

## El Seguro Popular: vía para la mercantilización de la salud

### Popular Insurance: way for the commodification of health

María del Carmen Cervantes Pérez<sup>1</sup>

**Resumen:** El Seguro Popular, sometido a la metodología cualitativa como estudio de caso, permeado por la teoría crítica latinoamericana, permitirá destacar el componente económico de este programa, el cual ejerce un doble control: 1) sobre el presupuesto público destinado a los servicios médicos esenciales dirigidos a población abierta y 2) sobre los beneficiarios, al clasificarlos en razón de su ingreso y eventualmente, emplearlos como clientela política; ambas formas de control, tienen como propósito, disminuir el gasto en salud, para posteriormente, privatizar este bien, de acuerdo a las pretensiones de ciertos organismos internacionales.

**Abstract:** Popular Insurance, subject to the qualitative methodology as a case study, permeated by Latin American critical theory, will highlight the economic component of this program, which exercises a double control: 1) on the public budget allocated to essential medical services directed open population and 2) on the beneficiaries, by classifying them by reason of their income and, eventually, using them as a political clientele; Both forms of control have the purpose of reducing health spending, and then privatizing this good, according to the pretensions of certain international organizations.

Palabras clave: Seguro Popular; informalidad laboral; privatización de la salud; financiamiento a la salud.

### Delimitación y planteamiento del problema

La política asistencial en México, a través de uno de los programas de reciente creación, el Seguro Popular de Salud, constituirá el eje de la presente investigación. Al parecer, las instancias gubernativas han ideado un programa modelo que se ocupa de la salud de la población carente de servicios médicos, sin embargo, se mantienen a buen resguardo, los verdaderos intereses que lo animan: mantener la condición de dependencia de la mayor parte de la población, lo que quiere decir que persistan las condiciones de pobreza, con la consiguiente inequidad en el acceso a los servicios de salud, con lo que se conculca el ejercicio del derecho a la plena ciudadanía; así

---

<sup>1</sup> Doctorante en Ciencias Sociales por la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla dependiente de la UAEM; disciplina: Ciencias Sociales, líneas de investigación: política pública, gobernanza. Email:karmenmsp@gmail.com.

Bayón, Cristina, Sara Ochoa y José Guadalupe Rivera González, coords. 2018. *Desigualdades, pobreza, economía informal, precariedad laboral y desarrollo económico*. Vol. III de *Las ciencias sociales y la agenda nacional. Reflexiones y propuestas desde las Ciencias Sociales*. Cadena Roa, Jorge, Miguel Aguilar Robledo y David Eduardo Vázquez Salguero, coords. México: COMECESO

mismo, el control del gasto público en este rubro resulta imprescindible para el gobierno federal.

El problema es que la población referida, si bien, tiene acceso a servicios médicos esenciales, carece de atención en caso de presentar alguna enfermedad no cubierta por este seguro, a menos que cubra las llamadas cuotas regulatorias; por otro lado, los servicios que gestiona son prestados deficientemente, ante el cúmulo de casos que atienden cada día las instancias públicas, toda vez que el SP carece de instituciones propias.

La desigualdad en materia de salud que sufre la mitad de los y las mexicanas, consistente en la falta de acceso a los sistemas de salud públicos, ha pretendido paliarse con la implementación del SP, sin embargo, este programa está ligado a efectos adversos como la focalización de la pobreza, estigmatización del individuo por falta de empleo formal, limitación en la cobertura de la póliza, cobro de cuotas regulatorias, sobre-afiliación, regulación deficiente de la colaboración público-privada, inequidad en las subvenciones federales y estatales, además de emplear a conveniencia el principio de universalidad en salud, al referirlo indistintamente a la cobertura universal o al pleno acceso de la población a los servicios.

### **Justificación y objetivos**

Si bien, la protección a la salud está garantizada en nuestra máxima ley, la realidad para la mayoría de mexicanas y mexicanos que carece de un empleo formal, los limita a recibir los servicios médicos que gestiona el SP. Ante la problemática planteada surge una serie de cuestionamientos que se centran en cómo este programa ejerce el control de gran parte de la población afiliada y cómo es el proceso mediante el cual se pretende privatizar la salud de los desfavorecidos.

Para lograr responder estas preguntas, se plantean como objetivos específicos: explicar el tránsito de la política asistencial en México, es decir, de ser un conjunto de acciones filantrópicas a una serie de acciones gubernativas; comparar los estudios gubernativos, académicos y sociales que se han hecho en torno al SP y analizar la figura jurídica da pie a la privatización de los servicios de salud, lo cual llevará a sostener el supuesto de que este programa coadyuva en el mantenimiento de las condiciones de pobreza y desigualdad de la población en esta materia, para lo cual, controla el gasto público en salud y después de un lapso, estar en la posibilidad de privatizar los servicios de salud.

## **Diseño de la investigación**

Para llegar a lo anterior, se diseñó un estudio cualitativo, de carácter retrospectivo con enfoque crítico en el que se aborda el SP como estudio de caso. Las categorías de análisis que se consideran significativas para explicar este programa: afiliación, población objetivo, cuotas familiares y reguladoras, así como las subvenciones federales y estatales que lo financian, se obtendrán de fuentes secundarias, tales como informes, encuestas, artículos, estudios y evaluaciones. El diseño incluye información proveniente de entrevistas a informantes clave, cuyos testimonios serán sometidos al análisis de contenido y de discurso. Los resultados, hallazgos y conclusiones se obtendrán por inferencia, una vez que se haga converger los datos que arrojen las fuentes a que se ha hecho mención.

Dentro del marco teórico-conceptual, se revisarán los conceptos de política pública, política social en materia de salud, seguridad y protección social, pobreza y desigualdad en salud, universalidad, equidad y ciudadanía en materia de salud, clientelismo político, asociación público-privada y financiación pública en salud, que conjuntamente con un análisis crítico, permitirá abordar el problema planteado con el grado de complejidad que le impone la situación actual, que las corrientes de pensamiento tradicionales no permitirían.

## **Introducción**

Las serias transformaciones que ha sufrido la seguridad social en nuestro país, al separar la atención médica de la pensión de retiro parecen confluir en el papel preponderante que tiene el elemento económico en: a) la entrega a privados de la captación y administración de los ahorros para el retiro de las y los trabajadores mexicanos y b) iniciar el camino de la privatización de la salud de las personas sin seguridad social, vía contratos de subrogación y licitaciones.

Una vez que México incursiona en la producción industrial, no puede incorporar a toda su población productiva, a la fecha, existe un margen sin trabajo y por tanto, sin seguridad social; porcentaje que se ve incrementado al crecer el número de desprotegidos sociales que para 2002 se aproximaba al 60% de la población total (Puentes-Rosas, Sesma y Gómez Dantés, 2005:S24) y con ello, el aumento al presupuesto destinado a servicio de salud, por lo que los tomadores de decisiones alientan la figura del SP.

Este programa se relaciona estrechamente con la administración pública federal y estatal

en cuanto a la creación de fondos públicos destinados a las instituciones de salud de los Estados que gestionan los servicios de salud; dicha gestión se reduce a los servicios médicos esenciales y medicamentos asociados (artículo 9 fracciones V y VI, Reglamento a la LGS en materia de PSS) que reciben sus beneficiarios.

A más de una década de haberse implementado, es pertinente revisar el Seguro Popular de Salud, toda vez que las condiciones que le dieron origen: pobreza, inequidad y desigualdad en materia de salud, aún subsisten; mismas que generan un acceso limitado a servicios médicos y de calidad con el consecuente déficit de salud entre la población afiliada. Uno de los aspectos a destacar es que, a través de este seguro, el Estado transfiere al individuo la responsabilidad absoluta para mantenerse sano, sin tomar en cuenta que existen determinantes sociales sobre los cuales no se tiene injerencia (sistema económico-financiero, sistemas de salud). De acuerdo a lo anterior, la pulverización del principio de solidaridad frente al individualismo exacerbado, contribuyen a una menor responsabilidad estatal respecto a la salud y a su contrapartida: la privatización de los servicios de salud.

Ante las aparentes bondades del Seguro Popular de Salud constituyó un reto desmitificarlo y presentarlo tal como es: un programa que controla presupuestalmente los servicios médicos destinados a la población desempleada, auto-empleada o en informalidad laboral y que no tarda en dar el siguiente paso: la privatización de la salud de los pobres.

### **Antecedentes**

A principios del siglo XX, hasta donde se recorre esta breve reseña, la atención médica se reducía a la función curativa; la población predominantemente rural, recurría en un primer momento a remedios caseros; los dispensarios médicos aledaños a las iglesias, dependían de la caridad de hacendados y de los dueños de minas. Los hospitales, en esos entonces escasos, se sustentaban en la beneficencia privada proveniente de las obras filantrópicas y caritativas a cargo de hacendados, propietarios de minas y prósperos comerciantes (Senado de la República, 2004: 1-8; Rodríguez y Rodríguez, 1998).

Es hasta el gobierno del General Lázaro Cárdenas que se hace un esfuerzo gubernamental por atender la salud de los mexicanos al crearse la Secretaría de la Asistencia Pública y abrirse las casas de salud en el medio rural; en menor medida subsistieron las obras de beneficencia privada.

En 1943, se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el IMSS, entre ambos, se hicieron cargo de la salud de la población, diferenciada como en la actualidad: por el trabajo. El ISSSTE se creó en 1959 para brindar pensiones y servicios de salud a los empleados del gobierno federal. Los trabajadores de PEMEX, SEDENA y SEMAR, dispusieron de sus propios fondos de retiro y de espacios donde atenderse médicamente.

Por su parte, el gobierno federal fue estableciendo institutos nacionales de salud con el propósito inicial de hacer investigación, sin embargo, también brindaron y brindan atención de tercer nivel a población abierta. No existía una cobertura limitada, sin embargo, la escasez de presupuesto orillaba a los usuarios a realizar gastos por su cuenta. Al respecto, a principios de la década de los 80's, ya se contaba con el dato de que aproximadamente 25 millones de mexicanos se encontraban “*al margen de servicios médicos profesionales*” (Laurell, 1980:89-97).

Durante el periodo posrevolucionario y lo que se conoce como el Estado de Bienestar<sup>1</sup>, el gobierno mexicano brindó servicios públicos a la población en materia de salud subsidiando hospitales e instituciones públicas, sin embargo, ya se empezaba a sentirse la injerencia del exterior que pretendía la privatización de todo tipo de servicios; con este propósito, el BM y el FMI, pugnaron porque las autoridades mexicanas desincorporaran las empresas paraestatales, proceso que comenzó a finales de la década de los 80's. De acuerdo a las medidas del denominado “*Consenso de Washington*”<sup>2</sup>, se generó una economía estable a cambio del empobrecimiento de la población, (Martínez y Soto Reyes, 2012:40-64); las mismas instancias internacionales impusieron la reducción del gasto social a cambio de “*poder recibir préstamos y renegociar la deuda*” (Homedes y Ugalde, 2010).

Propósitos como la eficiencia y la oportunidad en la prestación de servicios, fueron utilizados por las autoridades mexicanas en consonancia con las agencias internacionales citadas, para descentralizar y desconcentrar los servicios de salud, proceso que culminó en 1996, al trasladar definitivamente a todas las entidades federativas la obligación de brindar servicios médicos a la población desprotegida (López García, 2012:187, 188; Jaramillo Cardona, 2007:87).

En este contexto nace el SP, primero como plan piloto -2001- en los Estados de Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, que en conjunto, representaban cerca del diez por ciento de la población del país y padecían un bajo grado de marginación, a excepción de Campeche y Tabasco (CONAPO, 2000); en ese entonces, el gasto en salud llegaba a 5.5% del

PIB (OPS, 2002). Como programa definitivo, el programa se puso en operación en 2003, cuando la población mexicana alcanzaba 105.6 millones de personas, de las cuales, 40 millones se encontraban en pobreza moderada y 18 millones en pobreza extrema; en ese año se destinó 12.2% del dinero público a gastos en salud para población desprotegida, a través del Ramo 33 - FASSA- (Banco Mundial, 2004).

Lo anterior, indica que en la planeación del SP, se emplearon datos proporcionados tanto por instancias nacionales como internacionales, que al evaluar el costo de los servicios médicos a población abierta<sup>3</sup>, decidieron poner en funcionamiento el programa. La precarización del trabajo y la escasez de empleos formales tienen parte en el incremento de la población desprotegida, que cae en desempleo, autoempleo o en la informalidad laboral, a quienes va dirigido el programa.

La puesta en marcha de este programa fue cuestionada por académicos, grupos partidistas y representantes de trabajadores de la salud, motivados cada cual por sus propios intereses. Al respecto, el diputado federal del PRI, Javier López González, integrante, en su momento, de la Comisión de Seguridad Social del Congreso y Tesorero del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS, se refirió al Seguro Popular de Salud como *“pura demagogia”*, inculpando a Julio Frenk -impulsor del programa- porque *“se ha ido por la libre y no ha dado una explicación real, y dice que va a hacer planes piloto”* (Contreras-Landgrave y Tetelboin-Henrion, 2011:20).

Por su parte, la Doctora Laurell, en su momento Secretaria de Salud del todavía Distrito Federal, manifestó su oposición al programa, cuando en enero de 2003, con motivo de su comparecencia ante la Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado, dijo:

*“los llamados servicios esenciales y los medicamentos correspondientes...son mucho menos que los ofrecidos por los institutos de seguridad social”* y continuó: *“los estados quedan con la responsabilidad política de la prestación de servicios y la obligación de garantizar los servicios esenciales, los medicamentos e insumos”* (Ibidem, 2011:21)

El propio director general de Reglas de Operación y Presupuesto de la SSA, Mauricio Bailón reconoció que: *“el objetivo del SPS no era proporcionar servicios oportunos de calidad, ni tampoco ampliar el cuadro básico de atención... ..sino incorporar en siete años a 45 millones*

*de mexicanos no derechohabientes*”. Por parte de la academia, Carlos Welti, investigador de la UNAM, manifestó su oposición al SP en el sentido de que, con éste, se busca “*reducir el ámbito de acción del Estado en materia de salud y transferir la responsabilidad a los individuos*” (Ibid. 2011:22).

### **El Seguro Popular de Salud**

El SP, se instauró como parte de la política social de este país, justificando su existencia en razones de carácter económico y social, consistentes en evitar gastos catastróficos<sup>4</sup> y de bolsillo<sup>5</sup> a la población desprotegida y con ello, superar la pobreza y la desigualdad de la mayoría de mexicanos (CESOP 2005: 5,6). A quince años de haberse implementado, no sólo subsisten estas condiciones, sino que se han agravado, entre otras razones, por el aumento de la población, ya que entre 2004 y 2018, se pasó de 103.3 a 124.8 millones de personas (CONAPO, 2012), y por las condiciones de pobreza que al 2016, se encontraba 35.9% de la población y de pobreza extrema, 7.6% (CONEVAL, 2016).

Para esta población, el daño en materia de salud, se traduce, de acuerdo al PND 2013-2018 (DOF, 2013) en el acceso limitado a los servicios de salud, a pesar del “*creciente gasto social y la diversidad de políticas públicas*” (Ibidem, p. 59); el propio plan señala que al 2010, había 31.8% de mexicanos que no contaban con acceso a algún esquema de salud (Ibid, pp.61, 67), también reconoce que el paquete básico que ofrece el SP es limitado en comparación con la cobertura que brindan el IMSS y el ISSSTE (Ibid, p. 67).

Cabe hacer notar que el SP no fue pensado como política social emergente, como lo dijera en 2003, el secretario general del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, Roberto Vega Galina, al referirse a éste como un “*programa sexenal*”; por el contrario, ante el constante aumento de la población sin protección social y la creciente demanda de servicios de salud, el programa adquirió permanencia (Contreras y Tetelboin, 2011:22), por tanto, goza de una de las características de control.

El SP, por ley se deslinda de las intervenciones poco costo-efectivas para el sistema, al señalarse en el artículo 77 bis 1 de la LGS que la protección social consistirá en:

“la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, costo-efectividad...Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa de hospitalización para especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría en el segundo nivel de atención”.

El artículo termina diciendo: “*Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título*”. Lo anterior, constituye una manifestación expresa de que no todas las intervenciones médicas serán atendidas por el SP, dejando en doble estado de indefensión a los beneficiarios: por el desconocimiento del alcance de las intervenciones ya que son determinaciones reglamentarias que regularmente no se publicitan y por la falta de cobertura de intervenciones no costo-efectivas; este blindaje al erario público en materia de salud, desde la LGS, su reglamento en PSS, el PEF, la SHCP y la ASF, muestra el control que se ejerce desde el gobierno federal en el gasto en salud.

Así, los fondos del SP se proyectan en función de los cálculos a cuota social y aportación solidaria que la federación transfiere a los Estados, en función de las familias y personas afiliadas, no por cuanto a las necesidades de salud a población abierta. Estos fondos no se ven como inversión en capital humano sino como gasto público (LGS, artículo 77 bis 6), sin tener la obligatoriedad que impone una ley; por otra parte, el SP condiciona el pago por servicios de salud a los proveedores, a través de las acreditaciones a clínicas y hospitales públicos y privados y a la certificación de competencias personales (LGS, artículos 77 bis 9, 77 bis 30; Reglamento de la LGS en materia de PSS, artículos 23 a 30), constituyendo una carga adicional a las exigencias administrativas del sector.

Además del control del dinero público, el SP ejercería otro tipo de control: sobre la población beneficiaria. Poseer los datos personales de sus afiliados podría inducir al trato discriminatorio por parte del personal médico, una vez que se conozca el decil en el que fueron clasificados; de suyo, la focalización de la pobreza resulta estigmatizante para las familias; además de que podrían correr el riesgo de convertirse en botín político-clientelar, en el entendido de que “*los recursos públicos representan la base material de las relaciones*

clientelares que median un lejano vínculo con el Estado” (Alonso, 2007:3).

### ¿A quién va dirigido el SP?

En primera instancia, el SP va dirigido a todos los mexicanos y mexicanas (LGS, artículo 1, primer párrafo); sin embargo, sólo afilia a quienes carezcan de servicios médicos institucionales; así mismo, toma en cuenta la calidad que se guarde dentro del núcleo familiar: cónyuges, concubenarios, madres y padres sin vínculo y sus dependientes económicos (LGS, artículos 77 bis 3 y 77 bis 4, fracciones I a IV).

De acuerdo con el INEGI (2014), la población objetivo del SP en 2002, llegó a 1.1 millón de personas; al 2016, se afiliaron 55 millones de personas; sin embargo, la población potencial (no derechohabiente) alcanzó la cifra de 66.8 millones de personas, misma que se elevó a 67.5 millones en 2017 (INEGI, 2016); la diferencia (12.5 millones de personas), podría deberse a que el SP no ha contemplado financieramente este segmento, empero, cuando enferman, recurren a servicios médicos privados o pagan cuotas de recuperación, esto es, hacen gastos de bolsillo que para la mayoría de estas personas podría tratarse de gastos catastróficos.

En la gráfica No. 1, se aprecia el incremento anual de personas afiliadas al SP entre 2004 y 2014; a partir de 2015, se observa un ligero descenso en este indicador que podría deberse a la disminución en la re-afiliación o al ajuste a la baja por depuración del padrón.

Gráfica Número 1. Porcentaje de población afiliada al SP por año.



Elaboración propia. Fuente: CNPSS 2012.

### **Aspecto financiero del SP**

El SP opera principalmente con las aportaciones que transfiere la federación a los Estados y en menor medida, con las cuotas familiares que se pagan por adelantado; este esquema confiere al programa un carácter distributivo, sin embargo, se financia con los impuestos al consumo, por lo que indirectamente todos los y las mexicanas contribuyen a su existencia, tengan o no un trabajo ya sea formal o informal. Siendo el aspecto financiero la parte medular del programa, es regulado en 21 de los 41 artículos que abordan la PSS en la LGS (77 bis 11 a 77 bis 32); por su parte, el reglamento en la materia, se ocupa de este aspecto en los artículos 76 a 110; dicha normatividad contiene la formación y el tratamiento del FASSA-P, FASSA-C, FPGC y del fideicomiso del SPSS así como de las cuotas familiares y aspectos relativos a la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos.

El acuerdo de coordinación entre el ejecutivo federal y los gobernadores de cada Estado, tiene la particularidad de liberar y radicar recursos (CESOP, 2005:44); de este modo, los convenios entre las dos instancias permiten fondear el SP a través de las figuras: cuota social y aportación solidaria que se presupuestan anualmente en los ramos 12 y 33; de la suma de ambas, se toma el 8% para crear el fondo contra gastos catastróficos y el 3% para el fideicomiso del SPSS (LGS, artículos 77 bis 13 fracción II, 77 bis 17, 77 bis 20 y 77 bis 29; Reglamento de la LGS en materia de Protección Social de Salud, artículos 87, 88 y 95). En este orden, a título de cuota social por persona, la federación entrega anualmente a los Estados, el equivalente al 15% de un salario mínimo -ahora UMA-del entonces Distrito Federal; y los Estados aportan el equivalente a la mitad de la cuota social federal por familia.

En la tabla No. 1, se condensa el gasto público en salud correspondiente al ramo 12, durante 2017, contemplado en el Presupuesto de Egresos de la Federación publicado en el DOF del 30 de noviembre de 2016.

Tabla No. 1. Seguro Popular. Gasto federal 2017 y PPEF 2018, ramo 12.

Concepto	2017	2018
Gasto programable total en Salud	121 817 532 748	121 934 826 711
SP en poblaciones indígenas	3 875 026 983	4 060 593 584
SPSS en el medio rural Incluye SP)	30 936 500	32 464 300
SP para niños, niñas y adolescentes	30 741 769 470	33 903 123 368

Elaboración propia. Fuentes: DOF de fecha 30 de noviembre de 2016 y Proyecto de Decreto de Egresos de la Federación 2018.

Del Fideicomiso del SPSS se destinan dos terceras partes a la previsión presupuestal anual (atención de las necesidades de infraestructura en entidades con mayor marginación social) y una tercera parte al pago de las diferencias imprevistas en la demanda de servicios de salud. De este fideicomiso sólo puede disponer el ejecutivo federal por conducto del secretario de salud (LGS, artículos 77 bis 17, 77 bis 18; Reglamento de la LGS en materia de Protección Social en Salud, artículos 107 a 110, 112, 116, 120, 121).

Por su parte, las cuotas familiares comprenden el prepago por afiliación familiar cuyo monto se fija de acuerdo al nivel de ingresos de los hogares; para fijar el monto de las cuotas reguladoras -adicionales-, también se toma en cuenta el monto de los ingresos familiares, además de la frecuencia del padecimiento y el costo de los medicamentos; ambas cuotas se destinan a la compra de medicamentos, equipo y otros insumos (Reglamento de la LGS en materia de Protección Social en Salud, artículos 125, 128, 133).

En la tabla número 2, se aprecian los montos del ramo 33 que tienen efectos compensatorios, etiquetados para el FASSA en cada una de las entidades federativas, tanto el ejercido en 2016 como el proyectado en 2017, así como la variación nominal y real (%).

Tabla No. 2. Aportaciones federales por entidad para el FASSA. (Millones de pesos)

ESTADO	APROBADO	PROYECTADO	VARIACIÓN	VARIACIÓN
	2016	2017	NOMINAL	REAL
AGUASCALIENTES	1 416.3	1 472.1	55.8	0.66
BAJA CALIFORNIA	1 929.1	2 035.8	106.7	2.1
BAJA CALIFORNIA SUR	918.1	969.7	51.6	2.2
CAMPECHE	1 370.4	1 455.3	84.8	2.8
CHIAPAS	3 798.9	4 038.4	239.5	2.9
CHIHUAHUA	2 216.8	2 410.0	193.2	5.2
CIUDAD DE MÉXICO	3 904.6	4 074.1	169.5	1.0
COAHUILA	1 630.6	1 765.1	134.5	4.8
COLIMA	1 227.4	1 269.8	42.4	0.1
DURANGO	1 865.4	2 004.8	139.4	4.0
ESTADO DE MÉXICO	8 905.1	9 351.3	446.2	1.6
GUANAJUATO	2 770.9	2 936.8	165.9	2.6
GUERRERO	4 070.0	4 471.8	401.4	6.3
HIDALGO	2 731.1	2 901.1	170.0	2.8
JALISCO	4 213.3	4 378.1	164.8	0.6
MICHOACÁN	2 942.6	3 148.3	205.7	3.6
MORELOS	1 480.8	1 554.2	73.4	1.6
NAYARIT	1 441.0	1 539.0	98.0	3.4
NUEVO LEÓN	2 389.8	2 476.5	86.7	0.3
OAXACA	3 570.3	3 922.8	352.5	6.3
PUEBLA	3 177.9	3 372.8	194.9	2.7
QUERÉTARO	1 611.2	1 692.2	80.9	1.7
QUINTANA ROO	1 380.7	1 469.9	89.1	3.0
SAN LUIS POTOSÍ	1 739.5	1 804.8	65.4	0.4
SINALOA	2 342.0	2 457.2	115.2	1.6
SONORA	2 121.2	2 284.0	162.8	4.2
TABASCO	2 253.2	2 367.4	114.1	1.7
TAMAULIPAS	2 671.7	2 832.2	160.5	2.6
TLAXCALA	1 387.2	1 516.1	128.9	5.8
VERACRUZ	5 389.8	5 835.2	445.3	4.8
YUCATÁN	1 686.6	1 823.4	136.8	4.6
ZACATECAS	1 892.2	2 056.3	164.1	5.2

Fuente: CEESCO, 2017. (Elaboración propia).

En la Tabla No. 3, aparecen las cantidades que por concepto de cuotas familiares, deberán cubrir los titulares cuyas familias estén afiliadas al SP, correspondientes al ejercicio fiscal de

2017, en vigor desde el día siguiente de su publicación en el DOF y hasta por tres años.

Tabla No. 3. Cuotas familiares Seguro Popular 2017.

Decil	Monto	Descripción
I a IV	Sin pago	- - -
V	\$ 2,074.97	Dos mil setenta y cuatro pesos 97/100
VI	\$ 2, 833.56	Dos mil ochocientos treinta y tres pesos 56/100
VII	\$3,647.93	Tres mil seiscientos cuarenta y siete pesos 93/100
VIII	\$ 5,650.38	Cinco mil seiscientos cincuenta pesos 38/100
IX	\$ 7,518.97	Siete mil quinientos dieciocho pesos 97/100
X	\$ 11,378.86	Once mil trescientos setenta y ocho pesos 86/100

Elaboración propia. Fuente: DOF de fecha 16 de febrero de 2017.

A decir de González Block y Scott (2010:224): “en la práctica, las contribuciones familiares se limitan a una fracción insignificante de los beneficiarios (3%) .....pues se exenta a la gran mayoría de las familias aun en los deciles superiores”, afirmación que coincide con lo expuesto por Nigenda, González-Robledo, Juárez-Ramírez y Adam (2016:9), en el sentido de que entre 92% y 95% de hogares afiliados al SP, no paga sus cuotas, razón por la que desde 2009, la CNPSS, exentó de pago a los hogares de los deciles de ingreso III y IV.

A decir de González Block y Scott, entre los años 1996-2007, el gasto público en salud para PNA aumentó 314% en relación al 78% del gasto destinado a PA (2010:225); a su vez, en el año 2007, el gasto público en salud constituyó 3.1% del PIB, del cual 41.8% correspondió a la población no asegurada, distribuida en: Ramo 12, 17.8%; Ramo 33 -FASSA-, 14.7%; erogaciones estatales, 7.4%; IMSS-PORTUNIDADES, 1.9%, de acuerdo a las cifras que proporciona el autor Mercado-Yebra (2010:224). Por su parte, en 2009, tras una robusta metodología que aplicó el INSP, a cargo de los investigadores Idrovo y Caballero, se encontró que el retraso en las transferencias de la federación a los REPSS, eran debidas a: factores políticos, falta de transparencia, burocratización de trámites, jineteo de recursos, “falta de capacitación del personal de la Secretaría de Finanzas del Estado” y alta rotación de este personal (INSP-SS, 2009:28-37, 62).

Por su parte, la forma en que el SPSS ampara los servicios de salud prestados por los

proveedores, sean públicos, privados o del sector social, bajo la premisa de “...brindar certidumbre respecto a la capacidad, seguridad y calidad...”, se supedita a las acreditaciones respecto a instalaciones e infraestructura y a la certificación de competencias profesionales del personal de alta especialidad que expide el sistema (LGS, artículos 77 bis 5-A fracción XI, 77 bis 9; 22 a 30 del Reglamento de la LGS en materia de Protección Social de Salud); mismas que podrían constituir una forma de justificar la falta de infraestructura propia.

### **Servicios esenciales de salud y medicamentos asociados del SP**

Para controlar los servicios médicos destinados a población abierta, el gobierno federal, a través de la Secretaría del ramo, ideó los diversos catálogos de salud; el antecedente inmediato es el PAC, producto de una renegociación de deuda con el BM, que incluyó 34 intervenciones médicas en 1996 (González-Pier et al, 2007: S40). El primer catálogo con el que empieza a funcionar el SP, denominado CABEME comprendía 78 intervenciones clasificadas en: medicina preventiva, consejería médica, consejería psicológica, dieta y ejercicio, consulta externa, salud reproductiva, odontología, urgencias, hospitalización y cirugía.

El CASES sustituyó al catálogo anterior; contemplaba 91 intervenciones que en 2005 elevó a 154 y a 168 claves de medicamentos; a pesar de ese incremento, en 2006 fue sustituido por el CAUSES; actualmente contempla 287 eventos médicos y 647 claves de medicamentos asociados (SSA, SP); este catálogo contempla, además, un Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud, determinados por criterios de sustentabilidad financiera del sistema y costo-efectividad principalmente y de manera secundaria, en la capacidad de las instalaciones médicas y las necesidades de atención de los individuos.

### **Instancias regulatorias y operativas del SP en materia económica:**

Las instancias que regulan y operan el aspecto económico del SP son:

A nivel federal:

1. Secretaría de Salud, a través de la CNPSS;
2. SHCP, se encarga de presupuestar y liberar el recurso económico a la SFP;
3. SFP, se encarga de entregar los recursos correspondientes a los Estados;
4. ASF, se encarga de fiscalizar las transferencias a los Estados y como las aplican.

A nivel estatal:

1. Servicios Estatales de Salud -SESA-
2. REPSS

### **APP en el SP**

La tendencia actual hacia la colaboración público-privada incluye a los servicios de salud. Los particulares consideran este rubro como un nicho de negocios, ya sea en el otorgamiento de servicios o en la venta de insumos y medicamentos. Esta tendencia es una respuesta oportunista a las transformaciones demográfica y epidemiológica que ha sufrido la sociedad mexicana en los últimos años. A través de la subrogación de servicios, la población perteneciente al SP puede ser canalizada a proveedores privados, que excepcionalmente, no se regirían por las leyes mercantiles (LGS, artículos 10, 11, 38, 43, 44); por el momento, la forma más atractiva para las organizaciones lucrativas, en colaboración con instituciones públicas, se presenta en el abasto de medicamentos, en el que el SP se ha convertido en la tercera fuente, después del gobierno federal y de los Estados, dado que representa un volumen de consumo considerable debido al incremento de familias beneficiarias (Granados-Cosme et al, 2011: S461).

El SPSS refiere que los insumos -incluidos los medicamentos- se mantengan disponibles; referencia que favorecería más a la APP que la atención a la demanda de la población abierta; lo anterior, en franco apoyo a las compras consolidadas de medicamentos; a este respecto, el Periódico Reforma de fecha 6 junio de 2014, señaló el empleo de dinero público en este tipo de adquisiciones sin riesgo alguno para los particulares. Por lo que hace al lenguaje bancario y de seguros, sólo a través de la página web de la CNPSS, la SSA lo emplea explícitamente -prepago, póliza, cobertura, gestor- para referirse al pago anual anticipado de la cuota familiar, al registro ante el SP del jefe (a) de hogar, al catálogo de servicios esenciales y al ajustador de la demanda y la oferta de servicios médicos.

### **Afiliación y padrón de beneficiarios**

El SP gestiona servicios de salud para las familias cuyos jefes (as) se encuentren sin relación formal de trabajo. La afiliación a este programa implica una acción voluntaria, que se hace consistir en el llenado de la solicitud respectiva (artículo 40 del Reglamento a la LGS en materia

de PSS), sin embargo, detrás de dicha acción subyace la realidad de la mayoría de mexicanos: carecer de otro medio para contar con servicios de salud (LGS, artículo 77 bis 3).

### **Relación del trabajo con el SP**

En México, durante 2017, el número de personas que laboraron formalmente llegó a 19.5 millones de trabajadores, lo que significa que cuentan con acceso a instituciones de salud como prestación por su trabajo; en cambio, el número de trabajadores informales registró 29.5 millones, de los cuales, 11.6 millones (22.3%) son auto-empleados sin ocupar trabajadores; 2.5 millones (4.8%) auto-empleados que sí ocupan trabajadores; 7.4 millones que laboran para empresas, instituciones y gobierno; 2.3 millones son trabajadores domésticos remunerados y 5.8 millones son trabajadores agrícolas (INEGI, ENOE, 2017).

Gran parte de estos trabajadores son resultado de las reformas estructurales en materia laboral que legalizaron la flexibilización del trabajo, precarizándolo aún más (Sotelo Valencia, 1998:92), con efectos negativos para los trabajadores (La Jornada, 29 de octubre de 2012, Artículo de Muñoz Ríos; Pontoni, 2010:2). Para el grueso de la población mexicana, el derecho al trabajo no es más que una aspiración, al no cumplirse cabalmente el mandato del artículo 5 de la CPEUM, toda vez que para el segundo trimestre de 2017, la cifra de desempleo abierto fue de 1.9 millones de personas, (INEGI, Comunicado de Prensa Núm. 345/17).

Caracterizan los servicios que se brindan a nombre del SP, la disposición financiera que ampara la protección social básica como paliativo, en tanto el principal sostén de la familia beneficiaria adquiere un empleo “formal” que le permita acceder a servicios médicos completos (LGS, artículo 77 bis 39 fracción II) -esta disposición de la LGS evita mencionar el término “titular de la póliza”-.

### **La salud y el trabajo, bienes mercantilizables**

La salud y el trabajo han entrado a la dinámica mercantil consistente en asimilar bienes y servicios a una economía de mercado; esta tendencia se observa desde la forma en cómo son percibidos dichos satisfactores hasta cómo pueden ser brindados, por ejemplo, algunas dependencias tratan a los usuarios como clientes. Esta realidad permitiría afirmar que los servicios de salud destinados a los desprotegidos sociales pueden ser objeto de interés de

empresas lucrativas, incluso, el IMSS y el ISSSTE, podrían estar contemplados para este cambio.

Al igual que otro bien de consumo, la salud privada depende:

- a) De la capacidad de compra de servicios de salud a cargo de la población; y
- b) De la capacidad de oferta de estos servicios a cargo de proveedores particulares.

La salud constituye un nicho de oportunidad para capitales nacionales, extranjeros y multinacionales, éstos, amparados en la libertad de empresa y en el derecho a la propiedad privada (CPEUM, artículos 5, 27; LFT, artículo 4), cuentan además con el aval del FMI, BM, OCDE, en la compra-venta de servicios e insumos. Al respecto, la Doctora Brundtland, afirma que la intervención de los mercados en la salud no sólo constituye una inequidad respecto a este derecho humano, sino que son ineficientes. Reconoce, una “nueva universalidad” como criterio de acceso a servicios de salud, basada en “*retener para el gobierno, la responsabilidad, el liderazgo, la regulación y el financiamiento de los sistemas*”, de ahí que afirme que se proveerán primero los servicios más costo-efectivos (OMS, 2002).

El “*mercado de trabajo*”, no se refiere a las políticas de igualdad entre hombres y mujeres como pretende la Carta de las Américas, sino a la lógica que “*está por encima de las decisiones individuales de los participantes, así como de la <racionalidad económica>*”; en este sentido, el trabajo responde a la necesidad estructural de la sociedad de mercado, siendo el desempleo “*resultado normal del funcionamiento normal del mercado de trabajo, y no como un fenómeno coyuntural*” (Anula, 1999:236). Inmersos en un sistema global, hay que entender que el trabajo adquiere la categoría de “bien económico”, cuyas peculiaridades se reflejan en el funcionamiento del mercado laboral (Solow, 1993: 214, 215) en el que se dan nuevas formas de acumulación de capital, más allá de los límites geopolíticos, que sin embargo, tienen efectos frente a la asistencia social dentro de cada nación.

### **Avance de resultados**

A pesar de que todavía no se pueden presentar resultados debido a que no ha concluido la investigación, sí se pueden adelantar ciertos avances muy generales:

- a) La implementación del SP obedeció a la necesidad de blindar al erario público de la creciente demanda de servicios de salud proveniente de la población sin protección social.

- b) El SP se piensa como una política asistencial permanente, dado que no se han revertido las condiciones socioeconómicas que le dieron origen.
- c) Jurídicamente, la figura de la subrogación de servicios da el sustento legal para que los proveedores privados incursionen en la prestación de éstos.

## **Fuentes y referencias**

### Leyes y Reglamentos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa, 2017.

Ley Federal del Trabajo, Editorial Porrúa, 2017.

Ley General de Salud, Editorial Porrúa, 2017.

Reglamento a la Ley General de Salud.

Ley del Seguro Social. DOF de fecha 21 de diciembre de 1995.

Ley del ISSSTE. DOF de fecha 30 de diciembre de 1959.

### Notas periodísticas

Muñoz Ríos P. La reforma calderonista favorece a los dueños del capital: economistas. La Jornada, 29 octubre, 2012.

### Referencias bibliográficas

Banco Mundial -BM-. <https://datos.bancomundial.org/pais/mexico>.

Cámara de Diputados, LIX Legislatura. *El Seguro Popular de Salud*. CESOP, México, 2005.

Cámara de Diputados, LIX Legislatura. *Empleo y desempleo en México 1994-2004*. CESOP, México, 2005.

Catálogo Universal de Servicios de Salud. CAUSES, 2016.

Centro de Estudios Económicos del Sector de la Construcción. *Recursos identificados por Estado en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2017*. Consultado el 5 de julio de 2017. Disponible en: <http://www.cmic.org.mx/cmhc/ceesco/2016/PPEF%202017%20EDOS.pdf>

Contreras-Landgrave G y Tetelboin-Henrion C. *El Seguro Popular de Salud y las reformas a las políticas de salud en el Estado de México*. Rev. Gerencia y Políticas de Salud, Colombia,

2011.

DOF de fecha 18 de octubre de 1943. *Decreto de creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.* Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_to\\_imagen\\_fs.php?cod\\_diario=196726&pagina=4&seccion=0](http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=196726&pagina=4&seccion=0)

DOF de fecha 30 de noviembre de 2012. *Decreto de adición, reforma y derogación de diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo.* Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280815&fecha=30/11/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280815&fecha=30/11/2012)

González Block M A y Scott J. *Equidad y salud. Retos, avances y perspectivas.* En: Los grandes problemas de México. El Colegio de México, 2010.

González Pier E et al. *Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México.* Salud Publica Mex; suplemento 49, 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s1/07.pdf>

Granados-Cosme J A et al. *Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México. Evaluación a los servicios en población no asegurada.* Salud Pública de México, vol. 53, Suplemento 4, 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s4/a09v53s4.pdf>

Homedes N y Ugalde A. *Neoliberalismo y salud. El engaño del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional.* Viento Sur, núm. 109, 2010.

INEGI, 2014. *Población mexicana y uso de servicios de salud.* <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22>

INEGI. Comunicado de Prensa 345/17. *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, Segundo Trimestre, 2017.

INEGI. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. ENOE 2017.* [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enoe\\_ie/enoe\\_ie2017\\_05.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enoe_ie/enoe_ie2017_05.pdf)

Jaramillo Cardona M C. *La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos.* Rev. Gerenc. Polit. Salud, vol. 6, número 13, Bogotá, 2007.

INSP-SS. Informe Final. *Evaluación del Sistema de Protección Social, 2009.* Nigenda G. Coordinador. Consultado por última vez el 13 de noviembre de 2017.

Laurell A C. *La política de salud en los ochenta.* Cuadernos Políticos, núm. 23, Editorial Era,

- México, 1980. López García E G. La descentralización de los servicios de salud. 2012.
- [Mercado Yebra J. Gasto público en salud. En: La atención a la salud en México. Coord. Mendizábal Bermúdez Gabriela. Edit. Fontamara, México, 2010.](#)
- [Nigenda G, González-Robledo L M, Juárez-Ramírez C y Adam T. Understanding the dynamics of the Seguro Popular de Salud policy implementation in Mexico, from a complex adaptative systems perspective. Implementation Science, vol. 11, Núm. 68, 2016.](#)
- Pontoni G A. *La negociación colectiva como estrategia para enfrentar el trabajo informal. Una mirada desde la sociología económica.* Rev. Trabajo y Sociedad No. 16, 2010.
- Puentes-Rosas E, Sesma S, Gómez Dantés O. *Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional.* Salud publica Mex, nú. 47, suppl 1, 2005.
- [Rodríguez de Romo A C y Rodríguez Pérez M E. Historia de la salud pública de México: siglos XIX y XX. Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Vol 5, Núm. 2, Río de Janeiro, 1998.](#)
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación.*
- Secretaría de Salud. *Programa Sectorial de Salud (PND 2013-2018).*
- Secretaría de Salud. [Seguro Popular. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero-diciembre de 2016.](#)
- [Senado de la República, LIX Legislación. Boletín Informativo de la Dirección General de Archivo Histórico y Memoria Legislativa. México, año IV, No. 31, 2004.](#)
- Solow, Robert M. *El mercado de trabajo como institución social.* Rev. de Economía Aplicada, vol. 1, núm. 3, 1993.
- Sotelo Valencia A. *La precarización del trabajo: ¿premisas de la globalización?* Papeles de Población, vol. 4, núm. 18, UAEM, Toluca, México, 1998.

## **Anexo No. 1**

### Abreviaturas y acrónimos

APP.- Asociación público-privada	ASF.- Administración Superior de la Federación
BM.- Banco Mundial	CABEME.- Catálogo de Beneficios Médicos
CASES.- Catálogo de Servicios Esenciales de Salud	CAUSES.- Catálogo Univ. de Servicios de Salud
CEESCO.- Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción	CESOP.- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

CONAPO.- Consejo Nacional de Población	CONEVAL.- Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social
CNPSS.- Comisión Nacional de Protección Social en Salud	DOF.- Diario Oficial de la Federación
ENOE.- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo	FASSA.- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FMI.- Fondo Monetario Internacional	FGC.- Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
IMSS.- Instituto Mexicano del Seguro Social	INEGI.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP.- Instituto Nacional de Salud Pública	ISSSTE.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
LGS.- Ley General de Salud	LFT.- Ley Federal del Trabajo
OCDE.- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos	PAC.- Programa de Ampliación de Cobertura
PEMEX.- Petróleos Mexicanos	PIB.- Producto Interno Bruto
PNA.- Población no asegurada	PND.- Plan Nacional de Desarrollo
PSS.- Protección Social en Salud	REPSS.- Régimen Estatal de Protección Social en Salud
SSA.- Secretaría de Salud	SEDENA.- Secretaría de la Defensa Nacional
SFP.- Secretaría de la Función Pública	SHCP.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SEMAR.- Secretaría de Marina	SPSS.- Sistema de Protección Social en Salud
SESA.- Servicios Estatales de Salud	UMA.- Unidad de Medida y Actualización

Notas \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Estado de Bienestar: redistribución de la producción vía subsidios principalmente a servicios de educación y salud, a cargo del Estado, durante el siglo XX. Ver: *Paternalismo y Estado de Bienestar* de Paulette Dieterlen, Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/10873/1/Doxa5\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/10873/1/Doxa5_09.pdf)

<sup>2</sup> Consenso de Washington: modelo aplicado a algunos países latinoamericanos en 1989, consistente en la apertura económica basada en una lógica de mercado y en la estabilidad macroeconómica. Ver artículo: *El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina*, de Martínez Rangel R y Soto Reyes, en: *Política y Cultura*, 2012, núm. 37.

<sup>3</sup> Población abierta: este término sólo se aplica en México, para referirse a la población no asegurada que recibe servicios médicos subsidiados. Tomado de: *Modelo de Atención a la Salud (MIDAS)*, creado en 1995. Su antecesor, el MASP (Modelo de atención a la salud de población abierta), creado en 1985, contemplaba únicamente a la población sin seguridad social.

<sup>4</sup> Gastos catastróficos: consisten en el financiamiento a la salud de los miembros del hogar y que superan el 30% de los ingresos. Ver artículo: *Gastos catastróficos por motivos de salud en México. Estudio comparativo por grado de marginación*, de: Pérez-Rico R, Sesma-Vázquez S y Puente-Rosas E., publicado en: *Salud Pública de México*, núm. 47, 2005. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10609307.pdf>

<sup>5</sup> Gastos de bolsillo: son las erogaciones que se hacen con motivos de salud, ya sea por hospitalización, procedimientos ambulatorios o medicamentos que no superan la capacidad de financiamiento del hogar.

Ver artículo: Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos, por Marcela Peticara, publicado en: CEPAL, Serie Políticas Sociales, Santiago de Chile 2008.