

Mtra. Georgina Contreras Landgrave

Universidad Autónoma del Estado de México-Universidad Autónoma Metropolitana-X
geoland@web.de

Dra. Carolina Tetelboin H., UAM-X

Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco
ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Objetivo. Conocer la trayectoria del papel del Estado en el área de la salud, desde 1917 hasta nuestros días; identificando durante este tiempo el surgimiento de las instituciones en las que se ha apoyado como la Secretaría de Salud (SSA), las modificaciones legislativas y el programa que recientemente ha surgido.

Aproximación metodológica

Se hizo a través de la revisión bibliográfica para conocer desde 1917 la trayectoria del papel del Estado en el área de la salud y el surgimiento de instituciones de salud. Se revisó el Programa Nacional de Salud 2001-2006 para conocer los orígenes del programa Seguro Popular de Salud (SPS). Mediante el análisis de la Ley General de Salud de 2003, se identificaron los cambios que se le efectuaron para permitir el surgimiento del SPS. También se analizaron las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos y la información accesible del SPS para conocer su mecanismo de implementación y operación en el territorio mexicano.

Resultados

La revisión bibliográfica nos permitió conocer que el Estado, apoyándose en los principios de la Constitución de 1917 le permitió cumplir con el papel de Estado Benefactor hasta 1982, los inicios de la organización del sector salud en 1943 y el papel que fungió en el surgimiento del IMSS y del ISSSTE. La revisión de las modificaciones realizadas a la Ley General de Salud, el Programa Nacional de Salud 2000-2006, las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos y la información del sitio de internet del Seguro Popular de Salud, nos permitió conocer la nueva reglamentación que enmarca al SPS su mecanismo y operación.

Conclusiones: La implementación del Seguro Popular de Salud ha generado cambios importantes en los Centros de Salud Comunitarios.

Palabras clave: Estado Benefactor, instituciones de salud, Programa Nacional de Salud, Ley General de Salud y Seguro Popular de Salud.

INTRODUCCIÓN

México, como muchos otros países, se ha visto involucrado en la dinámica de las Reformas a los sistemas de salud. Éstas se han llevado a cabo como parte de los cambios profundos para transformar las sociedades latinoamericanas y del mundo, las que han transitado desde unas con mayor participación del Estado en la cuestión social, a otras donde el mercado regula el acceso a los bienes y servicios. Desde los ochentas hasta la actualidad estas Reformas han tomado formas particulares en cada uno de los países, aunque mantienen una línea conductora común derivada de las propuestas de organismos internacionales, especialmente del

Banco Mundial. Han tenido por lo menos dos etapas: la primera con una disminución ostensible del papel del Estado y otra, con una aparente recuperación de su papel pero rearticulado con el mercado. En México la reforma ha tenido desarrollo desde 1982. Esta ha consistido en modificaciones normativas y estructurales al Sistema Nacional de Salud. Durante el Gobierno del Presidente Vicente Fox, se lleva a cabo una nueva etapa con la creación del Seguro Popular de Salud y que constituye el objeto del presente protocolo. Desde el punto de vista de esta investigación, se considera por lo tanto que las llamadas Reformas a la salud son un tipo particular de cambios, que tiene por objeto privatizar los servicios de salud que el Estado brinda a la población general, reduciendo además, las funciones que la Secretaría de Salud debe ejecutar .

Preocupados por la orientación de la política social y de salud en México, a continuación se presenta un avance de una investigación en proceso de desarrollo, cuyo objetivo es conocer los procesos de implementación del Seguro Popular de Salud. Para ello, nos abocamos a recoger la información bibliográfica para conocer el desarrollo histórico del papel del Estado, y de la información disponible para realizar una primera sistematización del SPS, sus bases legales y sus mecanismos de operación.

Surgimiento del Estado Benefactor en México en el área de la salud

A continuación se hace una revisión bibliográfica para conocer el surgimiento del Estado Benefactor en México, apoyado en los principios de la constitución política de 1917, la organización del sector salud, el surgimiento de las instituciones de salud y el papel que fungió el Estado. El inicio de la reforma al Estado en 1982 y las modificaciones que se han realizado tanto en el ámbito legislativo como estructural en el Sistema Nacional de Salud.

Como resultado del movimiento de la Revolución Mexicana, la Constitución de 1917 sentó las bases para la fortaleza del Estado central, así retomando los derechos sociales plasmados en ella, el Estado motivado por la racionalidad productivista, impulsa desde arriba políticas sociales en donde su papel es el de conciliar los intereses de los patrones y los trabajadores. Las políticas que formula en unos momentos históricos son originados unas veces por la presión que generan unos grupos inconformes que pueden desencadenar inestabilidad en el país, y en otras veces con una visión previsor a otorga a cierto sector, beneficios que aún sin solicitarlos se los otorga, disciplinándoles ante las acciones que pretende realizar en el campo económico. El campo social, fue un área propicia para que el Estado estableciera los convenios con la sociedad, mediante los cuales satisfizo las demandas que existían. Estos convenios le permitieron dirigir al país al desarrollo económico que requería, incorporando al país a la lógica económica impuesta por la economía mundial: el liberalismo; reconociendo solamente a la sociedad organizada en grupos, a los cuales les imponía las reglas del juego y los utilizaba para obtener el reconocimiento social e internacional y legitimar su papel de estado benefactor. El impulso al desarrollo de la industria de los energéticos, motivó el incremento de la planta laboral, por lo que como estrategia, el gobierno reconoció su organización en torno a entidades. Su proyecto de interacción social se basó en el reconocimiento de los representantes de grupos sociales organizados con los que establece acuerdos, a este sistema de reconocimiento de representación se le conoce como corporativismo (Schmitter), impulsando así fuertemente la creación de sindicatos, otorgándoles a sus representantes beneficios económicos, concesiones y espacios de poder a cambio de disciplina al gobierno, por lo que fue necesario considerar dentro de las políticas sociales a la seguridad social como una inversión en capital humano para alcanzar el avance económico.

A manera de introducción podemos decir que en la historia reciente del siglo pasado han existido diferentes actores los cuales han jugado un papel fundamental para que el Estado formule y legitime sus políticas sociales tal es el caso del sector obrero, el Partido de la Revolución Mexicana (específicamente la Confederación de Trabajadores de México), los empresarios y las instituciones de salud como el IMSS y el ISSSTE. Haciendo una revisión histórica después de proclamación de la Constitución de 1917 podemos identificar que la primera representación obrera surge en 1918 bajo el nombre de Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM), misma que solicitó a Obregón la creación de una cartera del trabajo en el

gabinete, debiendo ser consultada para designar a los secretarios del trabajo y agricultura, esta central formó el Partido Laborista Mexicano.

1920-1924 Alvaro Obregón apoya la participación del capital privado extranjeros (petroleros) imprime un estilo paternalista a su gobierno al otorgar reformas anticipadas con la finalidad de controlar las demandas, la CROM se reconoce como central obrera y aunque no se cumplen los acuerdos realizados con ella sí se reconocen los derechos laborales dándose concesiones, en el caso de conflictos laborales el Estado funge como árbitro entre empresarios y obreros, estableciéndose los primeros mecanismos de intervención estatal en las relaciones obrero patronales.

El crecimiento de otras organizaciones obreras ajenas a la central por hacer cumplir el artículo 123 constitucional fueron enfrentadas con represiones; presentándose así la división dentro del movimiento obrero. En todos los casos los campesinos son ignorados.

Bajo el poder de Plutarco Elías Calles (1924-1928) el país vive una depresión pero el apoyo al capital se manifiesta; el poder del Estado crece mediante la aplicación de las políticas de centralización, desmilitarización y control de los movimientos populares. Se fortalece a la CROM y se considera el “único portavoz legítimo de los intereses obreros”, se introducen los contratos colectivos y se declaran ilegales todas las huelgas no afiliadas a ella, con esto los se contribuye al desarrollo del capitalismo. Pero la corrupción creciente dentro de la CROM obliga a Calles a quitar los controles sobre las relaciones laborales y a depender menos de esta central. En 1927 se creó el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje organismo que da legitimidad a la prohibición de las huelgas anarco-sindicalistas y le resta poder a la CROM, más los empresarios sintiéndose amenazados forman la Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex). Calles instituye dentro de las acciones anticipativas, programas de seguridad social para funcionarios y el ejercito (sin haberlo solicitado) lo que genera una dependencia directa del Estado a los empleados del Estado y las fuerzas armadas.

Con la necesidad de contar con un organismo que “se encargara de realizar el consenso entre las élites a fin de asegurar el traspaso pacífico del poder de un gobierno a otro” (y donde no estaban presentes ni los campesinos ni los obreros) crea el Partido Nacional Revolucionario, el que le sirvió para designar a los candidatos presidenciales. La disciplina interna y al presidente era estricta, aquellos que no estuvieran de acuerdo eran expulsados.

Durante el periodo de Cárdenas y Avila Camacho existe un utilización intensiva de la planta industrial ligera dirigida al consumo directo y de exigencias tecnológicas mínimas, con una participación importante de las empresas pequeñas y medianas, una explotación total de la fuerza de trabajo y del deterioro del salario. El Estado encabeza la lucha para contrarrestar la obstrucción del desarrollo capitalista representado por grupos inconformes. La salud se maneja como factor coadyuvante para modificar las formas y relaciones de producción en el campo. Se hegemoniza la participación del Estado en la impartición de salud, contribuyendo a garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo para la acumulación del capital.

Específicamente en el Cardenismo (1934-1940) una de las acciones que realiza la nacionalización del petróleo, coloca al país es una mala situación económica, más se da un gran apoyo a la industria y con ellos a la iniciativa privada, se incrementa la intervención del Estado en el bienestar social pero con la participación de los capitalistas. El papel del Estado Benefactor y empresario y el efecto de la nacionalización llevó al país a tener un endeudamiento externo para continuar con las políticas sociales. Con Cárdenas existe una ausencia de reformas sociales pero consideraba en primer lugar a la educación y al campo, generando agroindustrias, por lo que hizo uno de los grandes repartos agrarios del país.

En el campo de la salud se maneja este término como la ausencia de enfermedad, en donde se pondera el papel del médico frente al paciente y la medicalización del mismo. La infraestructura en salud se apoya en los

Centros de Salud campesinos, (mismos que ya venían funcionando con participación mutualista) pero ahora participa el Estado impulsando la medicalización; así mismo se promulga el Código Sanitario en 1934 y el 1935 la Ley Federal del Trabajo en donde se centraliza el poder estatal en el ejecutivo. Genera las bases institucionales del país creó el Partido Nacional de la Revolución, convirtiéndose en el partido oficial donde se apoyó para la aprobación de sus decisiones y donde agrupó a todos los sectores de la población en torno a centrales como la Confederación Nacional Campesina, la Confederación de Trabajadores de México y incluyendo al sector militar.

En el sexenio de Avila Camacho (1940-1946) se establece el sistema abierto y de derechohabencia de los servicios médicos, se consolida que la atención médica es una función del Estado. En 1943 se promulga la Ley del Seguro Social, con esta ley en 1944 inicia funciones el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) respondiendo a la política de la promoción de la industrialización del país al garantizar y mantener la mano de obra necesaria para la acumulación del capital. Con su creación el Estado continúa y enfatiza el incremento de la desigualdad social.

En la administración de Miguel Alemán (1946-1952) la aplicación del liberalismo económico en el país tiende a desaparecer las medianas y pequeñas empresas; el país vive una crisis económica por la mala administración, y para justificar la introducción del capital privado en sector social Alemán introduce el concepto de subrogación en el sector salud, mismo que fue rechazado por los trabajadores. De hecho hubo una reducción del presupuesto estatal en el sector y los fondos de la SSA los administró la SHCP quien a su vez lo transfiere a otras secretarías del aparato.

Con Adolfo Ruiz Cortines (en 1952) se efectúa una disminución del gasto público en el ramo social, alcanzando los niveles más bajos en salud, la cobertura del IMSS es lenta, más es el principal comprador de productos farmacéuticos, la prestación de los servicios médicos se expandió básicamente a través de la subrogación. En 1954 con la finalidad de apoyar la inversión en las agroindustrias comerciales en los estados donde se abrieron, se amplió la cobertura a los trabajadores agrícolas siendo además obligatoria, quienes además ya contaban con una organización previa en la impartición de los servicios a través de organizaciones comunales, en este caso el Estado participó convirtiéndolo en tripartita tomando con esto el liderazgo y ejerciendo el control ahora sobre los campesinos. Debido a la poca organización que existía en este sector no fue posible que todo el gremio de campesinos se viera beneficiado, sino solamente aquellos que estaban asalariados en las agroindustrias (Hernández Llamas).

Al final de los cincuenta existe una franca oposición al Estado por el movimiento obrero siendo este último duramente reprimido. En otros momentos se controló mediante imposiciones y concesiones siendo ésta la lógica política de relación con el movimiento obrero que se disciplinó a la CTM.

En el lapso de 1958 a 1964 en el sexenio de Adolfo López Mateos la economía crece de manera rápida y sostenida, aumenta la dependencia gubernamental del capital financiero, descuidándose tanto el sector agrícola como el energético. Las instituciones de salud se ponen una vez más sobre la mesa de negociaciones entre el Estado y los grupos de interés organizados como la burocracia y los sindicatos disciplinados; en 1959 se crea el ISSSTE estos esfuerzos como acciones preventivas del Estado se encaminan a ejercer control en los trabajadores, contrarrestando a los grupos opositores que existían y prevenir algún movimiento que llevara a la inestabilidad social y con ello política. La creación de esta institución por una parte, establece de manera importante el papel del Estado en la impartición de los servicios de salud, la preeminencia de la seguridad social sobre la asistencia pública pero por el otro incrementa aún más (antes con la creación del IMSS) la desigualdad en la atención médica de la población.

En el periodo de Gustavo Díaz Ordáz, se dan enfrentamientos sociales urbanos los cuales ya tienen una mayor organización con quienes negocia una mayor matrícula educativa y mayor prestaciones y servicios, en salud existe menor inversión con la reducción del sector, el IMSS entra en crisis económica.

Ante la crisis económica que enfrentada el Estado y el incremento de sus gastos operativos, la política de salud de Luis Echeverría Álvarez reforma la Ley del Seguro Social y con ella se brinda atención médica en sus instalaciones a la población de la zonas rurales y grupos marginados, acción que el ejecutivo le da un enfoque político como un programa dirigidos a grupos hasta ese entonces excluidos. Se crean 40 hospitales y 400 clínicas rurales, por otra parte ante la existencia de micropolíticas regionales e institucionales en salud genera presión al Estado y lo resuelve con el Plan Nacional de Salud.

Bajo en mandato de José López Portillo se petroliza la economía dejando a la vaivén del precio internacional del petróleo la economía, los gastos operativos del aparato del Estado se incrementan y deja al país en una situación de crisis económica; en el ámbito de la salud construyen clínicas en 3500 comunidades rurales, se establece un convenio entre IMSS y la Coordinación General del Plan Nacional para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR); a través del cual se le dió la responsabilidad al IMSS de ampliar la atención médica a grupos marginados y sin derechohabencia. Este programa hace llegar sus servicios a grupos sociales seleccionados en gran medida bajo criterios políticos.

Miguel de la Madrid Hurtado recibe una administración quebrada y recurre al endeudamiento externo, el que recibe a cambio del establecimiento de la llamada reforma del Estado, siendo el “parteaguas” del papel que realiza el Estado frente a la sociedad así como los diferentes actores. Los organismos internacionales que exigen a de la Madrid la aplicación del modelo del Estado Neoliberalista lo obliga a utilizar un discurso el cual se apoya en la eficiencia del aparato del Estado, la libertad de elección de los ciudadanos.

El gobierno de Carlos Salinas de Gortari instaura una nueva estrategia de política social, implementado el Programa de Solidaridad otorga beneficios directos a la población, evitando a los grupos corporativistas (sindicatos) que de manera sistemática y ordenada pedían a los anteriores gobiernos su participación de los beneficios otorgados por el Estado, excluyéndolos así de cualquier acuerdo o convenio. Con criterios discrecionales el programa se aplicó, abarcando todas las áreas del desarrollo social, obteniendo apoyo político para el Estado a cambio de bienes y servicios públicos. Para el financiamiento de las acciones realizó una venta masiva de las empresas estatales y paraestatales. Las necesidades de salud básicamente se atienden a través de la capacidad de respuesta e infraestructura del IMSS, cambiando de nombre el programa de IMSS-COPLAMAR por el de IMSS-Solidaridad y en menor cobertura y servicio por el programa de SSA-Solidaridad. Los programas preventivos se mantienen, se expide el Paquete Básico de Servicios de Salud formado por 12 intervenciones mínimas de salud, se inicia la época de la inmunización con la Cartilla Nacional de Vacunación la cual coincidía con la Cumbre Mundial de la Infancia (UNICEF) en 1990, “Vida Suero Oral” e inicia la certificación de la infraestructura en salud.

En la administración de Ernesto Zedillo Ponce de León se continúa apoyando la política internacional de la privatización de todos los sectores, reduciendo el papel interventor del Estado y generando y promoviendo las modificaciones legislativa y reglamentarias para permitir la entrada de capital privado en todas las áreas, utilizando el discurso perfectamente dirigido para justificar las acciones del Estado. Se termina con la descentralización de las funciones de la Secretaría de Salud a todos los estados (menos en el Distrito Federal), la aplicación del Programa de Ampliación de la Cobertura de los servicios, y la “universalidad” del PABSS. Para continuar con las políticas de privatización del sector inicia funciones la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La implantación del esquema de Administradoras de Fondos de Retiro (AFORE) sociedades mercantiles que de manera exclusiva administran las cuentas individuales y los fondos de pensiones, una nueva Ley del Seguro Social y a finales se regula a la Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) con lo que se inicia oficialmente con el universo de la medicina prepagada.

El Seguro Popular de Salud.

A continuación se hace una descripción en torno a la creación y desarrollo del Seguro Popular de Salud durante la actual administración presidencial, con base en los planteamientos emitidos en diversos

documentos en general y oficiales, como son la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Salud, y otros propios del programa.

Orígenes

Tomando como referente el principio constitucional inscrito en el Artículo 4º. el cual dice que todos los mexicanos tienen derecho a la salud, el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, partió de la desigualdad en la distribución de enfermedades e indentificó como retos la falta de equidad, calidad de los servicios, y protección financiera, señala que uno de los problemas que presenta la población mexicana son los gastos que ocasiona la atención médica, que en muchas de las ocasiones se convierten en un obstáculo para la atención del enfermo.

De ahí se desprende, como principal eje del PNS, un planteamiento que busca la “democratización de la salud”, lo que implica generar las condiciones para facilitar el acceso a los servicios a toda la población, independientemente de su situación económica o lugar de residencia. Estableció la estrategia 5 denominada “Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población”, que plantea actuar a través de 4 líneas de acción: consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular, promover y ampliar la afiliación al seguro popular; ordenar y regular el prepago privado y articular el marco de aseguramiento en salud. partió de la desigualdad en la distribución de enfermedades e indentificó como retos la falta de equidad, calidad de los servicios, y protección financiera

Diseño e implementación

Haremos una revisión de las diferentes etapas que tuvo el Seguro Popular de Salud. Haremos una rápida revisión sobre algunos documentos fuente que nos permitirá conocer los orígenes conceptuales del SPS. En la fase de su implementación tomaremos referencia de algunos estados de la república así como específicamente de un municipio del Estado de México, caso específico que nos permitió conocer más sobre su implementación en los servicios de salud.

El SPS es el resultado de análisis y reflexión que desde los estudios en la Facultad de Medicina en la UNAM hizo el actual secretario de salud, así como de trabajos de investigación, madurándose a lo largo del tiempo y de experiencias vividas en diferentes espacios, de esta manera, han sido utilizados todos estos ejercicios previos para su fundamentación y defensa ante foros y órganos legislativos con su posterior aprobación.

Durante su paso por la facultad Julio Frenk reflexionó sobre la segmentación de los servicios médicos de ese entonces y la necesidad de “moverse hacia un sistema universal, parejo para todo mundo, no segmentado” idea que se maduró hasta concretarse y llegar al Congreso.(Frenk, INSP. 2005). En 1993 la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) realizó un estudio sobre las Cuentas Nacionales de Salud en donde él participó como asesor, el documento reflejo el estado que guardaba la salud en México así como las necesidades en salud, las fuentes de financiamiento y se conocieron los gastos de los usuarios al momento de utilizar los servicios.

En el libro Economía y Salud también editado en 1994 por FUNSALUD (Frenk era director), se realizan varias puntualizaciones de las cuales para continuar con el análisis sobre los orígenes del SPS sólo se extraen las siguientes: una de las barreras que obstaculizan el acceso a la atención son los escasos o nulos recursos económicos de la población, el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud para proteger a toda la población, definir un paquete de servicios que incluya aquellas intervenciones con mejores relaciones de costo-efectividad. Aquí se maneja que el 60% de la población disfruta de la protección, por lo que se propone establecer el Seguro de Salud Nacional (SESANA) como órgano desconcentrado de la SSA, que en una primera etapa y con la finalidad de cubrir en el menor tiempo a la población pobre lo administraría la Secretaría y posteriormente se desconcentraría a los servicios estatales, siendo necesario subsidiar las las

primas de las familias en situación de pobreza. A todos los afiliados se les entregaría de manera individual un tarjeta universal de salud creando en toda la población la sensación de pertenencia efectiva al Sistema Universal de Salud. Con la creación de este SESANA se complementarían la protección en salud a toda la población, generando la universalidad de la derechohabencia “superando la escisión entre asegurados y no asegurados como lo manda el Art. 4º Constitucional” (pág. 219).

Ante la segregación que genera el sistema de salud mexicano se plantea como alternativa el mezclar lo público y lo privado (pluralismo). También se plantea como obligación de la seguridad social el garantizarles el acceso a los mejores servicios, más no necesariamente en pretarlos de maneta directa, aceptando que otros agentes sociales pueden ofrecerlos (pág. 230 y 231).

En 1994 FUNSALUD realizó la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud misma que permitió conocer y medir la opinión de la población sobre protección social en salud, la utilización, calidad, satisfacción, acceso, financiamiento, de lo servicios de salud en México, así como conocieron la disponibilidad para adquirir un seguro médico. En el informe de la misma institución “Observatorio de la salud” (1997) en el capítulo del pluralismo estructurado precisa que como respuesta a la atención médica considerando la heterogeneidad de la población, se plantea la aplicación de la seguridad social con un paquete explícito de beneficios, mismos que serían financiados mediante esquemas de prepagos y subsidios.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 partió de la desigualdad en la distribución de enfermedades e indentificó como retos la falta de equidad, calidad de los servicios, y protección financiera. De esta manera el SPS está considerado como el instrumento de financiamiento justo, que brindará protección médica al 48 % de la población, pudiendo establecer para el año 2010 el seguro público universal de salud, porque se sumaría como sistema complementario al brindado por el IMSS e ISSSTE. Al fortalecer el sistema público de salud y realizar las familias los pagos anticipados, se evitarán los gastos empobrecedores y los gastos de bolsillo al momento de la utilización de los servicios médicos, garantizando la accesibilidad de todos los mexicanos a los servicios médicos y reduciendo además la brecha entre las familias con derechohabencia de alguna institución y aquellas que no lo son, por lo que es un instrumento de justicia social.

Para poder implementar la estrategia de crear el Seguro Popular de Salud fue necesario realizar modificaciones a la Ley General de Salud. En abril de 2003 se autorizó en la Cámara de Diputados, previa autorización de la de Senadores, la creación del Sistema de Protección Social en Salud, que de manera operativa se denomina Seguro Popular de Salud (SPS) y que entró en vigencia a partir de enero de 2004. En la modificación efectuada a la ley se incluyó de manera forzada el TITULO TERCERO BIS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, con los capítulos I Disposiciones generales, II De los beneficios de la protección social en salud, III De las aportaciones para el sistema de protección social en salud, IV Del fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad, V De las cuotas familiares, VI Del fondo de protección contra gastos catastróficos, VII De la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del sistema de protección social en salud, VIII Del consejo nacional de protección social en salud, IX Derechos y obligaciones de los beneficiarios y IX Causas de suspensión y cancelación al sistema de protección social en salud. Fueron repartidos 41 artículos en los diferentes capítulos, agregándoles el prefijo “bis”, ésto debido a que la numeración dentro de la ley está ocupada (LGS,SSA. 2006)

Antes de hacer la presentación ante las Cámaras el SPS tuvo un periodo de prueba en cinco estados de la República (Colima, Tabasco, Campeche, Aguascalientes y Jalisco). En 2003 se realizó el Foro Nacional Liderazgo en Salud en donde en presencia de secretarios de salud estatales y representantes de la OPS se analizaron los retos que enfrentaba el SPS, así como los logros alcanzados. Varias fueron las críticas que se manifestaron: desabasto del 30 % de los medicamento, falta de materiales de curación, equipo infraestructura, falta de recursos suficientes (Ramo 33) en los estados que se pueda invertir en salud , se utilizan para mantener la operación de los servicios ya existentes y los estados no tienen capacidad financiera para enfrentar el reto de la calidad, debido a la certificación que tienen que enfrentar.

Críticos al programa han manifestado que ha incrementado la exclusión de las zonas con menos servicios, de esta manera, la población que vive en las zonas con menos servicios de salud no pueden ser incluidas y corresponden a las zonas más pobres del país, de manera contraria, son los estados que tienen infraestructura, que tienen capacidad financiera los que se están beneficiando, ha creado una avalancha de pacientes y no se construyen las nuevas instituciones, no sólo para aliviar a las que ya existen, sino para ofrecer servicios de calidad a la nueva avalancha de pacientes que generará.

El Objetivo general del Seguro Popular de Salud

Es ser el instrumento que permitirá enfrentar el reto establecido en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 para brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

El Seguro Popular de Salud tiene 5 Objetivos específicos:

- Reducir el gasto privado de bolsillo de las familias afiliadas*.
- Otorgar un paquete explícito de intervenciones y sus medicamentos, que corresponden al perfil epidemiológico y a la demanda de los servicios y necesidades de salud.
- Fomentar la atención oportuna de la salud de las familias mexicanas, evitando la postergación y consecuente agravamiento de enfermedades por motivos económicos.
- Fortalecer el sistema público de salud para reducir la brecha entre familias derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen esta prestación en materia de salud.
- Contribuir a superar iniquidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas con diferentes niveles de desarrollo en materia de salud (ROIGE, SSA.2003).

Se programó el inicio del SPS en 2004 terminando en el 2010, tiempo en el cual el 48% de la población abierta quedará cubierta. Para su implementación a lo largo del territorio mexicano se considerará la infraestructura hospitalaria suficiente para poder atender a la demanda de servicios y se destinará básicamente a “la existencia de poblaciones organizadas con capacidad de contribuir parcial y voluntariamente al costo subsidiado de la prima del seguro popular” (P.N.S. 2001).

La cobertura de servicios que los prestadores otorgarán a los beneficiarios del Seguro Popular de Salud comprende la mayoría de las intervenciones que se realizan en los centros de salud y hospitales generales de la red de servicios estatales de salud pública. La familia afiliada tiene derecho al acceso de servicios médicos de calidad, contemplados dentro de un paquete explícito formado por 154 intervenciones, estos servicios se encuentran clasificados en 9 grupos dentro del Catálogo de Servicios (CASE) y tienen como característica su enfoque preventivo.

Los beneficiarios que requieran de algún servicio médico que no se pueda ofrecer en la unidad médica a la cual estén adscritos, podrán ser referidos a aquella donde se le pueda brindar la atención, pero los gastos que genere el traslado, alimentación y hospedaje del paciente y /o su/s acompañantes no podrán ser cubiertos por el programa. El SPS está dirigido de manera prioritaria a incorporar familias que se ubiquen en los seis primeros deciles de la distribución de ingresos que no sean derechohabientes de la seguridad social y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecerles los servicios médicos (ROIGE, SSA, D.O. 2003).

El SPS tendrá un financiamiento solidario por la Federación, los Estados, el Distrito Federal y las familias beneficiadas. El Gobierno Federal aportará anualmente una cuota social por familia beneficiada equivalente al 15 % de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal y una aportación solidaria que deberá ser cuando mínimo una y media veces la cuota social; la aportación mínima estatal será equivalente a la mitad de la cuota anterior. De la cuota social y de las aportaciones solidarias la Secretaría de Salud canalizará

anualmente el 8% al fondo de protección contra gastos catastróficos. De la cuota social y de las aportaciones solidarias (federal y estatal) también se canalizará a los estados el 3% , aplicando dos terceras partes para las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades (25 RPSS, SSA. 2006). El subsidio otorgado por familia no podrá ser mayor al 30 % del costo del Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) (ROIGE, SSA, D.O. 2003), como subsidio federal podrá ser suspendida por razones presupuestarias (Art. 51 Decreto del PEF 2003).

Las cuotas familiares serán anticipadas, anuales y progresivas; su monto dependerá de sus condiciones socioeconómicas, aplicando un instrumento estandarizado a nivel nacional, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota (Art. 77 BIS-21 y Art. 77 BIS-25 LGS, y 25 RPSS, SSA. 2006).

Los derechos de los Beneficiarios son:

- a) El usuario tiene derecho a proteger su salud y recibir atención médica en los establecimientos designados de la red del Seguro Popular de Salud, sin discriminación y sin demora, y considerando una atención especial a discapacitados y al adulto mayor.
- b) A ser asistido por personal calificado en la atención de su padecimiento y a ser tratado con una actitud cortés, amable, mediante un lenguaje comprensible de parte del equipo de salud. Tiene derecho a exigir privacidad en la atención y respeto del pudor.
- c) Los beneficiarios tienen derecho a recibir el 100% de los medicamentos prescritos incluidos en el paquete de servicios, teniendo garantizado el surtimiento de 168 medicamentos asociados a las enfermedades consideradas en el paquete.
De igual forma, tiene derecho a recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que le sean recetados.
- d) El beneficiario tiene derecho a solicitar información sobre el tipo de prestaciones ofrecidas y orientación sobre el funcionamiento, las condiciones, los documentos y trámites a seguir para la obtención del Seguro Popular de Salud; así como sobre la propia salud de manera comprensible, veraz y oportuna, sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento y en casos de urgencia para evitar lesiones irreversibles o que pongan en peligro la vida.
- e) Cada usuario tiene derecho a un soporte documental de información clara, precisa y legible, que identifique las acciones y a los profesionales tratantes en cada proceso de atención sanitaria, garantizando el uso confidencial y restringido de su expediente y su inalterabilidad, teniendo también derecho a acceder a los informes y resultados previa solicitud escrita.
- f) Del Catálogo de Beneficios Médicos cubiertos por el Seguro Popular de Salud, el usuario tiene derecho a decidir sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico de la atención médica; así como de contar con la opinión de un segundo médico y decidir sobre su participación en actividades de docencia e investigación médica.
- g) Rechazar tratamientos o procedimientos en enfermedades graves e incurables, así como de aquellos dentro de los protocolos de investigación.
- h) Recibir atención de emergencia en cualquier unidad de los Servicios Estatales de Salud en su entidad de residencia cuando se trate de intervenciones cubiertas por el Seguro.

Obligaciones de los Beneficiarios son:

- a) Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- b) Informarse sobre el funcionamiento de los establecimientos (prestaciones, horarios y programas que ofrecen). Solicitar atención en el establecimiento de la red que corresponda, acorde con las necesidades de salud.
- d) Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud. Informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

- f) Informarse acerca de procedimientos de consulta y quejas.
- g) Cumplir las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
- h) Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.
- i) Hacer uso responsable de los servicios de salud.

En la ejecución de este programa se define que la Secretaría de Salud es la instancia normativa del Programa y la instancia que garantizará la coherencia y coordinación entre el Seguro Popular de Salud y sus otros programas, así como con los de otras instituciones del sector salud. Asimismo, identificará las prioridades respecto a zonas geográficas, grupos de población, infraestructura disponible para la ejecución del Seguro Popular de Salud y coordinará la realización de estudios e investigaciones necesarios para su instrumentación. La implementación del programa será en los Centros de Salud Urbanos de los Institutos de Salud Estatales, los cuales realizan la inscripción de las familias al programa (ROIGE, SSA2003).

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Celia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública, jul./ago. 2002, vol.18, no.4, p.905-925. ISSN 0102-311X.

ANDRADE Sánchez, Eduardo. Teoría General del Estado. Ed. Colección Textos Jurídicos Universitarios México, D.F. año 1987.

BRACHET-MÁRQUEZ, Vivian. El Estado Benefactor mexicano: nacimiento, auge y declive (1822 -2000)

BRACHET-MÁRQUET, Vivian. El pacto de dominación, Estado, clase y reforma social en México (1910-1995). Ed. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, 2001.

CASE, Secretaría de Salud. www.seguropopular.gob.mx.

CONSTITUCION POLITICAS DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. 1974, 1980, 1983, 1992, 1999, 2000, 2006. México.

CONCLUSIONES de la conferencia sobre las reformas de salud en América Latina. Salud pública México, ene./feb. 2000, vol.42, no.1, p.79-80. ISSN 0036-3634.

DE SOUSA, Santos B. Reinventar la democracia, reinventar el Estado. Ed. Sequitur. España. 1998.

ENCUESTA de Satisfacción con los Servicios de Salud. Fundación Mexicana para la Salud. 1994. y 2000.

ENGELS, Federico. "El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado". Ed. Editores mexicanos unidos, S.A. México. 2005.

ETVITI, Joaquina E. y Leyva, René F. Los actores políticos y sociales en la formulación de la reforma sanitaria, en España. Cad. Saúde Pública, ene./mar. 1995, vol.11, no.1, p.34- 44. ISSN 0102-311X.

FINDLING, Liliana, Arrunada, María and Klimovsky, Ezequiel. Deregulation and equity: the reconversion process in Argentina. Cad. Saúde Pública, July/Aug. 2002, vol.18, no.4, p.1077-1086. ISSN 0102-311X.

FRENK Mora, Julio. Gaceta Médica Mexicana. Vol. 137 No. 5, 2001.

FUNSALUD. La reforma de salud en México. Economía y salud.Documentos para el análisis y la convergencia No. 18. México. 2001.

FUNSALUD. Economía y Salud. Informe final 1ª. Reimpresión.1997. México.

FUNSALUD. Observatorio de la salud, necesidades, servicios, políticas. Julio Frenk editor. 1997.México.

GERSCHMAN, Silvia. Public sector and social and health policy reforms: An inventory on the eve of the new millennium. Cad. Saúde Pública, Apr./June 1999, vol.15, no.2, p.293-302. ISSN 0102-311X.

GONZÁLEZ Rossetti, A. y Mogollón, O. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. Gac Sanit, ene.-feb. 2002, vol.16, no.1, p.39-47. ISSN 0213-9111.

GOODE J. William. "Métodos de investigación social" Ed. editorial: Trillas, México 2002

HERNANDEZ Alvarez, Mario. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. Rev Cubana Salud Pública, jul.-sep. 2003, vol.29, no.3, p.228-235. ISSN 0864-3466.

HERNÁNDEZ de Canales, Francisca y Colaboradoras. "Metodología de la Investigación". 1ª. Reim, México 1986. Ed. LIMUSA.

HERNANDEZ Gomez, Lidia. Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana. Rev Cubana Salud Pública, sep.-dic. 2002, vol.28, no.3, p.0-0. ISSN 0864-3466.

HERNANDEZ Llamas, Héctor. Historia de la participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México. 1935-1980. en F. Ortíz Quezada (Editor), Vida y muerte del mexicano, t 2, Folios Ediciones, México 1982,

HERNANDEZ Sampieri Roberto. "Metodología de la investigación" Ed.2º editorial: McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V, México 1998.

LEY GENERAL DE SALUD 2003. Federación

LEY GENERAL DE SALUD 2004. Federación.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006, Federación. México.

REGLAS DE OPERACION DEL SEGURO POPULAR DE SALUD, 15 de marzo, D.O.F.

IRIART, Celia, Merhy, Emerson Elias y Waitzkin, Howard. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad. Saúde Pública, ene./mar. 2000, vol.16, no.1, p.95-105. ISSN 0102-311X.

JARAMILLO, I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. Gac. Sanit., feb. 2002, vol.16, no.1, p.48-53. ISSN 0213-9111.

LENIN, V.I. Sobre el estado. Conferencia pronunciada en la Universidad Sverdlov el 11 de julio de 1919 Primera publicación: El 18 de enero de 1929, en Pravda, núm 15. Fuente: [Biblioteca de Textos Marxistas](#). Marxists Internet Archive, 1 enero 2001.

LOPEZ Arellano, Oliva y Blanco-Gil, José. La polarización de la política de salud en México. Cad. Saúde Pública, ene./feb. 2001, vol.17, no.1, p.43-54. ISSN 0102-311X.

LÓPEZ-Casasnovas G., A. Rico. La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?. Informe. 2003 Departament d'Economia i Empresa y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. Observatorio Europeo de Sistema Sanitarios. Centro de Madrid. c/o Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España

LÓPEZ Pardo, Cándido M. La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública, ene.-dic. 1997, vol.23, no.1-2, p.17-31. ISSN 0864-3466.

MITJAVILA, Myriam, Fernández, José y Moreira, Constanza. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?. Cad. Saúde Pública, jul./ago. 2002, vol.18, no.4, p.1103-1120. ISSN 0102-311X.

PIMENTEL, Edmundo. El desarrollo sostenible de los sistemas de salud: un paradigma emergente y saludable. Ciênc. saúde coletiva, 2003, vol.8, no.1, p.243-249. ISSN 1413- 8123.

POLIT, Denise F. y Hunger, Bernadette. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Ed. 5ª. México, 1997 Ed. McGraw-Hill Interamericana.

PORRÚA Pérez, Francisco. Teoría del Estado. Ed. Porrúa. México, D.F. Año 1997.

REFORMA DEL ESTADO. Secretaría de Gobernación
www.reformadelestado.gob.mx/Portal/PtMain.php?nIdHeader=38&nIdPanel=194&nIdFooter=37.

REGLAS de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para

ROJAS, Soriano Raúl. "Guía para realizar investigaciones sociales" Ed.26° editorial: Plaza y Valdés editores, México 2001.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. El Contrato Social. Ed. Biblioteca Edef. 15ªedit. España 2001.

SACRISTÁN, Manuel. Antonio Gramsci. Antología, Siglo XXI Editores [Argentina](#), [Buenos Aires](#), 2004.

SUAREZ Jimenez, Julio. El sistema de salud en Cuba: Desafíos hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Pública, ene.-dic. 1997, vol.23, no.1-2, p.5-16. ISSN 0864-3466.

TETELBOIN Henrion, Carolina. Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina.

VARGAS, Ingrid Vázquez, María Luisa Elisabet Jané Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica Cad Saúde Pública, 2002, jul-ago, Vol. 18, No. 4 p. 927-937.

VÁZQUEZ, M. L., Siqueira, E. , Kruze, I, Da Silva, A., Leite, I.C. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Investigación y Desarrollo. CHC Consultoría y Gestión. Avda. Tibidabo, 21. 08022 Barcelona. Correo electrónico: mlvazquez@chccig.com