenio, México enfrenta condiciones sociodemográficas, epidemiológicas y financieras que representan un reto mayúsculo para la provisión de los servicios de salud:

- Demográficas. Gómez-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011) nos muestran la transición que ha vivido el país en cuanto a la expectativa de vida que pasó de 34 años en 1930 a 75 años en los inicios del siglo XXI, además de que la tasa de mortalidad general presentó un descenso de 27 defunciones por 1000 habitantes en 1930 a 4.9 por 1000 en 2008;

Gráfica 1. Esperanza de Vida en México (1930-2013)

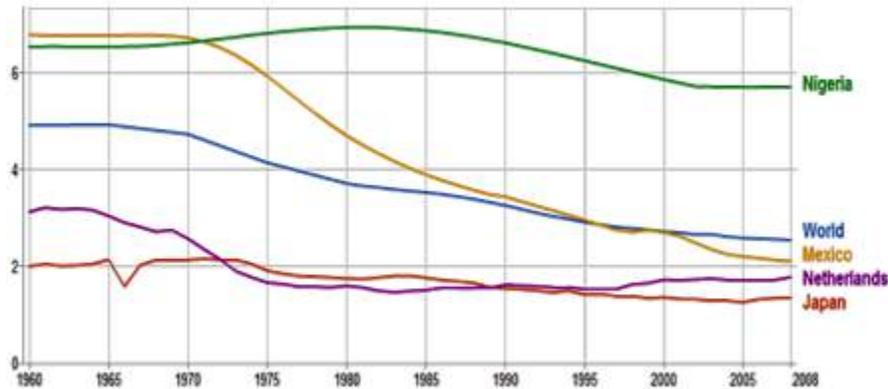


FUENTE: INEGI. Indicadores sociodemográficos de México (1930-2013)

La tasa de nacimientos disminuyó, pasando de 7 a 2 hijos, de 1960 a la fecha (Gráfica 2), mientras que la tasa de mortalidad en infantes menores a 5 años

descendió drásticamente, pasando de 136.5 muertes por cada 1000 nacimientos, a tan solo 16.9.

Gráfica 2. Tasa de fertilidad (hijos) 1960-2008



Fuente: Banco Mundial, Indicadores del desarrollo mundial. Noviembre, 2010

Esto significa que demandamos más servicios de salud que la población de 1943 y que se requieren de mayores recursos para atender esa demanda de población, además de ser distintos a los demandados originalmente, incrementando la necesidad de especialidades gerontológicas (asociadas al envejecimiento).

- Epidemiológicas. Además de transitar hacia una población cada vez más adulta, los estilos de vida de los mexicanos también se han modificado pasando a una sociedad sedentaria con hábitos alimenticios deficientes.

Esto se traduce en padecimientos de alto costo, asociados a enfermedades crónico-degenerativas, como diabetes, hipertensión, problemas cardiacos, insuficiencia renal y cáncer, por citar las más importantes.

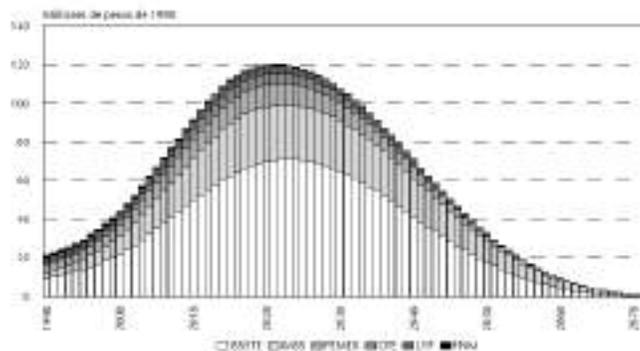
- Financieras. En materia de salud, la descentralización de los servicios de salud implicaba que los gobiernos en las entidades federativas destinaran mayores recursos para hacer frente a la demanda creciente; sin embargo, los resultados fueron muy disimilares (entre estados una relación de 119

veces a 1), con un bajo nivel de gasto (5.8% del PIB), gastos crecientes en servicios personales y decrecientes o nulos en ampliación de infraestructura médica y equipamiento, así como en mantenimiento y conservación de los activos, con asignaciones inerciales y contribuciones estatales inequitativas (de 8 a 1).

Ante estas condiciones, la calidad de los servicios se vio disminuida y en consecuencia incrementó el pago de bolsillo por servicios privados (54.6% del gasto total en salud).

En el caso del financiamiento, el crecimiento de la población en años de vida ha presionado significativamente los compromisos de pensiones y de acuerdo con el Consejo Nacional de Población las instituciones que representan el 94% del pasivo ni siquiera con la totalidad de su patrimonio tendrían recursos suficientes para hacerles frente (ISSSTE, IMSS, LFC, Banrural y PEMEX) y se podría financiar solamente el 39% de las obligaciones totales.

Gráfica 3. Composición de las Erogaciones del IMSS por concepto de pensiones



Fuente: Consejo Nacional de Población (CONEVAL)

Esta condición se explica, además de la falta de equidad en las cuentas generacionales para la contribución del pago de pensiones, por un fenómeno observado en los últimos años en el que los empleadores reducen sus obligaciones de seguridad social con el IMSS, disminuyendo “formalmente” el nivel

de ingresos de los trabajadores y dejando así la mayor carga de estos gastos al gobierno federal.

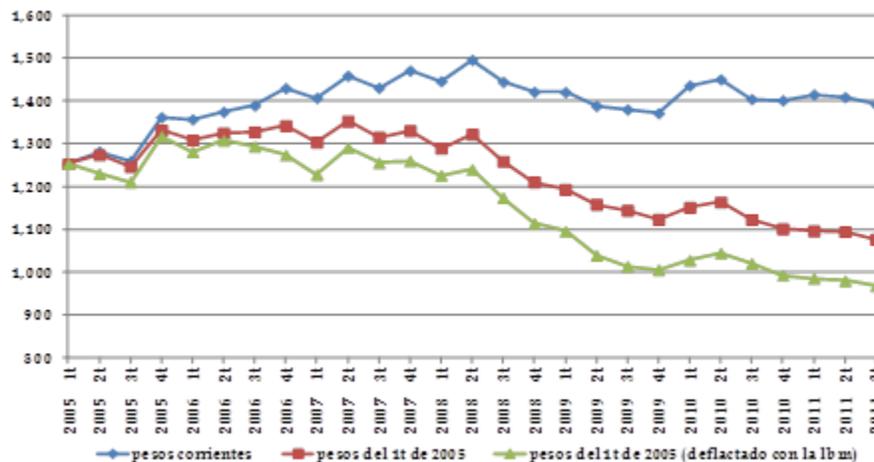
Esto se puede mostrar en las siguientes gráficas que muestran que, a pesar de que el número de trabajadores afiliados al IMSS ha ido en aumento, superando los 15 millones de personas (gráfica 4), el ingreso per cápita muestra una disminución en términos nominales (gráfica 5).

Gráfica 4.
Trabajadores afiliados al IMSS



Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Gráfica 5.
Ingreso Laboral per Cápita



Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

1.3 Otros Sistemas de Salud

Existen algunos modelos alternativos de financiamiento de los sistemas de salud público y privado (Canadá, Estados Unidos, Costa Rica y Chile) los cuales han demostrado mejoras en los indicadores de salud de su población.

El modelo de salud en Canadá es financiado por el Gobierno federal, estatal y municipal. El sistema es diferenciado para hospitales, el Ministerio de Salud y atención ambulatoria.

Las principales características son: financiamiento público a través de impuestos generales, descentralización de operación a nivel de provincia o estado, ausencia de un sistema privado paralelo al público para los servicios que éste cubre para toda la población; en todas las proveniencias, los gastos operativos de los hospitales son financiados a través de un sistema de presupuesto global, mientras los gastos de inversión y de equipo son financiados y controlados por las provincias; y los médicos son pagados en base a servicios prestados por un ente central asegurador, que ha hecho posible el control de gastos.

Este sistema ha sido considerado uno de los mejores en el contexto de los países desarrollados y el éxito se basa en la capacidad de contener costos y mejora de los indicadores de salud con costos moderados. Parte del éxito se basa en el mecanismo de presupuesto global a los hospitales y al mecanismo de financiamiento de los médicos por consultas de salud y otros servicios ambulatorios.

El sistema de financiamiento global consiste en que el hospital recibe sus gastos de operación por un monto fijo. La principal ventaja del sistema es que permite autonomía a la gerencia del hospital sobre gastos, incentiva el control de gastos

en nueva tecnología y permite un mejor control de los gastos hospitalarios, controlando el déficit. Sin embargo, no es perfecto, una de sus desventajas es que no necesariamente incentiva el mejor uso de los recursos, tiene problemas de control de calidad de las prestaciones, no incentiva un aumento en servicio y no incentiva la integración de servicios con otros niveles de atención.

El sistema de pagos por servicios a los médicos consiste en un reintegro de acuerdo a una lista de precios acordada entre el ministerio y los sindicatos de trabajadores de salud. Los pagos los hace una especie de compañía nacional de seguro de salud. Los pacientes pueden escoger cualquier médico de su predilección para los servicios, que incluyen consultas médicas y exámenes de laboratorio y rayos X.

A pesar de su éxito, el sistema canadiense comienza a inquietar a los estudiosos que se preguntan si será posible seguir manteniendo un control estricto de los costos en una era de cambios demográficos, cambio tecnológico rápido y acelerado crecimiento del poder y costos de los hospitales. Esto conduce a un desbalance considerable entre los aspectos preventivos y curativos de la medicina, con el consiguiente problema para el control de costos en el futuro. Ello lleva a considerar las serias limitaciones del sistema de financiamiento global de los hospitales y a plantearse nuevos mecanismos de financiamiento. Entre las alternativas sugeridas por los expertos se incluyen la consideración de otras formas de financiamiento a la atención de salud en un sistema mixto (público-privado), explotando las ventajas de sistemas privados como los HMOs de los Estados Unidos e introduciendo un sistema de transferencia de recursos a las provincias y hospitales sobre la base de estimaciones de gastos *per cápita*, en vez de presupuesto global.

También se podrían considerar pagos por los usuarios. Estos no pagan nada por servicios hospitalarios o ambulatorios cubiertos por el plan nacional de seguro de salud. Las medicinas proveídas fuera de los hospitales son a cargo de los

pacientes, excepto de aquellos residentes mayores de 65 años de edad.⁹

El modelo existente en Estados Unidos puede describirse como el de un sistema público débil y privado fuerte. En este sistema la mayoría de los empleados asalariados se incorpora en cualquiera de una gran cantidad de compañías privadas de salud, Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs, Health Maintenance Organizations) u otras. Los no asegurados y los indigentes son cubiertos, en principio, por hospitales estatales, de condados y ciudades y por el programa federal Medicare.

Los servicios hospitalarios estatales y municipales son financiados con impuestos generales o específicos estatales y municipales. Estos prestan servicios a todos los no asegurados. Con el incremento de enfermedades crónicas, la drogadicción y los pacientes crónicos del SIDA, muchos hospitales están en aguda crisis financiera y los servicios prestados son bastante deficientes.

El sistema de ayuda federal Medicare es un programa que financia el cuidado de salud de los indigentes, ancianos y los inválidos. Medicare paga por servicios prestados a los beneficiarios basado en un sistema de pago prospectivo, esto es, determinando un precio fijo por cada uno de los 467 grupos de diagnóstico especificados para atención hospitalaria y por atención de consulta y exámenes prestados por los médicos. En este sistema los precios no están determinados por los costos o la calidad de servicio de cada hospital (como en el sistema de reembolso por costos que existía antes de 1983), de tal manera que un hospital puede experimentar pérdida o ganancia si el pago es mayor o menor a los costos. Tampoco el pago está relacionado con el tiempo de estadía en el hospital. Este sistema ha disminuido el tiempo de los pacientes en los hospitales y ha aumentado el número de las atenciones ambulatorias y atención en la casa. Sin

⁹ Patricio V. Márquez, *Cost Control in Health: A Country Overview of Country Experiences in the Americas*, Mimeo, The World Bank, 1989.

embargo, un problema es que muchos hospitales y médicos no aceptan pacientes beneficiarios del Medicare la calidad del servicio muchas veces no es la mejor. Las consultas médicas se reembolsan en base a ciertos precios establecidos por el sistema. Hay un solo nivel de precios, el que es bastante bajo y desestimula la entrada de médicos de mayor prestigio.

El pago de los usuarios al momento de recibir la atención es generalmente nulo en los hospitales públicos (estatales, de condado, ciudad) y para los beneficiarios de Medicare. Recientemente hubo una propuesta para expandir la cobertura del sistema para cubrir eventos “catastróficos”, como, por ejemplo, enfermedad crónica grave o accidente. Para esto los beneficiarios deberían pagar un *premium* y una sobretasa de impuestos para ayudar a financiar este beneficio pero la ley no fue aprobada finalmente.

Los problemas principales del plan son el incremento desmesurado de costos, atribuido, en parte, al sistema de seguros ofrecido por compañías privadas que llevaría al sobreuso de servicios y en gran parte atribuido al sistema de seguro de mala práctica que compran los médicos y hospitales. La posibilidad de ser demandado por mala práctica ha llevado a éstos a sobreprotegerse, aplicando gran cantidad de exámenes diagnósticos innecesarios para reducir la probabilidad de ser demandados. Otro problema grave es que un número considerable de personas no es lo suficientemente pobre como para calificar para Medicare.

En el caso de Costa Rica su modelo es un sistema nacional de salud de cobertura universal donde la parte no hospitalaria de medicina preventiva y curativa simple es financiada por impuestos generales y la parte hospitalaria por impuestos específicos en las nóminas de los trabajadores. El sistema es administrado centralmente por dos instituciones, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), que también administra un sistema de pensiones de vejez, invalidez y muerte. La participación privada es marginal y sólo cubre una pequeña parte de no asegurados y no indigentes.

Este sistema ha sido considerado como bastante exitoso en términos de acceso para la población más pobre y los excelentes indicadores de salud que ha alcanzado Costa Rica. La mayoría de la población está cubierta tanto para atención primaria como hospitalaria de salud, y la cobertura de agua y saneamiento es de las más altas del mundo en desarrollo. Los servicios hospitalarios son bastante buenos, aunque los servicios de consultas generales y de especialistas son bastante deficientes.

El sistema tiene, sin embargo, algunos problemas porque hay duplicidad de funciones entre el Ministerio y la CCSS; el sistema no da incentivos para mejora y ampliación de servicios (el presupuesto se basa en aportes históricos presupuestarios que no guardan relación con los servicios prestados; el servicio hospitalario cubre a personas no contribuyentes no asegurados, que son pagados por los impuestos a la planilla, en vez de por impuestos generales. Esto hace que el pago por planilla que el trabajador hace sea visto más como un impuesto. De esta forma el proveedor no se siente obligado a prestar un mejor servicio al contribuyente (porque tiene que subsidiar a otros) y el trabajador no se siente en capacidad de exigir un mejor servicio porque no tiene otra opción.

El sistema costarricense debiera evolucionar para poder enfrentar los retos de los años venideros, que incluyen una población más vieja y cambios tecnológicos importantes que van a presionar sobre los costos y el sistema de financiamiento de los servicios. Financiar estos costos con aumentos en contribuciones al trabajo tendría un efecto importante sobre el recurso abundante de Costa Rica: el trabajo. Un mejor sistema de financiamiento debiera poder distinguir el pago por seguro de salud que hacen los trabajadores del subsidio a los que no pueden pagar. Este pago debiera hacerlo el Estado al proveedor con fondos generales de impuestos. Los trabajadores pudieran tener la opción de comprar seguro privado de salud y negociar primas y coaseguros, quitándole el monopolio a la CCSS.

Por otro lado el modelo actual en Chile es un modelo mixto, que incluye un sistema público fuerte con un sistema privado todavía pequeño pero con gran dinámica de expansión. Hasta finales de los años 70 el sistema, sin embargo, era casi enteramente público tanto para medicina curativa hospitalaria como medicina preventiva. A diferencia de Costa Rica, el Ministerio de Salud tenía todos los hospitales y era el responsable por la atención hospitalaria de toda la población. Las cajas de previsión que existían eran responsables sólo por el manejo de los fondos de pensiones.

Los cambios radicales en la organización del sistema, que empezaron en 1980, transformaron el sistema único en un sistema de administración descentralizada consistente en lo siguiente: (i) división del sistema único de salud en 26 servicios regionales autónomos con director propio, con amplias facultades administrativas y de manejo de personal; (ii) separación de la parte hospitalaria de lo que es atención primaria de salud de puestos y centros de salud; (iii) traspaso de esta última a los municipios. Estos recibieron no sólo la infraestructura, en comodato, sino también todo el personal, que pasó a ser empleado municipal en vez de empleado del gobierno central o Ministerio de Salud.

El sistema chileno tiene varias ventajas: los servicios de salud y los municipios administran autónomamente la prestación de los servicios y el personal, lo que le da al sistema bastante agilidad y rapidez para solucionar problemas a nivel de establecimiento; induce a los prestadores de servicios a aumentar cobertura, dado que su presupuesto depende de la cantidad de atenciones; induce también, a través de la competencia, a que los servicios procuren prestar una mejor atención, especialmente con los proveedores privados.

Entre las desventajas están que el sistema de pago tiene distorsiones en que los precios o pagos no reflejan adecuadamente costos marginales de prestar servicios. Debido a esto, hay un desincentivo a proveer cierto tipo de atenciones que no tienen un reembolso apropiado; hay problemas de la baja calidad de los

servicios prestados debido a que los precios pagados son muy bajos y la poca capacidad de compra de equipo y de mejora de infraestructura existente; el sistema de pago a los municipios parece tener bastantes distorsiones en precios relativos y no incentiva el uso de acciones curativas o preventivas costosas pero necesarias (hipertensión, detección precoz del cáncer; se pierden ciertas economías de escala en determinadas compras, aunque las municipalidades podrían unirse para hacer compras en conjunto y así disminuir costos.

El sistema existente en varios países de América Latina, entre ellos México es un sistema mixto público y semipúblico para indigentes y grupos de trabajadores afiliados a un sistema estatal obligatorio de seguro de salud.

El sistema público cubre con atención preventiva y curativa a la población no afiliada al sistema de seguro y a indigentes que no pueden pagar servicios privados. Los ministerios de salud hacen la política de salud, diseñan normas y procedimientos para su aplicación, supervisan y prestan ellos directamente los servicios en sus centros y puestos de salud, clínicas y hospitales. Son unas de las instituciones más grandes del país y emplean, usualmente, más del 80% del personal médico (médicos, dentistas, enfermeras) del país. El financiamiento viene directamente del presupuesto nacional, el que se calcula año a año basado en costos históricos, restricción presupuestaria y negociaciones. En este modelo no hay ningún incentivo para que los establecimientos de salud aumenten la cobertura o mejoren la calidad de los servicios prestados.

El manejo del sistema es totalmente centralizado para la ejecución del presupuesto, manejo del personal, compras y suministros y para la inversión o reposición de infraestructura y equipo, y para mantenimiento. Las unidades regionales o departamentales que existen se convierten a menudo en pequeñas burocracias sin mayor poder, ningún incentivo para mejorar servicios, y con frecuencia sólo sirven para recolectar información requerida a nivel central. No debería sorprender la poca capacidad resolutoria de estos servicios de salud.

El sistema semipúblico consiste en una o dos instituciones o cajas que reciben contribuciones obligatorias por la nómina de los trabajadores, empleadores y el Estado para financiar gastos de salud y pensiones.

Estas mismas instituciones prestan los servicios de salud, incluyendo servicios hospitalarios y ambulatorios y en algunos casos acciones de salud del ambiente y preventivas. Estas instituciones tienen usualmente una costosa y abundante infraestructura de salud y un gran número de personal médico empleado. Cubren entre un 10 y un 20% de la población, salvo algunas excepciones donde la fuerza de trabajo asalariada es un porcentaje grande de la población. . No hay, generalmente, ninguna conexión con el otro sistema de salud o el sector privado para prestar servicios a los afiliados bajo convenios de contraprestación y pago por servicios.

Los beneficiarios usan los servicios en gran medida para hospitalización y en menor medida para consultas y atención ambulatoria debido a la deficiencia de los servicios y a las grandes esperas para obtener citas. Esto lleva a muchas empresas a contratar sus propios médicos para prestar estos servicios, elevando el costo del trabajo.

Debido a la poca o ninguna conexión funcional (a través de un sistema de precios, por ejemplo) entre servicios públicos, semipúblicos y privados, existe una duplicación innecesaria de costosa infraestructura hospitalaria (especialmente de hospitales de tercer nivel) y de equipo, entre el ministerio y las cajas de seguro de empleados.

De esto se concluye que no hay un sistema perfecto de financiamiento de servicios de salud que armonice las necesidades de los usuarios, el Gobierno, que es el que debiera pagar por aquellos que no pueden hacerlo, y los proveedores de servicios, que pueden influir el número y tipo de servicios prestados. El problema

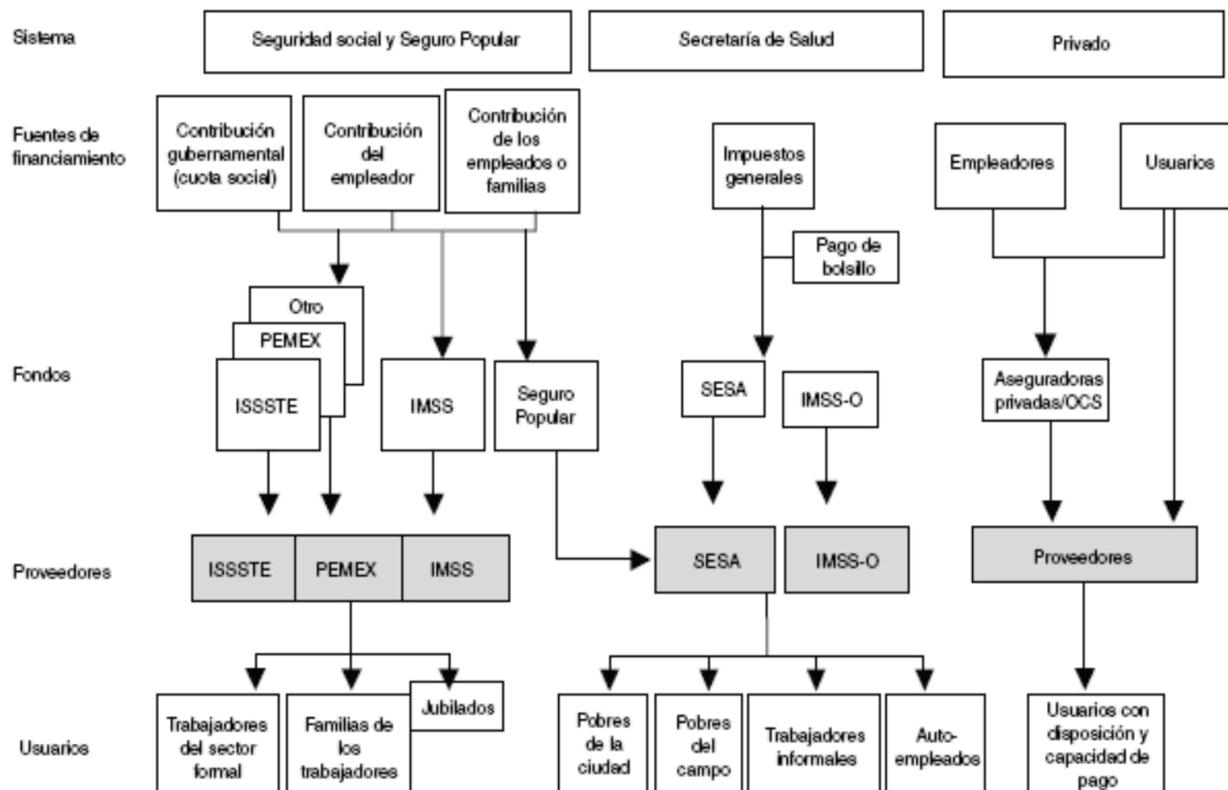
se complica aún más porque no ha estado claro cuál es el papel del sector público, el que en muchos casos ha asumido funciones de política de salud, financiamiento de servicios, de contralor, evaluador y operador de los servicios.

Pareciera que el más óptimo es el de Canadá y Chile, sin embargo, nuestro Sistema de Salud es más parecido al de Costa Rica.

1.4 El Sistema de Salud en México

Para hacer frente a los retos que enfrentaba el sistema de salud, en 2003 se reformó la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud con su operador financiero el Seguro Popular de Salud, complementando así la configuración actual que presenta el Sistema Nacional de Salud.

Gráfica 6. El Sistema de Salud en México



Fuente: Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. (2006)

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 (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). 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 SSA 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 SSA 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.

Este nuevo esquema constituyó una innovación en los sistemas de salud, al establecerse como un instrumento financiador de servicios de salud curativa de primero y segundo nivel, de enfermedades de alto costo que generan gastos

catastróficos en las familias e incluso del componente de prevención y promoción de la salud.

1.5 El Sistema de Protección Social en Salud

De manera similar a los esquemas de seguridad social del IMSS y del ISSSTE, el Seguro Popular cuenta con un financiamiento tripartita en la que intervienen los beneficiarios (afiliados) con una cuota familiar en función de sus condiciones socioeconómicas, una aportación del Gobierno Federal con carácter de Cuota Social y una aportación mancomunada entre el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales que hacen el símil de la contribución de empleador.

Este esquema cierra la brecha de la inequidad en los esfuerzos estatales para el financiamiento de la salud, ya que obliga a las entidades federativas a aportar recursos en proporción a la cuota social y en una tercera parte de la aportación solidaria federal.

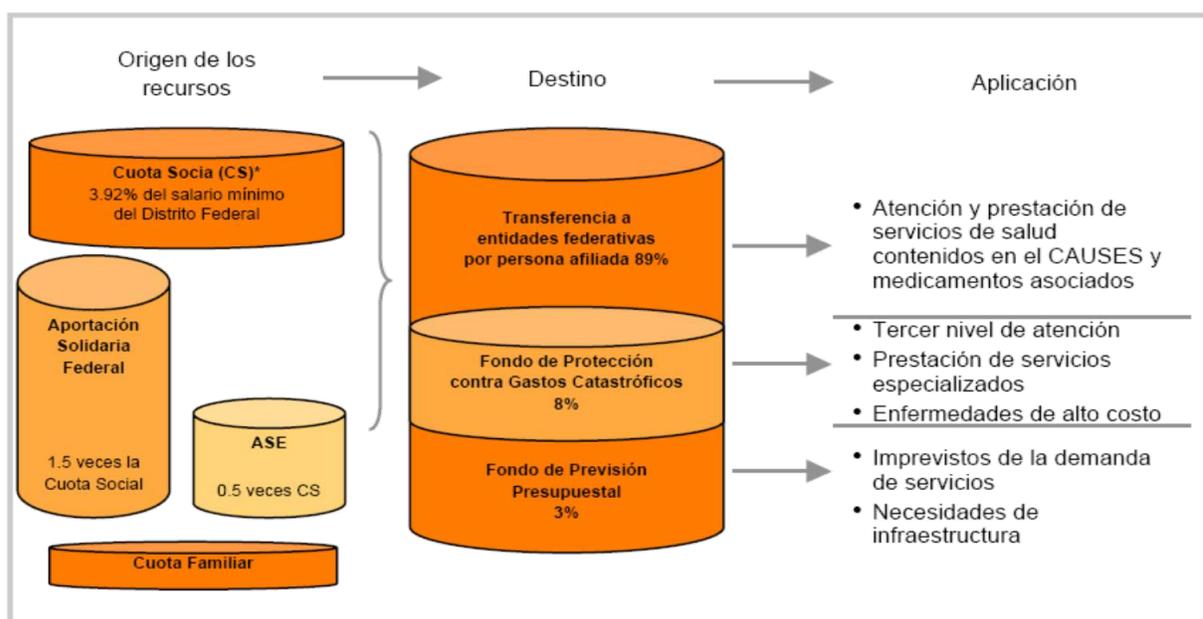
Asimismo, contribuye a eliminar la duplicidad de asignaciones presupuestarias ya que alinea los recursos que transfiere la Secretaría de Salud y los contabiliza como parte de la Aportación Solidaria Federal.

Gustavo Nigenda (2005) delinea el destino de los recursos del Seguro Popular (tanto aportaciones federales como estatales) en donde destaca el componente de recursos frescos que se transfieren a los prestadores de servicios para la atención médica (89% de las aportaciones del sistema¹⁰), un 8% para la atención de enfermedades de alto costo que generan gastos catastróficos como cáncer cérvico

¹⁰ El artículo 36 del Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio 2013, mandata la distribución de este 89% que se transfiere a las Entidades Federativas, para fortalecer las acciones del Sistema de Protección Social en Salud: Hasta 40% para la contratación (o pago de los ya contratados) de servicios personales directamente relacionados con la atención de los afiliados; Hasta 30% para adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos; Un piso de 20% para acciones de prevención y promoción de la salud, detección oportuna de enfermedades de los catálogos de servicios de esenciales de salud y de gastos catastróficos; Hasta 6% para el pago de las representaciones administrativas estatales del Sistema.

uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea de niños y adolescentes, cáncer de mama, trastornos quirúrgicos y adquiridos, así como 2% al fortalecimiento de infraestructura y equipamiento médico de primero y segundo nivel y el 1% restante a un fondo para cubrir variaciones en la demanda interestatal (Gráfica 7).

Gráfica 7. Origen y aplicación de recursos del Seguro Popular



* Actualización anual con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de resultados enero-junio 2011.

Esta aplicación de recursos busca eliminar el gasto de bolsillo que genera empobrecimiento en las familias por eventos adversos en la salud de sus miembros, asegurando la atención, tratamiento y abasto de medicamentos asociados.

Dadas estas condiciones, el estado mexicano, se vio en la necesidad de diseñar un mecanismo que permitiera garantizar la cobertura en salud de todos aquellos que por su condición laboral no tuvieran acceso a un sistema de seguridad social.

En 2003, se estableció en la Ley General de Salud el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular, el cual inició operaciones a partir de 2004. El nuevo sistema buscaba contribuir a alcanzar la cobertura universal en salud, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y fortalecer la subsidiariedad entre los diferentes órdenes de gobierno y entre la población.

Se creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), como entidad coordinadora del Seguro Popular y encargada de transferir el financiamiento a los servicios estatales de salud. En las entidades federativas, se constituyó un Régimen de Protección Social en Salud como responsable de la administración y operación del Seguro Popular en cada entidad.

Para el año 2010, el Seguro Popular había dado pasos importantes en su consolidación, convirtiéndose en el tercer sistema de aseguramiento de acceso a la salud a nivel nacional, además del IMSS y del ISSSTE, con 36 millones de afiliados. Entraba así en una fase de revisión de la política pública en la que era necesario identificar cuales habían sido los resultados logrados por el SPSS en los términos de los objetivos planteados en su creación y hacia donde se debería orientar esta política pública.

Para 2011, el Seguro Popular había logrado prácticamente la cobertura universal de salud y se había consolidado como la política en salud más importante de los últimos años. Cualquier mexicano tenía acceso a un mecanismo de protección de su salud.

En 2012 se contaba ya con una política pública consolidada en términos operativos y con reconocimiento internacional en cuanto a su diseño e implementación. El principal reto sería cómo mejorar la calidad de la atención que reciben los afiliados.

El Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, es una política pública en consolidación en la que el Estado mexicano ha canalizado importantes recursos financieros, humanos y técnicos.

La implementación de una política pública debe analizarse a través del efecto que tendrá en la economía, así como en el bienestar que traerá para la población objetivo, con el fin de identificar el impacto en el bienestar social.

En este sentido, el objetivo es demostrar, cuáles han sido los efectos reales en el bienestar de los mexicanos, específicamente en la disminución de la población en condiciones de pobreza, ya sea por la parte del ingreso o por la parte de carencias sociales.

2. La Salud y la economía

2. 1 La relación entre economía y salud

La economía es la ciencia que estudia cómo la gente y la sociedad eligen la utilización de sus recursos escasos para producir, distribuir o consumir bienes y servicios en el corto, mediano y largo plazo, analizando los costos de los efectos de dicho patrón de asignación.

La economía de la salud es la aplicación de técnicas y métodos específicos para abordar los problemas de los determinantes de la salud y el análisis de los procesos de atención de la misma para lograr la eficiencia, equidad y calidad de los procesos.

Ahora bien, la salud es considerada como el principal fundamento del capital humano, conformado por todos los hombres y mujeres de una nación, constituyendo la principal riqueza de los países, por lo que su valoración requiere de un tratamiento especial.

La perspectiva que tiene la economía de la salud en México y sus áreas prioritarias se centran en la resolución de dos procesos:

1. Combatir el rezago en los niveles de salud de amplios grupos poblacionales.

En México, grandes grupos poblacionales, en especial la población rural dispersa, presentan un rezago epidemiológico caracterizado por un exceso de enfermedad, discapacidad y muerte causadas por problemas de tipo infeccioso, así como por padecimientos crónicos y lesiones.

Para solucionar el problema de rezago en las condiciones de salud, hay que llevar el desarrollo a las comunidades y grupos a los que no les ha llegado. Por tanto, es

necesario asegurar, en primera instancia, el saneamiento básico, la dotación de agua potable, el drenaje, el empleo y la educación; asimismo, es fundamental asegurar la atención primaria para promover la salud.

2. Garantizar que el Sistema Nacional de Salud otorgue más salud a la población y un esquema financiero sustentable. El indicador de éxito será la disminución de los gastos catastróficos a los que se enfrenta la población pobre para solucionar sus demandas de salud a través del otorgamiento de prestaciones subsidiadas, equitativas y de calidad.

Una de las estrategias para combatir este rezago ha surgido el Seguro Popular; que fue concebido bajo un enfoque moderno y propio de la economía de la salud, ya que, por primera vez, se definió un paquete de beneficios, especificándose que se otorgarían 105 intervenciones de probado costo-efectividad, lo que implicó la valoración económica de los procesos para conocer sus costos, así como el análisis de la efectividad para asegurar que dichas intervenciones fueran de probada eficacia. Esto garantiza la sustentabilidad económica de la propuesta y permite la definición de los parámetros explícitos para aterrizar un esquema de rendición de cuentas.

El interés de esta disciplina en la salud se deriva de la definición propia de la economía como el uso correcto y efectivo de los recursos disponibles en un sistema, o una sociedad. Esto se debe a que en los sistemas de salud en diferentes países del mundo se ha dado en los últimos 20 años, un proceso de incremento en los costos derivados de la atención a la salud sin que se perciba una relación directa con beneficios en el nivel de salud, por ejemplo en la esperanza de vida al nacer.

Esto ha dado pie a múltiples estudios macroeconómicos que abordan la relación del sector salud dentro de la economía de los países y las relaciones con temas como la pobreza.

Otra área de aplicación ha sido la discusión de diferentes modelos de financiamiento de los sistemas de salud para responder a los retos de la atención.

Esta discusión ha generado distintas iniciativas de reforma de los sistemas de salud como en el caso de nuestro país y ha llevado, a la búsqueda de mecanismos de mercado en los sistemas de salud, que los hagan más eficientes.

A un nivel más micro en el campo de la salud, la evaluación económica ha encontrado un campo fértil, dada la necesidad de apoyar la toma de decisiones en los sistemas de salud que caracterizados por tener necesidades infinitas y recursos escasos. Como respuesta se han desarrollado diversas estrategias metodológicas que han progresado a partir de la valoración del costo-beneficio de las intervenciones, no fácilmente aceptada en el área de la salud por sus implicaciones éticas; la evaluación del costo-efectividad, que se orienta a analizar alternativas sobre un mismo problema; hasta el costo-utilidad que ha abierto una gama de posibilidades para la evaluación de políticas alternativas en el sistema de salud sobre diferentes intervenciones.

La acumulación de capital humano es uno de los factores para el crecimiento de un país¹¹, pues se reconoce que gente con mayor salud y educación es más productiva¹²; sin embargo se ha reportado que existe una relación en la otra dirección, es decir, el crecimiento económico de un país tiene efectos positivos en la salud de la población, debido a que permite mayor facilidad en el acceso a los servicios de salud, menor exposición a los riesgos ambientales, mejor acceso al agua potable y servicios de saneamiento, y mejores oportunidades para desarrollar comportamientos preventivos¹³.

Visto desde una perspectiva de la teoría Keynesiana¹⁴ la salud puede provocar

¹¹ Sushil, Haldar, *Effect of health human capital expenditure on economic growth in India: a state level study*, *Asia-Pacific Social Science Review*, 2008;8(2):79-97.

¹² Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO, 2001.

¹³ Mirvis D, Clay J, *The critical role of health in the economic development of the lower Mississippi River Delta*. Business Perspectives, 2009.

¹⁴ Los trabajadores de la salud gastan sus salarios en bienes y servicios en varios sectores de la economía y

aumento de la riqueza en cuatro formas: a) la población más saludable es económicamente más productiva, b) el uso de servicios médicos preventivos puede provocar una disminución de los costos en salud derivadas de falta de atención médica, c) la salud representa un resultado real del desarrollo económico y d) el gasto sanitario capitaliza el efecto multiplicador económico.

La relación entre el crecimiento económico y la mejora de la salud representa un área de oportunidad para mejorar la salud y el crecimiento económico. En la literatura científica hay evidencia de lo que se puede lograr, por ejemplo, se ha estimado que aumentar la esperanza de vida al nacer en un 10%, a través de las inversiones en intervenciones para disminuir las principales causas de muerte prematura, puede aumentar la tasa de crecimiento económico en 0.35% por año¹⁵. En los países en desarrollo, un aumento del 40% en la esperanza de vida se asocia con un aumento del 1.4% en el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, y la malnutrición en todo el mundo impacta negativamente al PIB mundial hasta en un 4.7%.¹⁶

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que la salud depende de varios factores y políticas que están fuera del alcance de los Ministerios de Salud. La Comisión destacó que la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos no pueden ser abordados si el sector salud está solo en el diseño e implementación de políticas públicas para mitigar las desigualdades en salud,¹⁷ por lo que hace recomendaciones a los Gobiernos para mejorar: condiciones básicas de vivienda, servicios de salud, educación, condiciones de trabajo; reducir las desigualdades en el acceso a la

el gasto público en salud es frecuentemente destinado a compra de equipo en salud y otros bienes y servicios del sector privado. Los receptores de este gasto, a su vez, gastan dinero a través de varios sectores de la economía y así sucesivamente. En resumen se provoca que haya más ingreso-gasto en la economía y esta se haga más dinámica.

¹⁵ Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO, 2001.

¹⁶ World Health Organization, *The critical role of health in the economic development of the lower Mississippi River Delta*, 2004.

¹⁷ World Health Organization, *Uniting for health across sectors: urbanization and health fact sheet*. Geneva: WHO, 2012.

participación en toma de decisión y recursos; y mejorar la transparencia y monitoreo en la medición de las desigualdades en salud.¹⁸

Además de su valor intrínseco, a la salud se le considera un medio para fortalecer las capacidades colectivas y de los individuos. Constituye, por lo tanto, un elemento clave del éxito alcanzado por la sociedad y sus instituciones de gobierno como una forma de respuesta organizada en la búsqueda del bienestar, que es el sentido último del desarrollo. Por ser una inversión en capital humano, la atención a la salud representa, junto con la educación, uno de los instrumentos más eficaces en el combate a la pobreza y en la construcción de una sociedad más justa.

Al mismo tiempo, la salud es un bien económico. Su cuidado se ha convertido, en casi todas las sociedades contemporáneas, en una actividad económica de la mayor importancia, con amplias repercusiones sobre variables críticas para el resto de la economía como la productividad, la inflación, el empleo y la competitividad.

Entonces la salud repercute sobre la economía nacional. Pero el entorno económico a su vez, modifica y afecta la salud de la población.

La situación económica de los individuos y sus niveles de salud están estrechamente relacionados, lo que convierte al ingreso en un determinante de la mortalidad y morbilidad de la población. Por ejemplo, los países con ingresos altos tienen una mayor esperanza de vida que la que reportan países con niveles de ingreso más bajo.

El nivel de ingreso *per cápita* de un país tiende a tener un impacto en el desarrollo de su sistema de salud. Existe una correlación importante entre el nivel de

¹⁸ Epstein D, Jiménez-Rubio D, Smith PC, Suhrcke M., *An economic framework for analysing the social determinants of health and health inequalities*. York: CHE, 2009.

pobreza de muchos países y el acceso al sistema de salud en términos de la probabilidad de ser atendidos por la estructura institucional del sistema en caso de requerir atención médica. En el caso de México, en las entidades donde el grado de marginación es bajo, el número de médicos por cada 1,000 habitantes es considerablemente mayor en comparación con estados más marginados. Lo mismo sucede con la atención del parto por personal calificado: mientras que en las poblaciones con nivel de marginación “muy bajo” casi todos los nacimientos son atendidos por personal calificado, mientras que para los que viven con niveles de marginación “muy altos” esta relación es sólo de uno por cada 10.

De la misma forma en que se ha encontrado una correlación importante entre la pobreza y el rezago epidemiológico (condiciones de salud de la población), se ha observado una interacción entre estos dos factores y el nivel de aseguramiento y el gasto público en salud de un país. El mayor rezago en condiciones de salud se concentra en el sur del país, que comprende, entre otros, los estados coincidentemente de mayor pobreza como lo son Oaxaca, Chiapas y Guerrero. La zona sur es la que cuenta con menores niveles de aseguramiento, gasto público en la población no asegurada y médicos por habitante. El aseguramiento, el gasto público en salud y por ende la infraestructura y los recursos humanos en salud se concentran en los estados más ricos (principalmente en el norte del país).

La salud es un factor fundamental del capital humano y tiene la capacidad de influir en la productividad, el ingreso y el crecimiento económico de las personas, las empresas y los países.

En lo que se refiere al capital humano, se ha demostrado que un rezago en salud en la infancia se asocia con un menor rendimiento escolar y laboral, lo que, a su vez, impactará en los niveles de ingreso. Las estimaciones muestran que por ejemplo para el caso de Colombia, una mejoría en el estado de salud de la población trabajadora, estimado como una reducción en los días sin poder trabajar, en una magnitud del 1%, representa un incremento en el nivel de salarios

de 0.04 a 0.07%.

Mientras que para el caso de México la tasa de retorno a la salud, estimada como una reducción del 1% en la prevalencia de enfermedad, en la población de hombres mayores de 65 años, implicaría un aumento salarial de 0.81%.

El impacto que tienen las condiciones del sistema económico en los niveles de salud también está relacionado, puesto que también la salud de los individuos puede impactar en el funcionamiento de un sistema económico.

Otro aspecto importante es la forma en que las enfermedades pueden desincentivar al turismo, causando así una importante baja en las divisas de un país. En el caso de los países con malaria, se han adoptado campañas de prevención, además de advertir al mundo, a través de los medios de comunicación, que están libres de los vectores de transmisión para incentivar al turismo. Como el ejemplo del turismo podemos encontrar otros, como lo son las decisiones de inversión en la industria y la acumulación de capital, pues los inversionistas tienden a preferir países donde las enfermedades transmisibles son menos comunes.

Las últimas dos vertientes se encuentran entre las más interesantes, particularmente por la contribución al estudio de la reforma del sector salud.

Los últimos estudios señalan la importancia del financiamiento del sistema de salud y su impacto sobre la justicia en la población y el empobrecimiento que puede generar. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la justicia en el financiamiento es una de las metas intrínsecas de todo sistema de salud, lo cual significa que éste debe garantizar que las personas paguen una contribución justa por su salud, y evitar el empobrecimiento por los gastos y financiamiento a la salud.

México ocupó la posición 61 a nivel mundial en cuanto al desempeño de su sistema de salud de acuerdo con el Reporte de la Salud en el Mundo, publicado por la OMS en 2000 y basado en datos de 1996. Esta posición, muy por debajo de países con niveles de gasto y educación similares, obedeció en gran medida a la inequidad en el financiamiento del sistema de salud mexicano, aspecto en el que se ocupó la posición 144. El pobre desempeño de México en cuanto a protección financiera está directamente relacionado con el hecho de que más de la mitad de los hogares del país no están asegurados y más de la mitad del financiamiento del sistema de salud proviene de gasto de bolsillo de los hogares. El esquema de financiamiento de la atención de la salud anteriormente descrito produce que, cada año, entre 2 y 3 millones de hogares mexicanos sufran gastos catastróficos en salud. Los gastos catastróficos son más comunes entre la población más pobre.

De ahí se deriva el tema de éste trabajo, la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) como una estrategia para mejorar el bienestar de la población mexicana. El SPSS impulsaría un esquema de aseguramiento universal a través del Seguro Popular para la población no asegurada. Este esfuerzo impactaría en primer lugar en los sectores más pobres y, al complementar el actual sistema de aseguramiento para la población trabajadora formal, tendría una influencia importante en la promoción de mayor justicia y eficiencia en el financiamiento de la salud y en reducir los gastos catastróficos entre la población no asegurada.

La última vertiente corresponde al impacto del sistema de salud sobre el sistema económico. Un sistema de salud cuyo financiamiento es ineficiente o injusto genera repercusiones negativas sobre el sistema económico. Se ha documentado, sobre todo en países de ingresos altos, que una cobertura incompleta del aseguramiento en salud genera desequilibrios en el mercado laboral y una reducción en la productividad de un país porque restringe la movilidad de la población trabajadora.

Se observa también una estrecha relación entre el porcentaje del presupuesto para la salud que proviene del gasto público, el aseguramiento, y el desarrollo económico de los países lo cual es consistente con la afirmación de que el pago de bolsillo es considerado la forma menos eficiente y más injusta para financiar la salud. Aunque se requiere de una investigación mucho más profunda para poder identificar la dirección de la causalidad, es probable que el desarrollo del sistema económico permita un mejor y mayor financiamiento de la salud, pero también que el tener un sistema financiero en salud más eficiente contribuye al desarrollo económico, a reducir la pobreza y a aumentar la productividad y la competitividad de una nación.

Otra ruta importante a través de la cual el sistema de salud tiene un impacto en el funcionamiento del sistema económico es que la forma de financiar la salud afecta la inversión que hacen las familias en otros gastos, así como a las inversiones e intervenciones que realiza el Estado. Por ejemplo, el gasto en salud tiende a afectar la inversión de las familias en otros aspectos del capital humano y hasta en sus necesidades básicas, lo cual es especialmente problemático cuando la familia no puede participar en un sistema de aseguramiento, que le ofrece protección financiera contra gastos catastróficos y gastos no esperados en salud. Una familia no asegurada tiende a pagar por la salud conforme ocurre cada evento de enfermedad, con esto se reducen los ingresos familiares por pérdida de ingresos laborales, afectando así su capacidad de invertir en otros bienes. Además, el tener que pagar en el momento de enfermarse tiende a generar un gasto mayor e ineficiente porque hay menos incentivos a la prevención y menos oportunidad de negociar el precio o de buscar un proveedor certificado y de calidad.

Al afectar la forma en que la familia puede invertir en educación, alimentación y vivienda, esta inadecuada forma de financiar la salud también reduce la eficacia de la inversión que realiza el Estado en bienes públicos como la educación.

Por tanto, las relaciones entre pobreza y salud son múltiples, importantes y complejas, su estudio y análisis a mayor profundidad permitirán a los tomadores de decisiones diseñar políticas más adecuadas que mejoren simultáneamente el desempeño del sistema económico y del sistema de salud.

El análisis de la relación entre el sistema económico y el sistema de salud ha permitido en algunos países, como es el caso de México, ligar con mayor eficacia y eficiencia las políticas del sector salud con las económicas y viceversa. La reforma a la Ley General de Salud de México para crear el Sistema de Protección Social en Salud es un ejemplo de ello.

El número y la profundidad de los estudios sobre la economía de la salud, y sobre la relación dual entre pobreza y salud, han aumentado considerablemente desde principios de los noventa a nivel internacional y nacional. Los resultados de estos estudios comprueban la importancia de la relación entre la salud y la pobreza y la salud y el desarrollo económico.

2. 2. Las condiciones de salud y las condiciones de pobreza

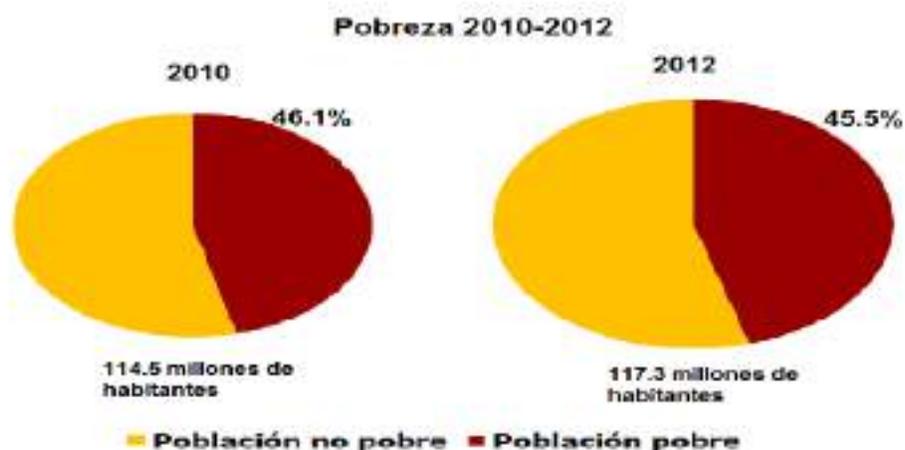
Como referencia, en el año 2000, el sistema de salud enfrentaba desequilibrios en términos de cobertura y financiamiento de la atención a la salud. Con relación a la cobertura, cerca del 50% de la población no tenía acceso a un sistema de seguridad social. En términos de financiamiento, en 2002 el gasto 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.

El gasto público como porcentaje del Producto Interno Bruto era más bajo que el de otros países de similar desarrollo y existía una distribución inequitativa de los recursos entre las entidades federativas. En ese mismo año, también se registró un bajo nivel de inversión en salud, donde México invertía en salud 5.6% del PIB,

mientras que en América Latina el promedio era de 6.6%. A su vez, la participación de las entidades federativas en el financiamiento de la salud era muy desigual, de forma que había una diferencia de 115 a 1 entre la entidad que más aportaba recursos por persona respecto a la que menos aportaba.

Por todo esto es necesario estudiar las variaciones en el nivel de pobreza de la población. La pobreza es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de exclusión social, segregación social o marginación. En muchos países subdesarrollados, la situación de pobreza se presenta cuando no es posible cubrir las necesidades incluidas en la canasta básica de alimentos.

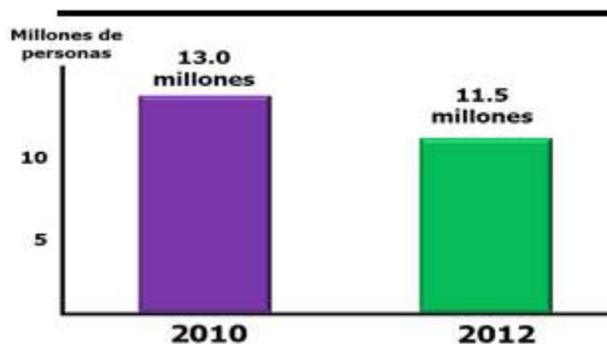
Gráfica 8. Pobreza 2010-2012



Fuente: CONEVAL

En base a los resultados del CONEVAL de la medición de la pobreza y haciendo un comparativo con el año 2010 vs 2012 podemos apreciar que el número de habitantes como era de esperarse creció para el año 2012, pero no así la población pobre en esta se vio una ligera disminución en el porcentaje.

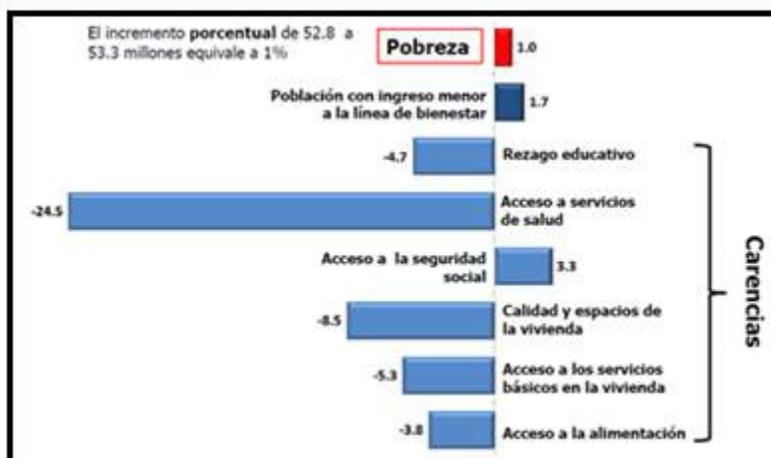
Gráfica 9. Pobreza extrema 2010-2012



Fuente: CONEVAL

Comparando los resultados con los mostrados por el CONEVAL en el 2010 el porcentaje de población en situación de pobreza ha decrecido.

Gráfica 10. Variación porcentual del número de personas en pobreza nacional, 2010-2012



Fuente: CONEVAL

La grafica nos muestra la variación que hay respecto al número de personas en situación de pobreza.

2.3 Los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud

Los determinantes de la salud es el nombre que se les da a los factores que influyen la salud y el bienestar. La salud es influida por varios factores, por ejemplo: ambientales, genéticos, y estilo de vida. Los determinantes sociales de la salud son aquellos factores que se enfocan en las condiciones económicas y sociales de las personas. La Agencia de Salud Pública de Canadá clasifica a los determinantes sociales de salud de la siguiente manera: ingreso y estatus social; redes sociales, educación, empleo y condiciones de trabajo; ambiente social, ambiente físico, practicas personales de salud, desarrollo infantil saludable, servicios de salud, género y cultura. La idea de que las circunstancias sociales y económicas de los individuos y los grupos son igual de importantes que el cuidado médico es apoyada por abundante evidencia, que sugiere que la salud de los individuos y de las poblaciones está influida por los determinantes sociales de la salud.¹⁹

La desigualdad en salud se entiende como la diferencia en resultados en salud entre diferentes grupos poblacionales, incluyendo los grupos socioeconómicos,²⁰ es decir, son las diferencias sistemáticas y estructurales en el estado de salud entre los grupos sociales.²¹ El concepto “desigualdad en salud” está estrechamente vinculado con los determinantes sociales de la salud,²² la Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS publicó en el año 2008, un estudio sobre las causas sociales de las desigualdades en salud, el reporte concluye que las desigualdades en salud no pueden explicarse solamente por la pobreza (o la distribución del ingreso) ni por la capacidad de respuesta de los servicios de salud locales; hay otros factores que están influyendo en las desigualdades en salud, estos factores están más relacionados con las fuerzas políticas, económicas y

¹⁹ National Collaborating Centres for Public Health, *Social determinants of health fact sheet*. Antigonish: NCCPH, 2008.

²⁰ Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE., *Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg: European Commission, 2007.

²¹ Exworthy M, Blane D, Marmot M., *Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy*. Health Serv Res, 2003; 38(6 Pt 2):1905-1921.

²² Marmot M, Wilkinson RG., *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

sociales, son los determinantes sociales de la salud.²³

México ha tenido avances considerables en el campo de la salud en años recientes, reflejados en el incremento de la esperanza de vida al nacer y la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil; no obstante México presenta diferencias en salud entre regiones, etnias y grupos socioeconómicos.

Por ejemplo, en uno de los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), ubicado en el estado de Guerrero, la tasa de mortalidad en menores de un año es de 66.9 por cada mil niños nacidos vivos, mientras que en una localidad con mayor IDH, ubicada en la Ciudad de México, presenta una tasa de 17.2.²⁴ El estado de Chiapas tuvo una tasa de mortalidad materna, en 2008, de 96.8 mientras que en Nuevo León fue de 30. Respecto a las tasas de mortalidad por enfermedad transmisibles para el mismo año, Chiapas tuvo una tasa de 78.6 fallecimientos, mientras que Coahuila tuvo una tasa de 41.1.²⁵ Un análisis realizado en las 713 microrregiones municipales mostró que la esperanza de vida al nacer entre 1990 y 1996 en los municipios con bajo IDH fue de 58 años, mientras que en los municipios con un mayor IDH fue de 71 años.²⁶

Se ha calculado que la tasa de mortalidad infantil tiene un rango entre 9 muertes por mil nacidos vivos, en los municipios más ricos, a 103 en los más pobres. Comunidades indígenas tienen una tasa de mortalidad infantil que es 58% más alta y tiene una esperanza de vida cinco años menor en comparación al promedio nacional y diez años menor en comparación a la Ciudad de México²⁷. Al realizar un análisis por deciles de ingreso, la tasa de mortalidad infantil del decil más pobre es

²³ Commission on the Social Determinants of Health., *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health.*, Geneva: WHO, 2008.

²⁴ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico.* Ciudad de México: FCE, 2006.

²⁵ Cordera R, Murayama C., *Los determinantes sociales de la salud en México.*, Ciudad de México: UNAM; 2012.

²⁶ Zurita B, Lozano R, Ramírez T, Torres JL., *Desigualdad e inequidad en salud.* Caleidoscopio de la salud, Ciudad de México: FUNSALUD, 2003.

²⁷ Barraza-Llorens M, Bertozzi S, Gonzalez-Pier E, Gutierrez JP., *Addressing inequity in health and health care in Mexico.* *Health Affairs*, 2002; 21(3):47-56.

de 38 por mil y la del decil más rico es de 19.7 por mil. La estatura media de un adulto del decil más pobre es de 1.53 metros y la del decil más rico es de 1.61.²⁸

Respecto a recursos de salud, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, el porcentaje de partos atendidos en los 386 municipios de muy alta marginación es ligeramente superior al 36%; en contraste, en los 247 municipios menos marginados, la cobertura en unidades médicas alcanza casi el 94%. En base a indicadores estatales, se calcula que las mujeres que dan a luz en hospitales varía desde menos del 10%, en los municipios más pobres, hasta poco más del 80% en municipios con mayores ingresos; un patrón similar se muestra en los prestadores de salud, por ejemplo, en los municipios de ingresos bajos había una disponibilidad de cinco médicos por 100 mil habitantes, mientras que en los municipios de mayores ingresos la disponibilidad era de 20 por cada 100 mil.

Los datos anteriores ayudan a explicar porque la desigualdad, en términos de salud, acceso a los servicios de salud y financiamiento, es un tema prioritario para el Gobierno de México. Distintas acciones en salud y desarrollo social se han puesto en marcha en México para disminuir las desigualdades en salud, sin embargo, no se tiene documentado cuales acciones intersectoriales que inciden en los determinantes sociales de salud se han implementado y tampoco se sabe cuáles han sido sus beneficios en términos de salud y económicos.

Esto permite vincular el concepto de pobreza con la creación de mecanismos de integración y cooperación social, así como con la búsqueda de un desarrollo sustentable y respetuoso del medio ambiente. Asimismo, al disponer por primera vez de información a nivel estatal y municipal sobre los niveles y características de la pobreza, se podrá dar un seguimiento puntual a las diferencias entre los distintos estados y municipios, y en especial a las brechas entre regiones.

²⁸ Comisión Mexicana sobre macroeconomía y Salud, Macroeconomía y salud. *Invertir en salud para el desarrollo económico*, Ciudad de México: FCE, 2006.

La Secretaría de Salud de México reconoce que el estado de salud de una población es el reflejo de condiciones que están fuera del sector salud. En México desde hace más de una década se trabaja bajo este enfoque, el gran ejemplo es el Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades”, dicho programa ha tenido resultados positivos en términos económicos y de salud y ha servido como base metodológica para varios programas contra la pobreza alrededor del mundo. México va más allá de las acciones intersectoriales gubernamentales, pues busca integrar a todas las partes interesadas de un problema específico. Actualmente esta nueva generación de programas intersectoriales está encabezada por el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria. Hace falta contar con información específica sobre el impacto de las acciones en salud en los determinantes sociales de la salud, queda claro que es un área de oportunidad para informar mediante evidencia científica a los tomadores de decisión; por lo que la Secretaría de Salud de México se podría comprometer a realizar esfuerzos para fortalecer la evaluación y la planeación de las acciones intersectoriales que se lleven a cabo.

Un ejemplo reciente es la Cruzada Nacional contra el Hambre que incluye entre sus objetivos el de eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de crecimiento de niños y niñas en la primera infancia. Está claro que para que este objetivo se convierta en realidad el sector salud tiene que colaborar de manera muy activa con el resto de los sectores; así queda claro la importancia de disminuir los niveles de pobreza para mejorar las condiciones de la población en México.

2.4 Metodologías de medición de la pobreza

La pobreza es un tema importante para la mayoría de los países, dado que los esfuerzos por combatirla tienen alta prioridad entre los objetivos de la política económica y social de los distintos países. Sin embargo, este fenómeno social ha adquirido en los últimos tiempos nuevas dimensiones y magnitudes. La mayoría de los gobiernos, destinan importantes recursos a la generación de datos estadísticos sobre el grado y las características de la pobreza, considerados como un insumo de gran valor para la formulación de políticas públicas.

La determinación de las personas u hogares pobres y la formulación de índices de incidencia e intensidad de la misma han venido a ocupar un papel tanto polémico como relevante en la formulación de políticas públicas y en el estudio general del fenómeno.

Cualquier estudio de pobreza que aspire a tener un mínimo de rigor científico, debe transitar por lo menos por tres aspectos: Definición conceptual de la pobreza, elección del método de identificación y adopción de medidas.

Para analizar la pobreza lo primero que se tiene que hacer es definirla. Una vez establecidos los aspectos que abarca el término "pobreza", su medición requiere de indicadores cuantificables, que guarden relación con la definición elegida. Sea cual fuere ésta y el o los indicadores utilizados, el proceso de medición tiene dos elementos: la identificación de las personas que se considere pobres y la agregación del bienestar de esos individuos en una medida de pobreza.

De acuerdo a Spicker identifica once posibles formas de interpretar esta palabra: "necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable"²⁹. Todas estas interpretaciones serían

²⁹ Spicker Paul, *Poverty and Social Security*, Ed. Roudledge. London, 1993.

mutuamente excluyentes, aunque varias de ellas pueden ser aplicadas a la vez, y algunas pueden no ser aplicables en toda situación.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, se refiere a la pobreza como la incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable (PNUD, 1997). Entre los aspectos que la componen se menciona llevar una vida larga y saludable, tener educación y disfrutar de un nivel de vida decente, además de otros elementos como la libertad política, el respeto de los derechos humanos, la seguridad personal, el acceso al trabajo productivo y bien remunerado y la participación en la vida comunitaria. No obstante, dada la natural dificultad de medir algunos de estos elementos como la "calidad de vida", el estudio de la pobreza se ha restringido a los aspectos cuantificables de la misma, usualmente relacionados con el concepto de "nivel de vida".

Por su parte, la CEPAL la ha definido como "la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros (...)"³⁰. A ello puede agregarse que "la pobreza (...) es un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las condiciones precarias de vivienda, bajos niveles educativos, malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo, poca participación en los mecanismos de integración social, y quizás la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna manera de la del resto de la sociedad".³¹

Amartya Sen define a la pobreza como "la privación de capacidades básicas para funcionar dentro de la sociedad: una persona que carece de la oportunidad para conseguir ciertos niveles mínimos aceptables en dichas realizaciones o

³⁰ CEPAL y Dirección General de Estadística y Censos de Uruguay, Bosquejo Metodológico del Mapa de la Distribución de Necesidades Básicas Insatisfechas en el Uruguay, 1988.

³¹ Altimir, Oscar, La Dimensión de la Pobreza en América Latina. Cuadernos de la CEPAL, Naciones Unidas, 1979.

funcionamientos"³². Las realizaciones relevantes pueden comprender desde las físicas elementales, como estar bien alimentado, adecuadamente vestido, vivienda, salud, entre otros muchos aspectos, hasta logros sociales más complejos como el nivel de participación que permita la sociedad.

De acuerdo con Sen, la pobreza es un mundo complejo y complicado que requiere un análisis claro para descubrir todas sus dimensiones porque "Los seres humanos somos fundamentalmente diversos".

Existen factores geográficos, biológicos y sociales que multiplican o disminuyen el impacto de los ingresos en cada individuo. Entre los más desfavorecidos hay elementos generalmente ausentes, como educación, acceso a la tierra, salud y longevidad, justicia, apoyo familiar y comunitario, créditos y otros recursos productivos. Ser pobre, según Sen, no significa vivir por debajo de una línea imaginaria de pobreza, por ejemplo.

Más que medir la pobreza por el nivel de ingresos que se perciben, Sen recomienda calcular lo que ese individuo puede lograr hacer con esos ingresos para desarrollarse, teniendo en cuenta que esos logros varían de un individuo a otro y de un lugar a otro.

Dentro de la lógica planteada por Amartya Sen, Julio Boltvinik (2003) define a la pobreza como un proceso multidimensional en el que el bienestar de los hogares y las personas depende del ingreso corriente; los activos no básicos y la capacidad de endeudamiento del hogar; el patrimonio familiar; el acceso a bienes y servicios gratuitos; el tiempo libre y el disponible para trabajo doméstico, educación y reposo y, los conocimientos de las personas.

Los principales métodos para la medición de la pobreza son básicamente 3, el enfoque directo, el enfoque indirecto y el enfoque combinado o mixto; basan su

³² Sen, Amartya, Poverty, Inequality and Unemployment: Some conceptual Issues in Measurement, Economic and Political Weekly. Vol.8, 1974.

atención en tres ámbitos: necesidad, estándar de vida e insuficiencia de recursos respectivamente.

Método Directo

El método directo es una alternativa metodológica al método de líneas de pobreza y representa una conceptualización distinta de esta (Sen, 1984). Bajo éste método se observa directamente las condiciones de vida de la población: Qué tan lejos de los estándares sociales se encuentren esas condiciones de vida determinará la clasificación de una persona como "pobre" o "no pobre". Una persona pobre es aquella que no satisface una o varias necesidades básicas, como por ejemplo una nutrición adecuada, un lugar decente para vivir, educación básica, etc.; en este sentido, podría decirse entonces que el método relaciona el bienestar con el consumo efectivamente realizado.

Con éste método se verifica si los hogares han satisfecho una serie de necesidades previamente establecidas y considera pobres a aquellos que no lo hayan logrado.

La medición de la pobreza a través de ésta metodología requiere de la elección de características de los hogares que "además de representar alguna dimensión importante de la privación, también se encuentren lo suficientemente asociadas con las situaciones de pobreza como para representar a las demás carencias que configuran tales situaciones".³³

Existen ciertas carencias que se han constituido en el común denominador de las aplicaciones de este método; como son: hacinamiento, vivienda inadecuada, desabasto de aguas, carencia de servicios sanitarios; educación y un indicador indirecto de capacidad económica. Este último concepto no mide una necesidad básica propiamente, sino que intenta reflejar la probabilidad que tiene el hogar de obtener recursos suficientes y su capacidad de consumo.

³³ Instituto Nacional de Estadística y Censos, La pobreza en Argentina, INDEC, Buenos Aires, 1984.

Una vez elegidos los indicadores de necesidades básicas se establecen los umbrales de privación que definen la situación de carencias críticas. El umbral elegido debe corresponder a la mínima satisfacción posible de necesidades que sea compatible con una participación adecuada en la sociedad para que toda la población esté en capacidad de superar en algún momento esas carencias.

La "necesidad" se refiere a la carencia de bienes y servicios materiales requeridos para vivir y funcionar como un miembro de la sociedad; por lo tanto, bajo este enfoque se limita la atención a artículos específicos. En este sentido, el indicador de bienestar más aceptado ha sido la satisfacción de ciertas necesidades.

Método Indirecto

El enfoque "indirecto" se caracteriza por clasificar como pobres a aquellas personas u hogares que no cuentan con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas; en este sentido, este método evalúa el bienestar a través de la capacidad para realizar consumo.

El método se caracteriza por utilizar "líneas de pobreza", las cuales establecen el ingreso o gasto mínimo que permite mantener un nivel de vida adecuado, según ciertos estándares elegidos. Es decir, se considera pobres a aquellas personas con un ingreso menor a la línea de pobreza.

En América Latina el uso de una línea de pobreza es bastante común, sin embargo, en los países desarrollados se tiende a utilizar un criterio "relativo", que fija la línea de pobreza en relación a los ingresos medios de un país. De esta forma, la pobreza se considera como una situación de "privación relativa", en la cual un individuo es más o menos pobre según cuánto tengan los demás.

El método relativo, de acuerdo a Sen, se originó como respuesta a los fallidos estudios de pobreza de mediados de siglo, en los que la línea de pobreza utilizada era absoluta en términos de bienes, y no reflejaba las nuevas necesidades de las

personas a lo largo del tiempo. Al considerar la condición de pobreza en función de lo que tienen los demás, este método no necesita de reajustes periódicos al nivel de la línea de pobreza, ya que se producen automáticamente con la variación de ingresos de un país.

De acuerdo a Hagenars y Van Praag (1985), la elección de enfoque entre pobreza "absoluta" y "relativa" restringe arbitrariamente el problema de acuerdo a la percepción del investigador. De hecho, dentro de ambos enfoques se requiere de juicios de valor, como por ejemplo, la fracción de la media o de la mediana de ingresos donde se sitúa la línea de pobreza (en el método relativo), o la canasta de bienes que satisface requerimientos nutricionales mínimos (en el método de costo de necesidades básicas). Por contraste, los autores señalan que el método subjetivo está libre de esas "arbitrariedades", ya que en él la definición de pobreza está dada por la población y no por quien realiza el estudio.

Típicamente se utiliza una "pregunta de ingreso mínimo", en la que se consulta sobre el ingreso mínimo que el encuestado y su familia requieren para vivir. La respuesta es el valor límite que separa las condiciones de ser "pobre" y "no pobre". Por tanto, ese ingreso mínimo depende de algunas variables: tamaño del hogar, edad de los integrantes de ese hogar, vivienda, salud.

El término "estándar de vida" no se refiere exclusivamente a privaciones predeterminadas, sino también al hecho de vivir con menos que otras personas. Por ello, su indicador primario es el consumo de bienes. Bajo este enfoque se considera pobres a las personas cuyo ingreso o consumo no es suficiente para mantener un nivel de vida considerado mínimo.

Método Combinado

A partir de los enfoques directo e indirecto surge este enfoque que combina mediciones tanto multidimensionales como monetarias para cuantificar la pobreza. Se trata de un método desarrollado de manera singular por Julio Boltvinik y cuyo principal propósito es superar las restricciones que manifiestan los enfoques de línea de pobreza y de necesidades insatisfechas.

Para Boltvinik la pobreza es “un proceso multidimensional en el que el bienestar de los hogares y las personas depende de seis fuentes: ingreso corriente; activos no básicos y la capacidad de endeudamiento del hogar; el patrimonio familiar; el acceso a bienes y servicios gratuitos; el tiempo libre y el disponible para trabajo doméstico, educación y reposo y los conocimientos de las personas”³⁴. Todas ellas son centrales en la definición global del término pobreza. Considera que una aproximación al fenómeno sólo es posible si se toman en cuenta todas estas dimensiones.

Aquí la medición es por la "insuficiencia de recursos" que puede ser interpretada como la carencia de riqueza para adquirir lo que una persona necesita. Bajo esta interpretación, la satisfacción de las "necesidades" no basta para que una persona deje de ser pobre, pues esa satisfacción puede no haber sido procurada por medio de recursos propios. Aquí el indicador asociado es el ingreso disponible. Este método está ligado con la interpretación de pobreza como "insuficiencia de recursos", ya que la satisfacción de necesidades específicas es irrelevante, y lo que importa es que los recursos disponibles permitan llevar una "forma de vida aceptable" de acuerdo a los estándares sociales prevalecientes.

La elección de la metodología dependerá del resultado que se quiera obtener, para este caso la metodología a utilizada es la del CONEVAL, la cual considera la situación multidimensional de la través de las carencias y los ingresos para satisfacer las necesidades.

³⁴ Boltvinik, Julio, Tipología de los Métodos de Medición de la Pobreza, Los Métodos Combinados, Banco de Comercio Exterior: Rev. Comercio Exterior, Vol. 53, Núm 5. México, 2003.

2.5 Características de la medición de la pobreza por CONEVAL

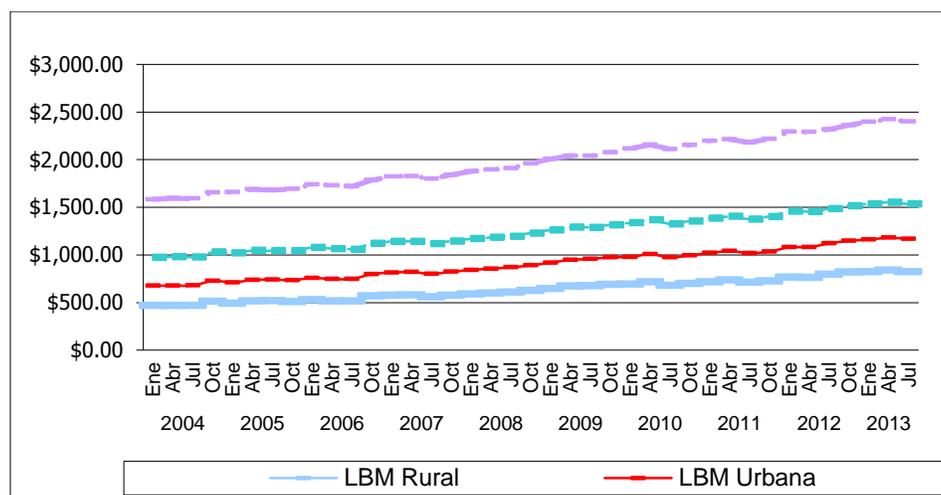
El CONEVAL establece que una persona es pobre si es carente tanto en el espacio del bienestar como en el espacio de los derechos y dice que una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional cuando no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y si sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades.

De acuerdo con el CONEVAL, y a diferencia de la medición tradicional de la pobreza con base en el ingreso, actualmente se consideran las condiciones de vida de la población a partir de 3 espacios: bienestar económico, derechos sociales y contexto territorial.

El primer espacio se refiere a las necesidades asociadas a los bienes y servicios que puede adquirir la población mediante el ingreso, específicamente, el ingreso corriente, el cual representa el flujo de entradas, no necesariamente monetarias, que le permiten a los hogares obtener los satisfactores que requieren, sin disminuir los bienes o activos que poseen, para lo cual se define la línea de bienestar esta hace posible identificar a la población que no cuenta con los recursos suficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades para lo cual se define la línea de bienestar económico (LBE) y la línea de bienestar mínimo (LBM), identificadas a partir de la determinación de 2 canastas básicas, una alimentaria y otra no alimentaria³⁵ y esta permite identificar a la población que, aun al hacer uso de todo su ingreso en la compra de alimentos, no puede adquirir lo indispensable para tener una nutrición adecuada.

³⁵ La línea de bienestar permite identificar la población que no cuenta con los recursos suficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias (la suma del costo de las 2 canastas); la de bienestar mínimo a aquella que aun haciendo uso de todo su ingreso en la compra de alimentos, no podría adquirir lo indispensable para una nutrición adecuada (el costo de la canasta alimentaria).

Gráfica 11. Líneas de Bienestar y de Bienestar Mínimo Urbano y Rural



Fuente: Elaboración propia con datos del CONEVAL

Para efectos de la medición de la pobreza en México, CONEVAL estableció como valores de las líneas de bienestar:

- LBE Urbana: 2,329.00;
- LBE Rural: 1,490.00;
- LBM Urbana: 1,125.00;
- LBM Rural: 800.00;

De acuerdo a la metodología del CONEVAL el segundo espacio considera las carencias de la población respecto de sus derechos sociales conforme a los definidos en la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), creando a partir de ellas el índice de privación social:

- Acceso a la alimentación;
- Acceso a los servicios básicos de la vivienda;
- Calidad y espacios de la vivienda;
- Acceso a la seguridad social;

- Acceso a los servicios de salud;
- Rezago educativo promedio en el hogar.

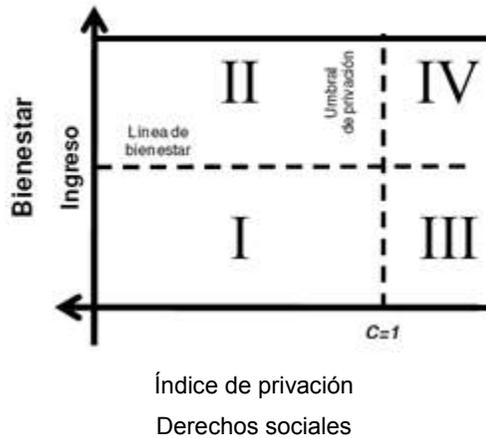
El espacio de derechos sociales permite disponer de una herramienta útil para el análisis de los avances y retos que persisten en materia del ejercicio de los derechos sociales, en específico aquellos que la LGDS establece como constitutivos de la pobreza. La adopción de este enfoque permite evaluar los avances de la política social en sus distintas estrategias y programas, tanto para el conjunto de la población como entre aquella en situación de pobreza.

Finalmente, en el espacio relacionado con el contexto territorial se consideran aspectos más allá de la individualidad, tales como condiciones geográficas, sociales y culturales vinculados con el grado de cohesión social.

Ahora bien, continuando con la metodología del CONEVAL, los espacios relevantes para la medición de la pobreza, son los de bienestar económico y de derechos sociales, y para representarlos el CONEVAL establece un plano bidimensional, donde el bienestar económico representa el plano vertical y los derechos sociales el horizontal.

Con esta definición es posible identificar gráficamente a la población vulnerable ya sea por carencias sociales [II] (Población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar) o por ingresos [III] (Población que no presenta carencias sociales y cuyo ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar), pobres multidimensionales [I] (población con ingreso inferior al valor de la línea de bienestar y que padece al menos una carencia social) y los No pobres y no vulnerables [IV] (donde la población se encuentra por arriba de la línea de bienestar y sin rezago en alguna de los derechos sociales – conocido como el umbral de privación).

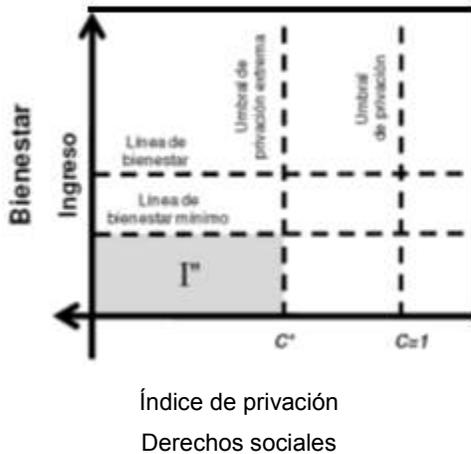
Gráfica 12. Dimensiones de medición de la pobreza



Fuente: CONEVAL

Adicionalmente, dentro de los pobres multidimensionales es posible distinguir a las personas que enfrentan una condición de pobreza moderada de las que se encuentran en pobreza extrema [I^{''}], con base en la línea de bienestar mínimo y el umbral de privación extrema.

Gráfica 13. Medición de la pobreza extrema



Fuente: CONEVAL

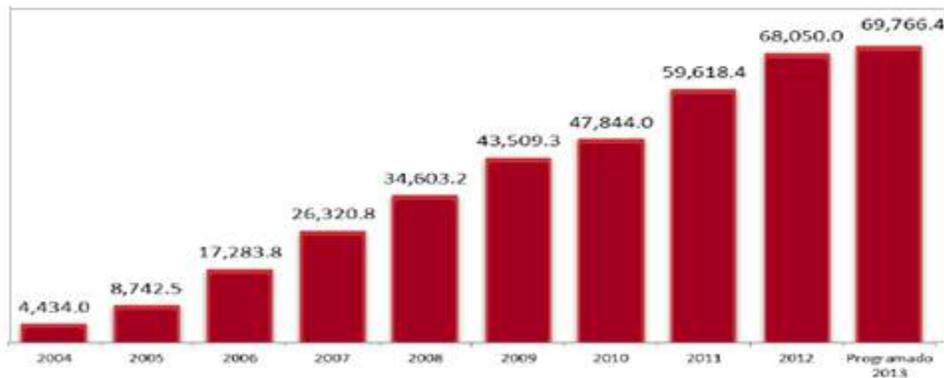
3. El Seguro Popular y su contribución en el bienestar social.

3.1. El Seguro Popular como Política Pública

En 2012 el Seguro Popular contaba ya con una política pública consolidada en términos operativos y con reconocimiento internacional en cuanto a su diseño e implementación. Para 2011, había logrado prácticamente la cobertura universal de salud y se había consolidado como la política en salud más importante de los últimos años, cualquier mexicano tenía acceso a un mecanismo de protección de su salud, a través de un esquema de afiliación gradual que privilegió en los primeros años a las familias de menores ingresos y que en 2009 requirió de una reforma en el núcleo de financiamiento al pasar de la familia a la persona,³⁶ atendiendo a las evidencias empíricas en la conformación de familias (el esquema original fue diseñado para 4.3 integrantes por familia y en el periodo de consolidación se encontró que la media nacional era de 3.0).

Esto significa un referente en el financiamiento de la salud, que ha representado un incremento en los recursos del sistema de 4,434.00 millones de pesos en 2004 a 68,050.00 millones de pesos en 2012.

Gráfica 14. Presupuesto ejercido Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 2004-2013
(millones de pesos)



1/ Incluye recursos para el Seguro Popular, Operación de la CNPSS y Otras Acciones.
2/ Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2013.

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud Informe de Resultados enero-junio 2013

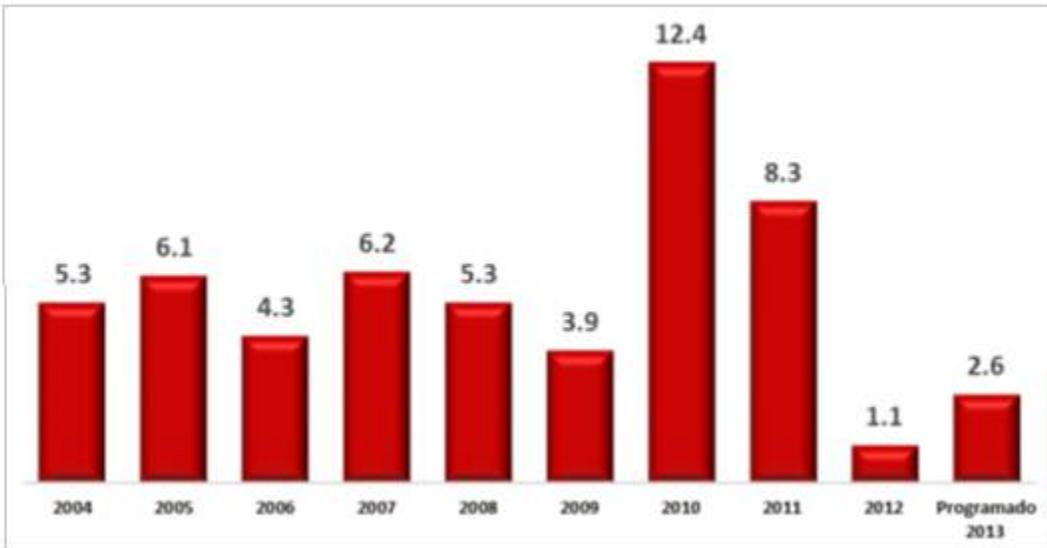
³⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de diciembre de 2009, para reformar los artículos 77 bis 12 y bis 13 de la Ley General de Salud.

Para 2013, el proyecto de presupuesto considera 77,830.1 millones de pesos para la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, de los cuales 66,791.9 millones de pesos corresponden al Seguro Popular.

Sin duda, los recursos asignados al Seguro Popular han permitido consolidarlo como uno de los pilares para el financiamiento de la salud en México; sin embargo, el incremento de recursos no significa que la política pública haya resultado eficiente ni que su impacto en el bienestar de la población mexicana sea positivo.

En términos de crecimiento neto, el año 2010 fue el del mayor dinámica, al registrar 12.4 millones de afiliados con relación al ejercicio inmediato anterior, como resultado del cambio del financiamiento por familia al financiamiento por persona.

Gráfica 15. Crecimiento neto de la afiliación al SPSS, 2004-2013
(Millones de personas)



Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Uno de los aspectos importantes a mencionar es la difusión que se le ha dado al Seguro Popular para alcanzar la cobertura “universal”. Han habido amplias

campañas publicitarias, pero éstas se han realizado en zonas urbanas y las que llegan a comunidades rurales no contemplan a los grupos indígenas, así como de anuncios en medios de comunicación, diarios, televisión, radio e Internet. El problema, por tanto, se ubica en llegar a las comunidades indígenas, pues éstas por sus condiciones económicas y de marginación no tienen acceso a los medios de comunicación.

Al mes de junio de 2013, se reporta una afiliación acumulada de 53, 287,070 personas, cifra ligeramente por debajo de la meta establecida para ese mes debido a que 14 entidades federativas debieron restringir sus actividades de afiliación por procesos electorales. Al retomar su ritmo normal en el segundo semestre, del año se estima un repunte en la afiliación.

Para medir su contribución en mejorar las condiciones de la población mexicana, se utilizaron los lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

Para ello se tomó como base la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) realizada por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística, la cual se lleva a cabo con una periodicidad bienal (a partir del año 1992) y tiene como objetivo proporcionar información sobre el monto, procedencia y distribución de los ingresos, así como características ocupacionales y sociodemográficas de los integrantes de los hogares dentro del territorio mexicano.

Asimismo, se consideró el módulo de condiciones socioeconómicas (MCS) diseñado para dar resultados a nivel nacional, con corte urbano y rural y cuyo objetivo es contar con información detallada del monto, la estructura y la distribución de los ingresos de los hogares; así como información sobre la composición familiar de los hogares, el acceso a la salud, a la seguridad social y a la educación; la seguridad alimentaria de los hogares; las características de las

viviendas que ocupan y los servicios con que cuentan estas viviendas.

La muestra incorporó 70,106 viviendas, de acuerdo con la siguiente distribución:

- 35,146 viviendas provenientes de la ENIGH 2012; y
- 34,960 viviendas cuyo financiamiento estuvo a cargo del CONEVAL para recolectar información de ingresos y características sociodemográficas de los hogares.

Utilizando el software estadístico STATA y los programas proporcionados por el CONEVAL, para procesar las bases de la ENIGH 2012, se realizó el ejercicio de medición de la pobreza, encontrando para las 2 dimensiones relevantes:

- Bienestar Económico. De los 117.3 millones de habitantes, el 45.5% (53.3 millones de habitantes) presenta un ingreso *per cápita* por debajo de la LBE, es decir poco menos de la mitad de la población. Comparado con el año 2010, que era el 52% del total de la población, esta ha presentado una disminución.

Tabla 1. Población con ingresos menores a la LBE 2012

Población con ingreso menor a la línea de bienestar	Freq.	Percent.	Cum.
0	63,956,249	54.52	54.52
1	53,349,902	45.48	100
	117,306,151	100.00	

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

De la población con ingresos por debajo de la LBE, 25.2 millones de habitantes corresponden a población que no tiene la posibilidad de adquirir, aun destinando todo su ingreso, la canasta alimentaria y por ello se ubican en la franja de pobreza extrema, es decir, que 1 de cada 4 habitantes que tienen ingresos por debajo de la

LBE, se ubican en la franja de pobreza extrema. En el año 2010 la proporción era de 1 de cada 3 habitantes de la población la cual se ubicaba dentro de esta franja, para el año 2012 esta proporción ha decrecido ya que ahora solo el 21.5% de la población se ubica en la franja de pobreza extrema.

Tabla 2. Población con ingresos menores a la LBM 2012

Población con ingreso menor a la línea de bienestar mínimo	Freq.	Percent	Cum.
0	92,037,763	78.46	78.46
1	25,272,740	21.54	100
	117,306,151	100.00	

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

- Privación Social. Al igual que la dimensión del ingreso, se obtuvieron los resultados para identificar las carencias que presenta la población mexicana respecto de los derechos sociales (rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a los servicios básicos de la vivienda, y acceso a la alimentación).

Destaca el hecho de que el 50% de la población presenta máximo 1 carencia (límite establecido en la metodología de medición de la pobreza y conocido como “umbral de privación”), el 39.6%, está entre 2 y 3 carencias (límite para el “umbral de privación extrema”) y 9.6% registran 4 o más carencias.

Tabla 3. Índice de privación social 2012

Índice de Privación Social	Freq.	Percent	Cum.
0	30,439,556	25.95	25.95
1	29,056,905	24.77	50.72
2	29,726,857	25.34	76.06
3	16,790,738	14.31	90.37
4	8,049,045	6.86	97.24
5	2,738,693	2.33	99.57
6	504,357	0.43	100
	117,306,151	100.00	

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

Sin embargo, recordando que la medición de la pobreza considera las dos dimensiones, es necesario combinar los umbrales de privación y las líneas de bienestar para delimitar la condición de la población mexicana a través de los cuadrantes de las dimensiones de pobreza.

Tabla 4. Condición de pobreza en México 2012

Cuadrantes de Bienestar y Derechos sociales	Freq.	Percent	Cum.
Pobres	53,349,902	45.48	45.48
Vulnerables por carencias	33,516,693	28.57	74.05
Vulnerables por ingresos	7,228,628	6.16	80.21
No pobre y no vulnerables	23,210,928	19.79	100
	117,306,151	100.00	

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

Estos resultados son consistentes con los reportados por el CONEVAL. Por lo cual se tomarán como base de comparación para identificar en la siguiente sección, los efectos que genera la incorporación de la población sin seguridad social al Seguro Popular.

3.2. Efectos del Seguro Popular

Con los resultados obtenidos en la sección anterior podemos realizar un ejercicio para medir el efecto que tiene sobre la población mexicana contar con acceso a los servicios de salud.

De manera inicial, al obtener la composición de la condición de acceso a los servicios de salud, se observa que para 2012, aun existían más de 25 millones de habitantes que no tenían acceso a los sistemas de seguridad formal (como el IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSSFAM) ni estaban afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)³⁷. En el año 2010 había más de 35 millones de habitantes que no contaban con servicios médicos, esta cifra ha ido en disminución.

Tabla 5. Condición de aseguramiento en México 2012

Servicios de Salud	Freq.	Percent	Cum.
No cuenta con servicios médicos	25,272,740	21.54	21.54
Seguro Popular	47,792,370	40.74	62.28
IMSS	31,697,727	27.02	89.3
ISSSTE o ISSSTE estatal	6,995,346	5.96	95.27
Pemex, Defensa o Marina	903,174	0.77	96.04
Otros servicios médicos por seguridad s	1,790,507	1.53	97.56
Seguro privado de gastos médicos	1,047,160	0.89	98.46
Otros	1,811,479	1.54	100
	117,306,151	100.00	

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

³⁷ Vale la pena destacar que la categoría "No cuenta con servicios médicos" se refiere a que no están afiliados a algún esquema de protección social en salud, pues en la actualidad una parte de esa población es atendida por los servicios de salud en las entidades federativas, descentralizados a finales de la década de 1990.

A partir de esta información, se modificaron los parámetros de programación para medir el impacto que tendría la consolidación del Seguro Popular, como mecanismo para garantizar el acceso universal de la población mexicana a servicios de salud, en los indicadores de pobreza:

- Privación Social. Se modificó la condición de aseguramiento para la población que manifestó no contar con servicios médicos, ubicándolos como beneficiarios del Seguro Popular.

Lo anterior, considerando que la Ley General de Salud establece que en 2011 toda la población abierta debía estar incorporada al esquema de protección social del seguro.

Así, el total de la población mexicana registra condiciones de acceso a servicios de salud, independientemente de su condición laboral.

Tabla 6. Condición de aseguramiento con Seguro Popular 2012

Indicador de carencia por acceso a servicios de salud 2	Freq.	Percent.	Cum.
No presenta carencia	117,306,151	100.00	100.00
	117,306,151	100.00	

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

De este modo, al comparar la nueva condición del índice de privación social respecto de los resultados alcanzados en el apartado anterior, observamos que el acceso a los servicios de salud contribuye favorablemente a disminuir el porcentaje de población que tiene 2 o más carencias y a afianzar al segmento que no presenta rezagos sociales.

De manera relevante, tiene implicaciones en el número de carencias sociales, eliminando una de las condicionantes de rezago social y dejando el número de rezagos en un máximo de 5. Asimismo, concentra al 60% de la población en el umbral de privación (una carencia) y a menos del 20% en el nivel de umbral extremo (3 carencias o más).

Tabla 7. Variaciones en el índice de privación social

Carencia	Información Basal 2012			Con Seguro Popular			Variaciones	
	Frecuencia	%	% Acum.	Frecuencia	%	% Acum.	Frecuencia	%
0	30,439,556	25.95	25.95	30,728,700	26.20	26.20	289,144	0.95
1	29,056,905	24.77	50.72	41,087,876	35.03	61.22	12,030,971	41.40
2	29,726,857	25.34	76.06	24,038,115	20.49	81.71	(5,688,742)	(19.14)
3	16,790,738	14.31	90.37	13,869,149	11.82	93.54	(2,921,589)	(17.40)
4	8,049,045	6.86	97.24	6,152,876	5.25	98.78	(1,896,169)	(23.56)
5	2,738,693	2.33	99.57	1,429,435	1.22	100.00	(1,309,258)	(47.81)
6	504,357	0.43	100.00				(504,357)	(100.00)
Total	117,306,151.00	100.00		117,306,151.00	100.00		0.00	0.00

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

Finalmente, al comparar los nuevos resultados con los cuadrantes para identificar la condición de pobreza de la población, apreciamos que disminuye la población de Pobres y de los Vulnerables por Carencias; aumentando de manera compensada el número de No pobres y no vulnerables, y vulnerables por ingresos, respectivamente.

Tabla 8. Variaciones en la medición de la pobreza

Cuadrante	Información Basal 2012			Con Seguro Popular			Variaciones	
	Frecuencia	%	% Acum.	Frecuencia	%	% Acum.	Frecuencia	%
I Pobres	53,349,902	45.48	45.48	53,273,468	45.41	45.41	(76,434)	(0.14)
II Vulnerables por carencias	33,516,693	28.57	74.05	33,303,983	28.39	73.80	(212,710)	(0.63)
III Vulnerables por ingresos	7,228,628	6.16	80.21	7,305,602	6.23	80.03	76,974.00	1.06
IV No pobres no vulnerables	23,210,928	19.79	100.00	23,423,638	19.97	100.00	212,710.00	0.92
Total	117,306,151	100.00		117,306,151	100.00			

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

Estos resultados son congruentes, si tomamos en cuenta que la modificación a los parámetros de medición, se hizo sobre el eje horizontal de las carencias y por lo tanto, el impacto en los cuadrantes se explica como un desplazamiento de los factores de izquierda a derecha, concentrando un mayor número de población a la derecha de la línea de umbral de privación.

- Bienestar Económico. En el eje vertical de la medición, se realizó un ajuste al valor de la LBE, disminuyendo el valor de los gastos destinados al concepto “Cuidados de la Salud”, bajo el supuesto de que la implementación del Seguro Popular llevará a CERO ese componente de la línea de bienestar.

Resultado del ajuste a la LBE, observamos un comportamiento positivo de la población ubicada en el cuadrante de Pobres, del cual más de 3 millones de personas ven mejorada su condición, siendo la aportación más relevante la que se refiere a la pobreza extrema que representa una disminución en su composición de 17%.

El otro aspecto favorable, es que los habitantes en condición de pobreza moderada también disminuyen su presencia, lo que significa que tiene un efecto neto sobre 1,250 mil personas, por encima de los 3 millones que fueron incorporados a esta categoría al salir de la condición de pobreza extrema.

Tabla 9. Variaciones en la medición de la pobreza por ingreso

I Pobres	Frecuencia	%	% Acum.
Pobre extremo	11,528,950	21.61	21.61
Pobre moderado	41,820,952	78.39	100.00
Línea Basal 2012	53,349,902	100.00	
Pobre extremo	9,778,614	19.42	19.42
Pobre moderado	40,564,081	80.58	100.00
LBE Modificada	50,342,695	100.00	

Pobre extremo	(1,750,336)	(15.18)
Pobre moderado	(1,256,871)	(3.01)
Variaciones	(3,007,207)	(18.19)

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

Dentro de la desagregación del cuadrante I, existen 41.8 millones de habitantes que viven en pobreza moderada, mientras que 11.5 millones de habitantes viven en pobreza extrema.

Gráfica 16. Indicadores de pobreza, 2012.



Fuente: CONEVAL

Una vez que se han realizado los ajustes para reflejar el cambio en las dos dimensiones de medición de la pobreza, por efectos del Seguro Popular, a continuación se presenta el efecto total de esta política pública en los cuadrantes de medición de la pobreza:

Tabla 10. Efectos del Seguro Popular en la pobreza en México

Cuadrante		Información Basal 2012		
		Frecuencia	%	% Acum.
I	Pobres	53,349,902	45.48	45.48
II	Vulnerables por carencias	33,516,693	28.57	74.05
III	Vulnerables por ingresos	7,228,628	6.16	80.21
IV	No pobres no vulnerables	23,210,928	19.79	100.00

Información Basal 2012			
		117,306,151	100.00

Cuadrante		Información Basal 2012		
		Frecuencia	%	% Acum.
I	Pobres	50,342,695	42.92	42.92
II	Vulnerables por carencias	36,234,756	30.89	73.81
III	Vulnerables por ingresos	7,305,602	6.23	80.04
IV	No pobres no vulnerables	23,423,638	19.97	100.01

Con Acceso a Salud y LBE modificada			
		117,306,151	100.00

		Variaciones	
I	Pobres	(3,007,207)	(5.64)
II	Vulnerables por carencias	2,718,063	8.11
III	No pobres y no vulnerables	76,974	1.06
IV	Vulnerables por ingresos	212,710	0.92

Fuente: Elaboración propia con la información de la ENIGH Y CONEVAL

Como puede observarse, la consolidación del Seguro Popular además de garantizar el acceso de los mexicanos a servicios de salud, contribuye significativamente en mejorar las condiciones socioeconómicas de la población, al mejorar a más de 3 millones de personas que de estar en situación de pobreza o de vulnerabilidad por ingresos, ahora se ubican en situación de vulnerabilidad por carencias o han abandonado la condición de pobreza, respectivamente.

A nivel general, se observa un efecto positivo con la implementación del Seguro Popular porque garantiza el acceso a los servicios de salud de todos los mexicanos y ha contribuido a mejorar las condiciones socioeconómicas de la población mexicana.

3.3 Retos del Sistema de Protección Social en Salud.

Además de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población con mayor nivel de vulnerabilidad por ingreso y por carencias sociales, el Seguro Popular enfrenta una etapa de consolidación una vez que se alcance la afiliación del total de la población, en la cual los recursos del sistema también se estabilizarán y dejarán de incrementarse de la misma forma en que se ha presentado de 2003 a la fecha. Se puede afirmar que esta etapa coincide con el informe del estado de la salud en el mundo 2010 publicado por la OMS que establece en su apartado 2 la necesidad de invertir más recursos a los sistemas nacionales de salud para ampliar la cobertura de los servicios y hacer realidad el derecho social establecido en la constitución política de nuestro país.

En este estado de consolidación, es necesario realizar cambios de fondo al sistema de salud que permita atender lo que establece en su apartado 4 la OMS como “Más salud por el dinero”, que se refiere a la eficiencia de los sistemas de salud, mejorando la calidad y atendiendo a factores externos que pueden poner en riesgo su sustentabilidad. Para el caso mexicano, se pueden identificar:

- La transición demográfica hacia una población más vieja, requiere contar con instalaciones, especialistas y programas adecuados a padecimientos de alto costo que se presentan en esta etapa de la vida, ante la pérdida de las capacidades del ser humano;
- La transición epidemiológica que nos ubica en medio de los 2 extremos que se forman entre las enfermedades de alto costo, como las crónicas

degenerativas y las enfermedades de la pobreza, como las enfermedades diarreicas agudas severas y las infecciones respiratorias agudas severas;

- La necesidad de fortalecer la atención primaria a la salud, enfocándose hacia la prevención más que en la parte curativa, con lo cual se garantiza la sustentabilidad financiera del sistema evitando mayores costos para el estado en la prestación de servicios médicos curativos por padecimientos identificados en etapas tardías, con altos costos de tratamiento y con limitaciones en los resultados para los pacientes en cuanto a la recuperación del estado de la salud;
- Eliminar la fragmentación del sistema, en específico las barreras de acceso por cuestiones de afiliación, que originan ineficiencias en la asignación de recursos, pero sobre todo que impiden alcanzar mejores resultados para los principales indicadores como la razón de mortalidad materna e infantil;
- Mejorar la calidad de los servicios de salud, con un enfoque de calidez en la atención que permita recuperar la confianza de los usuarios de los servicios y que contribuya a disminuir el gasto de bolsillo que representa casi la mitad del financiamiento de la salud en nuestro país, principalmente asociado al primer nivel de atención;
- Garantizar un paquete explícito de intervenciones para que todos los mexicanos tengan acceso a servicios de salud, que garantice su atención y su tratamiento.

Conclusiones

La conformación del Sistema de Salud en México, fraccionado tanto en sus beneficiarios como en sus esquemas de financiamiento y operación, ha dado como resultado que en todos los casos, garantice el derecho constitucional de los mexicanos a la protección de la salud, con la concurrencia de la federación y de las entidades federativas.

La descentralización de los servicios de salud para la población abierta, lejos de constituirse como el elemento de consolidación financiera y operativa que permitiera alcanzar mejores condiciones de atención en términos de calidad, equidad y acceso, trajo como resultado una carencia en el financiamiento, con el consecuente deterioro de las condiciones de atención médica, insuficiencia de servicios y, finalmente, el empobrecimiento de las familias que destinaban parte importante de su ingreso al pago de servicios médicos y de los tratamientos asociados (gasto de bolsillo).

Ante este escenario, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) representa la oportunidad de fortalecer los servicios de salud a nivel nacional, estableciendo la obligación de ley para destinar recursos a la atención médica, con la finalidad de garantizar el acceso a servicios de salud de la población con menores ingresos y evitar su empobrecimiento.

Desde el punto de vista financiero, es indudable que los niveles de gasto alcanzados en materia de salud permiten hablar de una política pública exitosa; no obstante, es necesario cuestionarse si guarda congruencia respecto a los niveles de bienestar que genera a la población.

Es así que los resultados del estudio realizado con la metodología de medición de la pobreza del CONEVAL, demuestran que la consolidación del Seguro Popular tiene efectos directos en aspectos importantes como el ingreso de los hogares y la

disminución de gastos por la atención de una carencia social.

Por otro lado, demuestra su contribución para mejorar las condiciones socioeconómicas de la población mexicana, al eliminar el elemento de carencia por salud, disminuir el número de condicionantes de la pobreza a 5 y acotar el quinto condicionante a más bajos; asimismo, en modificar la composición de la población por carencias reduciendo en más del 50% a los habitantes con mayor cantidad de necesidades.

De manera complementaria, la modificación de las LBE (Líneas de Bienestar Económico) por la supresión del componente de asignaciones para salud de la canasta no monetaria, mejora la situación atribuible al ingreso de los habitantes.

Se demuestra la hipótesis de que la implementación del Seguro Popular ha tenido un efecto favorable en el bienestar de los mexicanos al verse reflejada una disminución de la pobreza.

La consolidación del Seguro Popular representa un avance significativo en la política social, de otorgar servicios de salud a todos los mexicanos; sin embargo, existen aspectos pendientes para transitar a la conformación de un Sistema Único de Salud, desde la definición de los niveles rectores, financieros y operativos del sistema, la homologación de procedimientos y niveles salariales, hasta la determinación de los espacios (adecuados y suficientes) para la atención de la salud.

En materia social, los indicadores de pobreza muestran que si bien la reducción de las carencias por efecto de los servicios de salud es importante, es primordial continuar realizando esfuerzos por superar la pobreza extrema, donde el factor alimentario constituye el principal reto.

Fuentes de Información

Aguilar Villanueva, Luis, *Gobernanza y gestión pública*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

Barraza-Llorens M, Bertozzi S, Gonzalez-Pier E, Gutierrez JP., *Addressing inequity in health and health care in Mexico*. Health Affairs 2002; 21(3):47-56.

Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud., *Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico.*, Ciudad de México: FCE, 2006.

Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, Geneva: WHO, 2001.

Commission on the Social Determinants of Health., *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva: WHO, 2008.

Cordera R, Murayama C., *Los determinantes sociales de la salud en México*, Ciudad de México: UNAM, 2012.

Epstein D, Jiménez-Rubio D, Smith PC, Suhrcke M., *An economic framework for analysing the social determinants of health and health inequalities.*, York: CHE, 2009.

Exworthy M, Blane D, Marmot M., *Tackling health inequalities in the United Kingdom: the progress and pitfalls of policy*, Health Serv Res 2003; 38(6 Pt 2):1905-1921.

Frenk J, Knaul F, Gómez-Dantés O, col. *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*, México, D. F.: Secretaría de Salud, 2004.

Fundación Mexicana de la Salud, *La salud en México: 2006/2012 visión de FUNSALUD*, México, 2006.

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J., *Sistema de salud de México*, Salud Pública Mex. 2011; 53 supl 2:S220-S232.

H. Beveridge, *Full Employment in a Free Society*, junio, 1944.

Jellinek, Georg, *Teoría General del Estado*, México, Ed. Pedagógica Latinoamericana, 1997, pág. 107.

Keynes, John Maynard, *Teoría General de la Ocupación. El Interés y el Dinero*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1936.

Mackenbach JP, Meerdling WJ, Kunst AE., *Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union*, Luxembourg: European Commission, 2007.

Marmot M, Wilkinson RG, *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press, 1999.

Mirvis D, Clay J., *The critical role of health in the economic development of the lower Mississippi River Delta*, Business Perspectives, 2009.

National Collaborating Centres for Public Health, *Social determinants of health fact sheet*. Antigonish, NCCPH, 2008.

Noriega Carlos, Huitrón Patricia, Matamoros Miriam, *Financiamiento al Sistema de Salud en México; Serie de documentos de trabajo Innovaciones en el financiamiento de la salud*, Fundación Mexicana de la Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Núñez, Juan, Gerencia pública. *Administración Pública contemporánea*, México, Ed. Gernika ,2004. pp. 39-40.

Ordóñez Barba Gerardo, *El estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar el caso mexicano*, Revista Región y Sociedad, el Colegio de Sonora. Número 24, 2002.

Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*; pp. 15-20.

Patricio V. Márquez, *Cost Control in Health: An Overview of Country Experiences in the Americas*, Mimeo, The World Bank, 1989.

Rousseau, Juan Jacobo, *El Contrato Social*, México Ed. Losada, 1762.

Secretaría de Salud, *El Sistema Nacional de Salud en el 2030*, México, 2006.

Secretaría de Salud, *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*, México, 2004.

Sushil Haldar, *Effect of health human capital expenditure on economic growth in India: a state level study*, *Asia-Pacific Social Science Review* 2008; 8 (2): 79-97.

Tamayo Sáez, Manuel, *El análisis de las políticas públicas, en Rafael Bañón y Ernesto Carrillo, La nueva administración pública*, Madrid, Alianza Universidad, 1997.

W. H. Beveridge, *Full Employment in a Free Society*, junio, 1944.

Weber, Max, *El Político y el científico*, México, Ed. Coyoacán , 1922, pág. 9.

World Health Organization, *Uniting for health across sectors: urbanization and health fact sheet*, Geneva: WHO, 2012.

Zurita B, Lozano R, Ramírez T, Torres JL., *Desigualdad e inequidad en salud. Caleidoscopio de la salud*, Ciudad de México: FUNSALUD, 2003

Documentos Normativos

“*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*”, Editorial Porrúa. 2012

“*Ley General de Salud*”, Tomo I, Editorial Porrúa, 2012.

“*Ley General de Salud*”, Tomo II, Editorial Porrúa, 2012.

“*Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*”. Editorial Porrúa, 2012.

Sitios Web

http://ciid.politicas.unam.mx/encrucijadaCEAP/art_n10_01_04_2012/art_ineditos10_1_zamarron.pdf

<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/spss-tomoII.pdf>

<http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%c3%b3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx>

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2013.pdf

<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/spss-tomoII.pdf>

http://ciid.politicas.unam.mx/encrucijadaCEAP/art_n10_01_04_2012/art_ineditos10_1_zamarron.pdf

<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30004/1/NelsonARieraVazquez.pdf>

http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/DiarioOficial/DOF_lineamientos_pobrezaCONEVAL_16062010.pdf

<http://www.oecd.org/mexico/Mexico%202012%20FINALES%20SEP%20eBook.pdf>

<http://seguropopular.cide.edu/documentos>

http://conocimientoabierto.flacso.edu.mx/medios/tesis/hernandez_n.pdf

<http://www.slideshare.net/DanteVallesH/modelo-de-salud-familiar-en-chile-y-mayor-resolutividad-de-la-atencion-primaria-de-salud-2012>

Programas utilizados para la elaboración:

STATA 2012