

CAPÍTULO TERCERO

LOS GRANDES RETOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y LA PROTECCIÓN SOCIAL

Si se estudia el desarrollo del modelo de seguros sociales (A), así como el de los esquemas de protección social (B), se pueden encontrar una serie de dificultades que se han presentado al paso del tiempo.

I. LAS DIFICULTADES QUE ENFRENTA LA SEGURIDAD SOCIAL

Cinco grandes dificultades pueden señalarse en materia de seguros sociales: el problema crónico de financiamiento (1), la falta de uniformidad de las prestaciones (2), las limitaciones de los fondos de pensiones (3), el problema de la calidad en la protección social creada “dentro” del IMSS (4), así como la existencia de infraestructura deficiente (5).

1. *El problema crónico de financiamiento*

Los déficits financieros de la seguridad social mexicana han estado presentes en toda época, ya sea por la falta de recursos o por el ingreso de nuevos sectores a las instituciones encargadas de la protección social. De hecho, en México, desde 1964 se habla de un déficit de la seguridad social, en el mismo momento en que surgió la posibilidad de acelerar la incorporación del sector campesino a la seguridad social.¹¹⁵

¹¹⁵ Gómez Morín, Manuel, *Seguridad social*, México, PAN, 1966, pp. 82-87.

Con lo anterior se evidencia que independientemente del modelo de financiamiento de la seguridad social, la falta de recursos para el sostenimiento de la misma siempre es insuficiente.¹¹⁶

Resulta paradójico que mientras se incrementan los montos para cubrir el seguro popular¹¹⁷ no se busque, de igual manera, apoyar a los trabajadores que sí realizan un trabajo formal y sí pagan impuestos. Afrontar los costos que demanda la seguridad social requiere imaginar modelos que contemplen formas varias o alternativas diferentes para allegar los recursos necesarios a la seguridad social.

En el caso del IMSS, para 2012 y 2013 se estima un déficit después de la creación de reservas y fondos por 26,928 y 30,087 millones de pesos, respectivamente. Esta situación se debe a la evolución de la nómina del régimen de jubilaciones y pensiones, la cual en 2011 se incrementa 12.5 por ciento respecto a 2010, y en 2012 y 2013, 10.9 y 10.4 por ciento, respectivamente, lo que representa una presión de gasto por 4,749 millones de pesos en 2012 y 4,988 millones de pesos en 2013. El IMSS estima utilizar en 2012 la totalidad de los recursos de la subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, de conformidad con el artículo 286 K de la Ley del Seguro Social, para apoyar el gasto en la nómina del régimen de jubilaciones y pensiones con un importe de 13,121 millones de pesos. Asimismo, se utilizarán 4,645 millones de pesos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, de conformidad con el artículo 277 A de la Ley del Seguro Social

¹¹⁶ En algunos países, como Francia se suele preguntar por qué un país que gasta 2,700 billones de francos por año para la protección social de sus ciudadanos no cuenta con 20 o 30 mil millones de francos que permitan proteger a las personas mayores contra el riesgo de pérdida de autonomía. Cómo admitir el aumento de la exclusión en un país que destina tanto dinero para prevenirla. Charpentier, François (sous la direction de), *Encyclopédie Protection Sociale. Quelle Refondation?*, Paris, Éditions Liaisons-Economica, 2000, p. 7.

¹¹⁷ Al 31 de diciembre de 2010, las aportaciones por concepto de cuota familiar sumaron, como resultado de las evaluaciones socioeconómicas, 212.5 millones de pesos.

y 9,958 millones de pesos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad a fin de respaldar el déficit esperado.

Para 2013 se usarían recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad por 30,674 millones de pesos. En 2014 se usarán 28,952 millones de pesos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad y 8,441 millones de pesos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento en el marco del artículo 277 A de la LSS. Cabe señalar que con este uso se agotarán los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Como se puede observar, en 2015 los ingresos serán menores a la presión de gasto por un monto de 43,325 millones de pesos y no se contará con recursos en la Reserva Financiera y Actuarial para hacer frente a esa diferencia entre ingresos y gasto.¹¹⁸

Las dificultades financieras también han sido señaladas por auditores independientes:

Los pasivos acumulados del Instituto relacionados con las obligaciones laborales al retiro que no han sido registrados, aunado a las necesidades de: a) equipamiento y expansión de las unidades operativas, b) los altos costos de atención provocados por el crecimiento demográfico de la población derechohabiente, c) el incremento en las incidencias epidemiológicas, de el insuficiente financiamiento de los ramos de seguros de enfermedades y maternidad, guarderías y prestaciones sociales y salud para la familia y e) la obligación de acumulación de reservas financieras actuariales; están incidiendo en que la situación financiera del Instituto se continúe deteriorando”.¹¹⁹

¹¹⁸ Informe al ejecutivo federal y al Congreso de la Unión 2010-2011, pp. 50-51. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/C9960C51-9CBC-48B4-A3A5-713FF8AC21CE/0/C03.pdf>. Consultado el 7 de octubre de 2011.

¹¹⁹ Dictamen de los auditores externos. Mancera, S. C., Integrante de Ernst & Young Global. El documento se encuentra en Informe al Ejecutivo federal y al Congreso de la Unión 2010-2011. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso

2. *Falta de uniformidad de las prestaciones*

Debe señalarse que la seguridad social institucional, que cubre a los asegurados —que forman parte de la PEA y a sus derechohabientes, que son parte de la PEI—, no otorga una atención uniforme, ya que en cada sector se advierten prestaciones y montos distintos, incluso bajo sistemas de organización diferentes. En términos generales estos sectores se pueden clasificar en:

- Trabajadores —y derechohabientes— del sector privado, regidos por la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Seguro Social (leyes reglamentarias del artículo 123, apartado “A”, y de la fracción XXIX del mismo artículo, respectivamente), sujetos al régimen obligatorio del seguro social.
- Población adherida al régimen del seguro social, a través del régimen de seguro voluntario o facultativo. Los derechohabientes se aseguran mediante convenios que se celebran con el IMSS de manera individual o colectiva. Pueden beneficiarse de este seguro los comerciantes independientes, los artesanos, los cooperativistas, los trabajadores domésticos y los servidores de municipios que no cuenten con otro tipo de aseguramiento. También se pueden afiliar los empleados de organismos internacionales y de embajadas y consulados asentados en el país con los cuales se han celebrado los convenios respectivos.
- Trabajadores —y derechohabientes— de organismos descentralizados, bancas de desarrollo, entidades y sector paraestatal en general, con regímenes complementarios y/o sujetos a su propio régimen de seguridad social, según estipulaciones convenidas en la negociación colecti-

de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010, p. 6. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/B1BE9782-5027-431B-B87A-3F5C69EE8E47/0/auditores.pdf> Consultado el 7 de octubre de 2011.

va, algunas cotizando al IMSS y conforme al sistema de reversión de cuotas. Entre las más representativas están Pemex, CFE, la Compañía LyFC y los propios trabajadores del IMSS, quienes disfrutaban de un régimen complementario al igual que muchas universidades.

- Trabajadores al servicio de las dependencias y entidades de la administración pública federal que por ley o por acuerdo con el Ejecutivo se incorporen a los poderes de la Unión; a las dependencias y entidades de la administración pública en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de convenio que el ISSSTE celebre con los mismos; a los diputados y senadores que individual y voluntariamente se incorporen a este régimen —y a sus derechohabientes— regidos por la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado (reglamentaria del artículo 123 constitucional, apartado “B”).
- Trabajadores al servicio de las fuerzas armadas (Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de la Marina y la Fuerza Aérea), bajo un régimen legal exclusivo administrado por el ISSFAM.
- Trabajadores al servicio de gobiernos estatales y, en su caso, al servicio de los municipios bajo sus propios regímenes.

Es factible señalar que la seguridad social no abarca a todos los sectores de la población, y que la cobertura es discriminatoria, dependiendo del sector asegurado. Por ejemplo, en materia de pensiones, la pensión mínima garantizada para un trabajador del sector privado es de un salario mínimo, mientras que la pensión mínima garantizada para un trabajador del sector público es de dos salarios mínimos. Además, paralelamente encuentran una serie de regímenes en donde las pensiones de jubilación son muy superiores (IMSS; Pemex), abonando más a la desigualdad existente. A pesar de que el derecho a la protección a la salud está garantizado en el artículo 4o. de la Constitución Política federal,

no se prevé lo necesario para que la población en general disfrute de este derecho humano. La atención, en donde existe, no es uniforme, ya que las prestaciones son distintas en cantidad y calidad.

3. *Las limitaciones de los fondos de pensión*

El tránsito de los seguros de retiro a cuentas de capitalización individuales han llevado a cuestionarse seriamente si dicho modelo responde a los principios que deben caracterizar a la seguridad social. Al respecto, se ha señalado que¹²⁰

1. Muchas de las reformas que instauran los fondos de pensión “parecen supeditar a las leyes del mercado y de la especulación de derechos y garantías sociales mínimas, cuyos objetivos fueron justamente ofrecer certeza y seguridad al trabajador ante las contingencias de la vida profesional y del envejecimiento”.

2. Las reformas han introducido elementos de incertidumbre, mediante conceptos como rentabilidad, y han disminuido además, en diversos casos, esas normas mínimas. Por ejemplo:

a) Solidaridad horizontal e intergeneracional. Supresión de las contribuciones patronales y estatales que se destinan para la constitución de los fondos. El Estado mantiene un rol subsidiario en el aspecto financiero y administrativo. Los convenios de 1927 (Convenios de la OIT núms. 24 y 25) como los de 1933 (Convenios de la OIT núms. 35 a 40), prevén que los asegurados, sus empleados, sus empleadores y los poderes públicos deben contribuir a la formación de los recursos del seguro. El Convenio 102 establece que el costo de las prestaciones y los gastos de administración deben ser financiados colectivamente por medio de cotizaciones o de impuestos. El Convenio 102 y los núms. 121, 128 y 130, estipulan que el total de las cotizaciones a cargo de los asalariados protegidos no deben exceder del 50% del total de los recursos destinados a su protección.

¹²⁰ López Morales, Germán, “Las normas internacionales del trabajo sobre seguridad social y las reformas de la seguridad social en América latina”, en CISS, ISSSTE, IDSS, *III Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social. Memoria*, Santo Domingo, República Dominicana, 1996, pp. 127-129.

b) Administración privada de los fondos de pensión. Los asegurados no participan en la administración de las instituciones de seguro. Los acuerdos anteriores y posteriores al Convenio 102, prevén que los representantes de las personas protegidas participen en su administración.

c) Gratuidad en el servicio de prestaciones. Las instituciones de seguridad han trasladado al asegurado los costos de la administración de sus fondos de pensiones. El Convenio 102 y posteriores prevén que los gastos de administración sean financiados colectivamente por medio de cotizaciones o de impuestos.

d) Administración de los seguros de pensiones y de salud por sociedades con fines de lucro. Este principio es contrario a los Convenios 24, 25, 35 a 40 de la OIT. Ni la norma mínima (Convenio 102) ni convenios posteriores aceptan esta modalidad en la administración de las pensiones.

e) Retiro programado. Según esta modalidad de retiro, el asegurado puede efectuar retiros mensuales hasta la extinción del capital acumulado en su cuenta. El Convenio 102 estipula que las prestaciones deben concederse durante todo el transcurso de la contingencia, cabe preguntarse cómo se garantizará la aplicación de dicho principio.

En el caso de la nueva Ley del ISSSTE, la doctrina ha señalado que "...la capitalización individual no resuelve los problemas financieros del Instituto ya que sólo se dirige a los pasivos contingentes pero no a sus problemas de liquidez. Se trata de una solución parcial que podría hacer crisis en años".¹²¹

El modelo, por ser privado, en sí mismo no puede ser considerado inadecuado. No obstante, lo es cuando se trata del único mecanismo con que cuentan los trabajadores, es decir, no se trata de un instrumento complementario. La lógica de los fondos de pensión privados solo tiene beneficios para los administradores privados; los riesgos y menoscabos son para el trabajador y el Estado.

¹²¹ Morales Ramírez, María Ascensión, "Nueva Ley del ISSSTE y pensiones de retiro," *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, núm. 5, julio-diciembre de 2007, p. 268.

En realidad, esta situación ya se ha presentado en México, como ya ha quedado anotado, antes de 1929, cuando no se había reformado la Constitución para declarar de utilidad pública la expedición de una Ley del Seguro Social. Las reglamentaciones existentes antes de la reforma ofrecieron efectos negativos, ya que no se fomentaron las cajas de ahorros de seguros populares y análogos. En cambio, sí se favoreció el auge de empresas aseguradoras, que operaban en el ramo de seguros contra accidentes del trabajo. Dichas empresas perseguían finalidades lucrativas, por lo que mediante excluyentes legalistas y procedimientos dificultosos buscaban no cubrir los riesgos de trabajo. Tal y como sucede actualmente, los

intereses económicos de esas empresas se sentían afectados por los intentos favorables al régimen de seguro social, que las desplazaría en la protección de los riesgos profesionales. De ahí, las campañas con que divulgaban el error y la confusión sobre el concepto y finalidades del seguro social y más adelante, cuando ya fue indiferible la aplicación de la Ley del Seguro Social, no se recataron de participar y coadyuvar en la oposición a la misma.¹²²

Actualmente las afores administran 42 millones, 243 mil 467 de cuentas,¹²³ de las cuales se encuentran inactivas 20 millones 359 mil 869, ya que no reportan ninguna aportación en los últimos tres años. Según se desprende de un informe de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) enviado al Congreso, la cifra de inactivo representa un 48% del total y es mayor en un 5% a la equivalente en 2010. En junio de hace un año, las cuentas ascendieron a 40 millones 765 mil 920, mientras que los inactivos sumaron 18 millones 655 mil 800. En estos últimos doce meses, detalló, el número de registros en las afores

¹²² Sánchez Vargas, Gustavo, *Orígenes y evolución de la seguridad social en México*, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 1963, p. 35.

¹²³ http://www.consar.gob.mx/panorama_sar/cuentas_administrados.shtml consultado el 5 de octubre de 2011.

también se elevó en un millón 137 mil cuentas. La Consar precisó que al cierre de junio de 2011, del total de cuentas que manejan las afores, 21 millones 640 mil 131 recibieron al menos una aportación obligatoria al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (RCV) en los últimos tres años.¹²⁴

Como se aprecia, dicha cantidad representa menos del 50% de la población ocupada (véase gráfica). Destaca también el 8.3% de la población en condiciones de subocupación, el 11.1% en condiciones críticas de ocupación y el 28.9% de tasa de ocupación en el sector informal. Se trata de PEA que dadas sus condiciones de trabajo no puede acceder a un seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

<i>Indicador</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Población total	113.558,599	55.006,552	58.552,047
Población de 14 años y más	83.698,315	39.878,721	43.819,594
Población económicamente activa (PEA)	48.919,801	30.608,123	18.311,678
Ocupada	46.355,701	29.003,398	17.352,303
Desocupada	2.564,100	1.604,725	959,375
Población no económicamente activa (PNEA)	34.778,514	9.270,598	25.507,916
Disponible	6.263,886	2.023,119	4.240,767
No disponible	28.514,628	7.247,479	21.267,149
Población subocupada por condición de búsqueda de trabajo adicional	3.851,053	2.657,599	1.193,454
Con condición de búsqueda de trabajo adicional	395,039	296,885	98,154
Sin condición de búsqueda de trabajo adicional	3.456,014	2.360,714	1.095,300
Edad promedio de la población económicamente activa	37.8	38.0	37.5

¹²⁴ *El Universal*, 27 de septiembre de 2011.

<i>Indicador</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Promedio de escolaridad de la población económicamente activa	9.3	9.0	9.7
Tasa de participación de la población en edad de trabajar	58.4	76.8	41.8
Tasa de desocupación ^b	5.2	5.2	5.2
Tasa de ocupación parcial y desocupación I (TOPDI) ^b	11.4	9.1	15.3
Tasa de presión general (TPRG) ^b	8.9	9.4	8.1
Tasa de trabajo asalariado ^c	61.9	61.3	62.8
Tasa de subocupación ^c	8.3	9.2	6.9
Tasa de condiciones críticas de ocupación (TCCO) ^c	11.1	11.5	10.6
Tasa de ocupación en el sector informal ^c	28.9	27.9	30.4

^b Tasas calculadas contra la población económicamente activa.

^c Tasas calculadas contra la población ocupada.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Indicadores estratégicos.

Tal y como está diseñado el sistema de fondos de ahorro para el retiro, resulta excluyente de la población no asalariada o que siendo asalariados se encuentran dentro del sector informal. Se trata de un número muy importante de personas que dada la condición y las características de su trabajo no van a contar, al final de su vida productiva, con un mecanismo que les permita solventar económicamente su vejez. El actual modelo de las afores no resulta atractivo para los trabajadores independientes, quienes a diciembre de 2010 solo contaban con 182 cuentas individuales de ahorro para el retiro registradas.¹²⁵

¹²⁵ <http://www.amafore.org/cobertura-del-sistema-de-pensiones-en-m%C3%A9xico-0> consultado el 2 de octubre de 2011.

4. *IMSS-Oportunidades y la calidad del servicio*

En materia de calidad del servicio del programa IMSS-Oportunidades, se destacan las visiones diferentes existentes en la materia, según se trate de información del propio IMSS o de evaluaciones externas.

Así, para el IMSS:

Respecto al trato recibido, en los últimos cinco años (2005-2009) se ha alcanzado una adecuada satisfacción de la población atendida en los servicios de consulta externa de las unidades del Programa, con un logro de 98.9 por ciento... De igual forma, en los servicios de urgencias de los HR, el índice de satisfacción por el tiempo de espera es de 96.2 puntos porcentuales, cifra aceptable en razón de que mide el grado de satisfacción de los usuarios por el tiempo de espera transcurrido entre el momento en que se solicitó la atención y el momento en que inició la atención en urgencias... En la atención médica efectiva en el primer nivel de atención, la mayoría de indicadores del Programa se mantienen aceptables...

Sin embargo, según se desprende del Informe de la evaluación específica de desempeño 2010-2011, del Programa IMSS-Oportunidades, uno de los grandes retos del programa se centran en la calidad del servicio.¹²⁶ Asimismo, el documento en comento señala que:

...La supervisión-operativa es un mecanismo de autoevaluación del Programa. En general, este tipo de mecanismos tienden a generar resultados poco críticos, con tendencia a la autocomplacencia. Por tanto, el IMSS-Oportunidades podría buscar mecanis-

¹²⁶ Informe de la evaluación específica de desempeño 2010-2011. Valoración de la Información contenida en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED). Nombre del Programa: Programa IMSS-Oportunidades. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0CBD0EFE-1C7F-4729-A761-F859D37F27D2/0/InformeCompletoDeLaEvaluaci%C3%B3nEspec%C3%ADficadeDesempe%C3%B1oEED2010.pdf> consultado el 6 de octubre de 2011.

mos de validación externa, sobre todo en niveles de conducción delegacionales y zonales que realizan permanentemente esta actividad.

Sobre la evolución del presupuesto, se señala que:

Entre 2003 y 2010 tanto el Presupuesto Original como el Ejercido se incrementaron en más del 60%, al pasar de 4,083.7 a 7,207.9 millones de pesos. El crecimiento ha sido permanente, con excepción del año 2004; por su parte, los mayores incrementos anuales se presentaron en 2008 y 2009, 16.5% y 18.5%, respectivamente. Cabe resaltar que el incremento en el presupuesto no se ha reflejado en un incremento en la cobertura del Programa...

De hecho,

Los datos disponibles permiten observar que la cobertura, en cuanto a la Población Atendida, ha tenido una reducción discreta, relativamente menor, al pasar de 10,049,350 personas atendidas en 2005 a 9.862,222 en 2010. Resulta necesario profundizar el análisis para elucidar estos resultados, más aún cuando en el periodo referido se han presentado incrementos importantes en el presupuesto y se han realizado inversiones relevantes en infraestructura, equipamiento y recursos humanos.¹²⁷

Respecto a la calidad del servicio, también se pueden señalar las evaluaciones hechas por auditores independientes: "...los seguros médicos y en especial el ramo de GMP del Seguro de enfermedades y Maternidad, enfrentan el gran reto de continuar proporcionando servicios de salud en la cantidad y calidad que demandan los usuarios, en medio de un panorama financiero complicado".¹²⁸

¹²⁷ <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0CBD0EFE-1C7F-4729-A761-F859D37F27D2/0/InformecompletodelaEvaluaci%C3%B3nEspec%C3%ADficadeDesempe%C3%B1oEED2010.pdf> consultado el 6 de octubre de 2011.

¹²⁸ Dictamen de los auditores externos. Mancera, S. C., Integrante de Ernst & Young Global. El documento se encuentra en Informe al Ejecutivo federal y

5. *Infraestructura insuficiente*

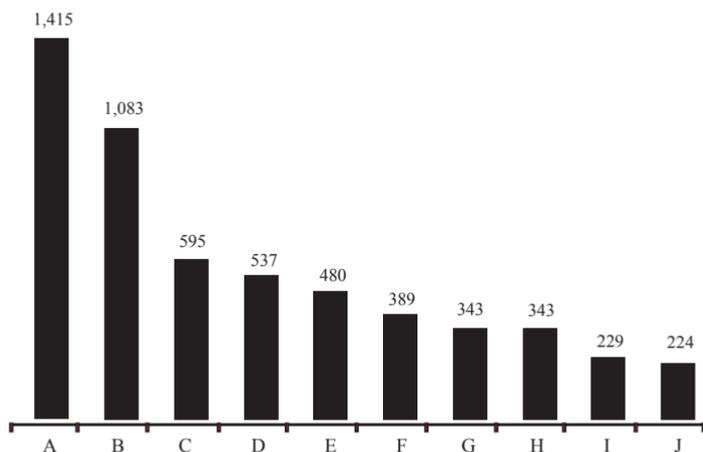
Nuevamente resultan interesantes las opiniones de las auditorías independientes, respecto a la infraestructura del IMSS: “Otros dos grandes retos internos del Instituto son, por un lado, el de la infraestructura, misma que se encuentra rebasada por la demanda de servicios...”.¹²⁹

6. *IMSS, ISSSTE, calidad del servicio, violación de derechos humanos y conflictividad*

Otra manera de explorar la calidad del servicio que se presta en el IMSS y el ISSSTE puede inferirse en la posición que ocupa, dentro de las autoridades que fueron señaladas como presuntas responsables de violación a los derechos humanos en los expedientes de queja registrados entre el primero de enero y el 31 de diciembre de 2010. Al respecto, el número de autoridades mencionadas fueron 509, cifra que se desprendió a partir de los escritos de los quejosos, así como de las actuaciones realizadas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos. En el periodo arriba señalado, el IMSS ocupa el segundo lugar dentro de las más señaladas.

al Congreso de la Unión 2010-2011. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010, p. 4. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/B1BE9782-5027-431B-B87A-3F5C69EE8E47/0/auditores.pdf> consultado el 7 de octubre de 2011.

¹²⁹ Dictamen de los auditores externos. Mancera, S.C., Integrante de Ernst & Young Global. El documento se encuentra en Informe al Ejecutivo federal y al Congreso de la Unión 2010-2011. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010, p.4. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/B1BE9782-5027-431B-B87A-3F5C69EE8E47/0/auditores.pdf> consultado el 7 de octubre de 2011.



A. Secretaría de la Defensa Nacional. B. Instituto Mexicano del Seguro Social. C. Policía Federal. D. Procuraduría General de la República. E. Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Seguridad Pública. F. Instituto Nacional de Migración de la Secretaría de Gobernación. G. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. H. Secretaría de Educación Pública. I. C omisión Federal de Electricidad. J. Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

Fuente: 2010 Informe de Actividades de la CNDH del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010, p. 52.

Por otro lado, destaca que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ocupa el quinto lugar, clasificación que no puede considerarse inferior en relación con el IMSS, ya que el universo de población afiliada al ISSSTE es de 6.057,647, mientras que la población afiliada del IMSS es de 34.545,220 afiliados.¹³⁰

Proporcionalmente, incluso podría señalarse que el IMSS tiene menos quejas con relación al ISSSTE, ya que el IMSS tiene

¹³⁰ Con datos de *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009, Glosario*, en www.inegi.org.mx, consultado el 4 de octubre de 2011. - Enlace: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/glosario/Default.aspx?ClvGlo=ENESS09&s=est&c=26348>

una queja por cada 31.897,71 personas integrantes del universo de población afiliada; mientras que el ISSSTE tiene una queja por cada 17457.196 personas integrantes del universo de población afiliada, de lo que resulta que, proporcionalmente hablando, el ISSSTE tiene prácticamente el doble de quejas con relación al IMSS.

Otra elemento importante lo constituye el grado de conflictividad que representan las instituciones de seguridad social. Según el Informe anual de labores de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje de octubre 2009-noviembre 2010, al 31 de octubre de 2010 se registraron 214,479 conflictos individuales, ya sea en fase de instrucción o dictamen.

El informe resalta el hecho de que, atendiendo a la naturaleza del conflicto planteado, el 58% de carga de trabajo de la Junta Federal corresponde a conflictos de seguridad social en contra del IMSS, Infonavit y Afores. El universo de asuntos en trámite se distribuye de la siguiente forma: 31% corresponde a asuntos del IMSS, 7% a Pemex, 2% a FNM en liquidación, 5% a la CFE, 1% a la extinta Luz y Fuerza del Centro, y un estimado de 44% de juicios en contra de otros organismos públicos, como el Infonavit, el ISSSTE y el Sepomex, así como en contra de las Afores. Solo 10% son en contra de empresas del sector privado.¹³¹

Independientemente de que el IMSS tenga o no la razón jurídica en los conflictos individuales en los que es parte demandada, sin duda resalta el grado de conflictividad que presenta, lo que a su vez denota en fuertes problemas en la calidad de sus servicios o en el manejo de sus relaciones laborales, ya que de uno de cada tres conflictos individuales que se someten a la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, es del IMSS.

¹³¹ Informe anual de labores de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje de octubre 2009-noviembre 2010.

http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/junta_federal/secciones/documentos/INFORME%20ANUAL%20DE%20LABORES%202010.pdf consultado el 2 de octubre de 2010.

II. LOS PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LOS ESQUEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Entre los problemas que enfrenta el esquema de protección social, se pueden señalar los siguientes: deficiente protección social para la población abierta (1), el manejo financiero estatal irregular (2), el caso particular del Fideicomiso de Protección Social en Salud (3), la deficiente infraestructura y presupuesto limitado para infraestructura (4), los servicios privados de salud: exclusión social e interés económico (5), y la saturación del IMSS: más responsabilidades en materia de protección social (6).

1. *La deficiente protección social para la población abierta: más cantidad que calidad*

La situación de quienes carecen de cobertura institucional es aún más grave, puesto que deben resolver sus problemas de atención médica con sus propios recursos, situación que puede resultar imposible para una buena parte de la población, a pesar de la existencia de otros mecanismos de seguridad social, tales como el seguro popular.

La calidad de atención del seguro popular es difícil de medir, ya que en una medición del nivel de satisfacción se sumaron dos criterios “muy satisfechos” y “algo satisfechos”, arrojando un porcentaje total de la sumatoria de 94%. Este porcentaje contrasta con el porcentaje de las quejas que ha recibido el seguro popular: el 38.32% de las quejas que se reciben se refieren a la atención médica, un 11.59% a la venta de medicamentos y un 36.90% respecto a la afiliación.¹³² También dicho nivel de satisfacción contrasta con los tiempos de espera del usuario para que sea atendido desde que llega a la unidad médica: el tiempo promedio es de 105.6 minutos, pudiendo llegar a ser de 152.3

¹³² Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultado 2010, México, Comisión Nacional de Protección en Salud, pp. 83 y 97.

minutos en Baja California, de 35 minutos en Michoacán y de 192.7 minutos en San Luis Potosí.¹³³ También contrasta con el porcentaje de 76.8% de los usuarios que manifestaron estar “muy satisfechos” o “algo satisfechos” con la forma y/o periodicidad en la que le entregaron los medicamentos que fueron recetados, pudiendo ser de 47.0% en Hidalgo y de 51.9% en Morelos.¹³⁴ El porcentaje tan alto arriba señalado de satisfacción por los servicios del seguro popular también contrasta con el porcentaje del 68.7% de los usuarios que manifestaron que la última vez que le recetaron medicinas, le proporcionaron todos o casi todos los medicamentos mediante el seguro popular, pudiendo ser ese porcentaje de 42.5% en Hidalgo, 46.1% en Morelos o de 53.3% en el Distrito Federal.¹³⁵

Por otro lado, en materia de medicamentos, el seguro popular también enfrenta deficiencias. Una evaluación realizada por el Coneval señala que el 56.9% de los beneficiarios del Programa reportó que la receta médica había sido surtida completamente,¹³⁶ lo que quiere decir que existe un universo de beneficiados del 44.1%, a los cuales no se les surte completamente su receta médica. Este tema no fue objeto de observaciones por parte de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud, en su respuesta institucional.¹³⁷

¹³³ *Ibidem*, p. 84.

¹³⁴ *Ibidem*, p. 85.

¹³⁵ *Ibidem*, p. 87.

¹³⁶ Evaluación Específica de Desempeño 2010. Unidad Responsable: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Programa: Seguro Médico para Una Nueva Generación. Institución Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública. <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/eed2009/smng/completo.pdf> consultado el 2 de octubre de 2011.

¹³⁷ Posición Institucional. Evaluación Específica de Desempeño 2010. Unidad Responsable: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Programa: Seguro Médico para Una Nueva Generación. Institución Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/eed2009/smng/posicion_institucional.pdf consultado el 2 de octubre de 2011.

El seguro popular sin duda ha resultado un instrumento importante para la población carente de seguridad social, a través de alguno de los institutos de seguridad social existentes en el país. No obstante, la existencia del mismo contribuye a la desarticulación de la protección social, ya que incrementa las secretarías de Estado y entidades públicas que intervienen en la organización y funcionamiento de la seguridad y protección social.

2. *El manejo financiero estatal irregular*

El modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se sustenta en un esquema tripartita con aportaciones por persona afiliada del gobierno federal y de las entidades federativas, así como por contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica.

El presupuesto federal ejercido para el SPSS en 2010 ascendió a 47,997.3 millones de pesos. A las entidades federativas, por concepto de cuota social y aportación solidaria federal en 2010 se transfirieron 36.634,3 millones de pesos. Al fideicomiso del SPSS se canalizaron 10,016.5 millones de pesos en 2010. Del total de recursos canalizados a este fideicomiso, 2,731.8 millones de pesos fueron aportados a la subcuenta del Fondo de Previsión Presupuestal y 7,284.7 millones al FPGC.

De acuerdo con las metas de afiliación establecidas en el anexo II del Acuerdo de Ejecución del SPSS, el monto total aportado por las 32 entidades federativas por aportación solidaria estatal (ASE) ascendió a 15,166.4 millones de pesos, en el ejercicio fiscal 2010.

Por otro lado, si se revisa el informe del resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública, V. Gasto federalizado, V. 10. Ramo 12, hecho por la Auditoría Superior de la Federación al seguro popular, se puede ejemplificar cómo la mayoría de los estados no cumplen con la transparencia y el buen manejo de los recursos financieros destinados al seguro popular. A pesar de que el artículo 77 bis 16 de la Ley General de Salud establece que “los recursos de

carácter federal a que se refiere el presente Título, que se transfieran a los Estados y al Distrito Federal no serán embargables, ni los gobiernos de los Estados podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlos, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo”.

Por la trascendencia de las observaciones realizadas, resulta prudente citar la mayoría de ellas:¹³⁸

- Los recursos federales otorgados en 2009 a través de la CS y ASF a los ejecutores del gasto no se manejaron exclusivamente en una cuenta bancaria específica, ni tampoco sus rendimientos financieros; asimismo, se manejaron operaciones que no correspondían al programa, lo que dificultó su control, identificación y aplicación directa a su destino final. Las entidades observadas fueron: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Veracruz y Zacatecas.
- Falta de documentación justificativa y comprobatoria del gasto por 1,814,022.4 miles de pesos, que significan el 60.3% del total de las recuperaciones determinadas. Esta irregularidad se presentó en Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.
- En 27 entidades federativas se destinaron recursos por 397,531.7 miles de pesos, de la CS y ASF correspondientes a 2009, en conceptos diferentes de los objetivos del

¹³⁸ Auditoría Superior de la Federación, Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009, V. Gasto federalizado, V.10. Ramo 12. Seguro Popular (Acuerdos de Coordinación), México, 2011. http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo5/10_SEGURO%20POPULAR_a.pdf consultado el primero de octubre de 2011.

seguro popular, como pago de telefonía celular y radiocomunicaciones, arrendamiento de edificios y locales fuera de la normativa, pago de proyectos ejecutivos de obra y planes de equipamiento, pago de servicios a médicos del seguro popular adicional a las nóminas, pago de trabajos no justificados al no atender intervención del CAUSES, pago de compensaciones adicionales a servidores públicos, préstamos a otros programas, pagos a sistemas de información automatizados y otros, lo que representó el 13.2% del monto total de las recuperaciones determinadas.

- En Baja California, Chihuahua, Coahuila, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, se efectuaron pagos por 170,448.2 miles de pesos, por concepto de remuneraciones a personal que no está relacionado directamente Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009 relacionado con la prestación de servicios de atención médica a los afiliados del sistema.
- Los estados de Aguascalientes, Coahuila, Colima, Guerrero, Nayarit, Querétaro, Sonora, Tamaulipas y Veracruz destinaron recursos de la CS y ASF correspondientes a 2009, para el pago de percepciones a personal del seguro popular, sin contar con el sustento normativo que los autorice, por 111,545.9 miles de pesos; asimismo, en Baja California Sur, Colima, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz se realizaron pagos en exceso por 73,730.9 miles de pesos.
- En el estado de Guerrero se destinaron recursos de la CS y ASF al pago de personal que no contaba con el contrato respectivo que ampara su relación laboral, por 25,528.4 miles de pesos.
- En el Distrito Federal y Guerrero se realizaron pagos por 2,323.4 miles de pesos, a servidores públicos que no

fueron localizados en su lugar de adscripción durante la verificación física realizada en instalaciones de diversos organismos de salud del estado.

- En 28 entidades federativas se adquirieron medicamentos a precios superiores a los de referencia determinados por la Secretaría de Salud, lo que originó un pago en exceso por 124,383.3 miles de pesos. Asimismo, en 25 estados se adquirieron medicamentos sin estar consideradas en el CAUSES por 182,432.1 miles de pesos.
- El estado de Guerrero realizó pagos indebidos por 22,566.6 miles de pesos, derivados de la administración, control y reposición de medicamentos y material de curación existente en unidades hospitalarias sujetas al procedimiento de subrogación.
- Al 31 de marzo de 2010, 20 entidades federativas habían ejercido recursos de la CS y ASF en acciones de promoción, prevención y detección oportuna contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), por 732,380.0 miles de pesos, monto que es inferior al 20% que como mínimo se debe destinar del total de los recursos transferidos para estas acciones en cada entidad.
- En los casos donde se destinaron recursos para estas acciones, es importante señalar que no existe evidencia de la validación por parte de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) y del visto bueno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).
- No obstante que es responsabilidad de las entidades federativas el cubrir, con cargo en su presupuesto, los gastos de operación asociados al funcionamiento de la infraestructura nueva, el estado de San Luis Potosí destinó 1,112.2 miles de pesos a este concepto, lo que reduce su financiamiento y limita el avance en el crecimiento sustentable de la infraestructura de salud.

- En 26 entidades federativas no se ejercieron recursos de la CS y ASF en el programa de Caravanas de la Salud y sólo en Aguascalientes, Chihuahua, Michoacán, Nayarit, Quintana Roo y Tabasco se aplicaron recursos por 7,476.5 miles de pesos en este programa.
- Al 31 de marzo de 2010 se destinaron recursos de la CS y ASF del ejercicio fiscal 2009 por 10,977.3 miles de pesos, para cubrir el gasto operativo y el pago del personal administrativo de la unidad de protección social en salud, lo que representa el 6.1% del total de los recursos transferidos al estado de Colima, monto que a esa fecha excede lo autorizado como máximo para este rubro, que fue el 6.0%.
- Las entidades federativas de Coahuila, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Querétaro y Sinaloa no proporcionaron evidencia con la que se demuestre haber informado semestralmente a la CNPSS, sobre el nombre del proveedor, el evento de licitación y el costo unitario de las claves de los medicamentos adquiridos asociados al CAUSES; Aguascalientes, Chiapas, Hidalgo y Tlaxcala enviaron de manera incompleta la información.
- En 30 entidades federativas, la administración de los recursos financieros del programa no se realiza directamente por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), sino por conducto de los servicios de salud del estado. Solamente los REPSS de Campeche y Yucatán administran directamente los recursos del seguro popular.
- En las 18 entidades federativas se presentaron diferencias derivadas de la falta de conciliación de la información generada por las áreas responsables del manejo y operación del seguro popular y la reportada a la CNPSS.
- En el control y entrega de medicamentos se encontraron importantes deficiencias, como las siguientes: el medicamento no está clasificado por fuente de financiamiento, lo que limita su identificación, control y fiscalización; no

existe evidencia de las recetas expedidas a los pacientes; las recetas no llevan la firma de recepción del medicamento por parte de los usuarios; se prescriben medicamentos fuera del CAUSES; no se identifica el medicamento entregado al paciente; entrega incompleta de medicamento, y falta de número de folio de afiliación del paciente, entre otras.

- Colima, Jalisco, México, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Tlaxcala y Yucatán no contaron con un plan de fortalecimiento para destinar recursos de la CS y ASF en la adquisición de bienes informáticos, licencias de uso de sistemas de información y la incorporación de servicios y equipo telemático, instalación y conectividad para las unidades que atienden a los beneficiarios del SPSS, seguro popular
- No se localizó diversa documentación relacionada con procedimientos de contratación de obra pública, como el dictamen que sirvió de base para la evaluación de las proposiciones técnica y económica ni el cuadro comparativo de ellas; el presupuesto base, y el aviso de inicio de obra. Esta observación se presentó en San Luis Potosí.
- En cuatro entidades no se proporcionó evidencia donde se demuestre que los bienes adquiridos o servicios contratados (compra de vehículos fuera de especificaciones; pagos por auditoría externa; compra de reactivos para pruebas inmunológicas e infecciosas; entre otros) garantizaron la prestación de servicios de salud del CAUSES, en beneficio de los afiliados al sistema.
- En 30 entidades federativas, la administración de los recursos financieros del programa no se realiza directamente por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), sino por conducto de los servicios de salud del estado. Solamente los REPSS de Campeche y Yucatán administran directamente los recursos del seguro popular.

- La CNPSS solicitó el reintegro de 733.4 miles de pesos de los recursos ministrados por cuota social al estado de Baja California Sur, al no cumplir con la meta de afiliación de familias.

De hecho, la Evaluación Específica de Desempeño 2010 realizada al Seguro Popular por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en el apartado de las conclusiones del evaluador externo, coincide con varias de las observaciones de la ASF, particularmente en lo referente al desempeño de las entidades federativas:¹³⁹

- El Programa cuenta con indicadores de resultado (uno financiero y otro relacionado con los niveles de afiliación) que permiten dar seguimiento a su desempeño. Al indicador financiero (que no es el mejor indicador que se pudo haber escogido) no se le ha dado seguimiento puntual, a pesar de que los valores anuales de dicho indicador los genera regularmente la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud. 3. Se deberían incorporar a la lista algunos indicadores de condiciones de salud, ya que el SPS tiene la obligación no sólo de ampliar la protección financiera, sino también de facilitar el acceso a servicios de salud de calidad a la población afiliada.
- El desempeño de las áreas centrales del SPS puede calificarse de aceptable, no así el desempeño de varias de las versiones estatales del mismo. Deja mucho qué desear la movilización local de recursos líquidos para cubrir la ASE y la falta de transparencia en el ejercicio local de

¹³⁹ Evaluación Específica de Desempeño 2010. Unidad Responsable: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Programa: Seguro Popular. Institución Evaluadora: Instituto Nacional de Salud Pública. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/eed2009/seguro_popular/completo.pdf consultado el 2 de octubre de 2011.

los recursos. De hecho, una de las carencias es la falta de indicadores que evalúe el desempeño de los regímenes estatales.

El tema del desempeño estatal no fue objeto de posición institucional de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud. En cambio, sí fue objeto de comentario lo relativo a incorporar a la lista de indicadores de FIN algunos indicadores de condiciones de salud. Al respecto, la respuesta fue que el seguro popular "...como ente financiero tiene como principal función garantizar financieramente el derecho a la salud de sus afiliados. Derivado de ello, se puede influir en la salud del beneficiario, pero la evaluación de las condiciones de salud no corresponde de manera directa al seguro popular.¹⁴⁰ Resulta interesante la observación; sin embargo, es obvio que el seguro popular debería verificar también el impacto en la mejora de la salud de los afiliados al mismo, como el mejor indicador del derecho a la salud.

Por otro lado, destaca lo señalado en la fracción IX del artículo 40 del Presupuesto de Egresos de la Federación, al señalar que las compras que realizan las entidades federativas deben sujetarse a los precios de referencia que publique la Secretaría de Salud. Los precios de referencia se publicaron el pasado 25 de mayo de 2010 en el *Diario Oficial de la Federación* mediante el Acuerdo por el cual se establecen los Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al CAUSES con recursos del SPSS. El acuerdo contiene los ordenamientos que deberán seguir las entidades para la adquisición de medicamentos, entre las que destacan las siguientes:

- Las entidades deberán observar los precios de referencia contenidos en los lineamientos, sin importar la modalidad de compra (licitación, adjudicación directa, entre otras).

¹⁴⁰ Posición Institucional Evaluación Específica de Desempeño 2010. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/eed2009/seguro_popular/posicion_institucional.pdf consultado el 2 de octubre de 2011.

- Solamente en casos de emergencia epidemiológica se podrán adquirir medicamentos a un sobreprecio respecto al margen de referencia.
- Para medicamentos de patente, las entidades podrán adherirse a la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, con la finalidad de comprar a precios más bajos.
- Las entidades deberán reportar a lo largo del año la información relativa a la adquisición de medicamentos con recursos del seguro popular.

Al respecto, podemos señalar que implícitamente se les señala a las entidades federativas que deben comprar medicamentos en los precios de referencia fijados. Igualmente, no pueden comprar medicamentos a un sobreprecio, salvo en los casos de emergencia epidemiológica, además de informar a lo largo del año, sobre la adquisición de medicamentos.

Como se puede desprender de la lectura, estos lineamientos sin duda se deben al posible uso irregular de los recursos asignados a las entidades federativas. Al respecto, ya hemos visto más arriba cómo algunas entidades federativas son objeto de auditoría por el posible mal uso de los recursos del seguro popular.

3. El caso particular del Fideicomiso de Protección Social en Salud

La Ley General de Salud establece, en el artículo 77 bis 29, que con el fin de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del SPSS que sufran enfermedades de alto costo que provocan gastos catastróficos, la Federación debe constituir y administrar un fondo de reserva sin límites de anualidad presupuestal.

Con este propósito, se creó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), el cual se construye con el 8% de los recursos destinados a la cuota social y de las aportaciones solidarias (federal y estatal), y es administrado y operado por la Comi-

sión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS).

Según establecen los artículos 96 y 108 del Reglamento de la Ley General de Salud, los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y del Financiamiento para la Previsión Presupuestal (FPP) se administran a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Para la radicación de los recursos del Fideicomiso a los estados se requiere del acuerdo del Comité Técnico del Fideicomiso,¹⁴¹ por medio del cual se autorizan: i) los desembolsos para atender las enfermedades relacionadas con gastos catastróficos; ii) los recursos para el fortalecimiento de infraestructura; iii) las compensaciones para subsanar las diferencias imprevistas en la demanda de servicios, y iv) los recursos para cubrir la garantía por la prestación inter-estatal de servicios.

El Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS) es administrado por un fiduciario, y sus recursos van dirigidos a la atención de enfermedades de alto costo (Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos) y a la infraestructura (Fondo de Previsión Presupuestal). Los importes del FPGC y del FPP no se transfieren directamente a las entidades federativas, ya que de acuerdo con la normativa vigente estos se envían primero al Fideicomiso de Protección Social en Salud (FSPSS).

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) administra y opera los recursos financieros del FPP, a

¹⁴¹ El Comité Técnico del Fideicomiso está integrado por el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, quien funge como presidente del mismo, el director general de Financiamiento de la CNPSS, el director general de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS, el director general de Afiliación y Operación de la CNPSS, el director general de Programación, Organización y Presupuesto de la SS, el director general de Planeación y Desarrollo en Salud de la SS, el coordinador general de Institutos Nacionales en Salud, el secretario del Consejo de Salubridad General, el director general de Programación y Presupuesto "A" de la SHCP, el titular de la Unidad de Política y Control Presupuestario de la SHCP. Además, tienen el carácter de invitados permanentes, un representante tanto de la Secretaría de la Función Pública como del Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos, S. N. C.

través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS), quien mantiene estos recursos en una subcuenta específica. El Comité Técnico del FSPSS es la instancia colegiada que autoriza el otorgamiento de los apoyos económicos contemplados en el FPP.

Al respecto, resalta la cantidad de recursos que maneja el Fideicomiso. En 2010 se canalizaron al FSPSS 10,016.5 millones de pesos. Del total de recursos canalizados a este fideicomiso, 2,731.8 millones de pesos fueron aportados a la subcuenta del Fondo de Previsión Presupuestal, y 7,284.7 millones al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).¹⁴²

El monto de los recursos manejados ameritaría una regulación diferente y no a través de un fideicomiso. Dicha modalidad abre las puertas para no respetar la legislación en materia de transparencia, ya que el fideicomiso goza del beneficio de la protección del secreto bancario, el cual puede ser adecuado para un particular, pero no para un ente que maneja recursos públicos.

Asimismo, el fideicomiso puede permitir evadir la legislación administrativa; por ejemplo, toda la que se refiera al manejo presupuestal, como puede ser el caso de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, y en general todo lo que tiene que ver con recursos públicos.

En materia de responsabilidades de servidores públicos, también la legislación puede ser evadida, si se utiliza la figura del fideicomiso. Lo mismo se puede decir con relación a los honorarios que se asignan a los integrantes del fideicomiso, los cuales escapan a la obligación de transparencia.

4. La deficiente infraestructura y presupuesto limitado para infraestructura

Asimismo, el seguro popular se apoya en la infraestructura hospitalaria existente, aumentando el número de beneficiarios,

¹⁴² Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultado 2010, México, Comisión Nacional de Protección en Salud, p. 4.

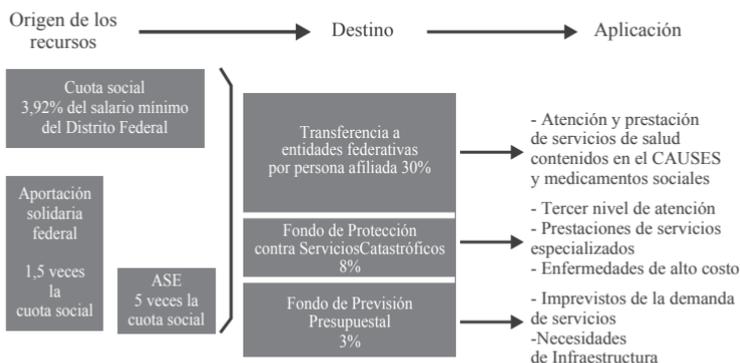
pero no aumentando la infraestructura de los hospitales públicos. Esta situación sin duda ha redundado en una ineficiencia del derecho de la salud.

El Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios. El gobierno federal cubre anualmente una cuota social por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, la cual es equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La aportación mínima de los estados y del Distrito Federal por persona es equivalente a la mitad de la cuota social aportada por la federación. A su vez, el gobierno federal cubre una aportación solidaria que debe representar al menos una y media veces el monto de la cuota social.

De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos, la Secretaría de Salud debe canalizar anualmente el 8% de esos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (artículo 77 bis 17, LGS).

De la cuota social y de las aportaciones solidarias, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios (artículo 77 bis 18).

Origen, destino y aplicación de los recursos



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

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Como se puede observar, del 3% de la cuota social y de las aportaciones solidarias se aplican solamente dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura de servicios para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social.

Durante el 2010, el Comité Técnico del Fideicomiso del SPSS autorizó el financiamiento de 230 proyectos de infraestructura y equipamiento en 16 entidades federativas por un monto de hasta 1,818.9 millones de pesos.¹⁴³

Si se hace una revisión en la prensa estatal en cuanto a la suficiencia de la infraestructura médica,¹⁴⁴ se puede observar que

¹⁴³ Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultado 2010, México, Comisión Nacional de Protección en Salud, p. 8.

¹⁴⁴ http://www.elconfidencialdigital.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4065:fallas-y-deficiencias-en-el-seguro-popular&catid=1:local&Itemid=2 (nota del 2 de junio de 2011). El seguro popular en Delicias registra nulos avances en su aplicación. Chihuahua es el primer lugar con mayor tiempo de

existe una queja contante al respecto,¹⁴⁵ ya sea de los usuarios,¹⁴⁶ del personal médico, o un reconocimiento¹⁴⁷ de ese fenómeno por los responsables del sector salud.

Con relación a funcionario del sector salud, el entonces titular de la Secretaría de Salud (Ssa), José Ángel Córdova Villalobos,

espera, cuarto en menor caída de surtimiento de medicamentos y 31 en calidad de servicios médicos. Consultado el 6 de octubre de 2011.

¹⁴⁵ <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/176907.html>. El *Universal* visitó clínicas y hospitales en Guerrero, Chiapas, estado de México y el Distrito Federal. En todos los sitios encontró historias de personas decepcionadas porque el seguro popular no cumplió con las promesas que pregona: servicios médicos de calidad, así como atención y medicamentos gratuitos para sus afiliados. La falta de presupuesto no provoca las fallas. En varias ocasiones, funcionarios del gobierno federal han destacado que los recursos para el seguro popular se triplicaron. Si en 2006 recibió 18 mil millones de pesos, para 2010 fueron 52 mil millones. Incluso, a finales de marzo, el Banco Mundial aprobó un préstamo por mil 250 millones de dólares a México para que el seguro popular “sea más eficiente en su administración” y llegue a más población. Nota del 12 de abril de 2010. Consultado el 6 de octubre de 2011.

¹⁴⁶ http://www.municipiospuebla.com.mx/portal/index.php?option=com_k2&view=item&id=307:afiliados-al-seguro-popular-denuncian-deficiencias-en-texmelucan&Itemid=353 “Las quejas por parte de derechohabientes del seguro popular en la región van en aumento, toda vez que señalan que las deficiencias y falta de medicamentos son evidentes y se suman los malos tratos del personal que atiende estos lugares. Los afiliados al seguro popular lamentaron que en las campañas televisivas se promuevan las bondades y beneficios de este programa, las cuales no cumplen las expectativas de los ciudadanos, ya que cuando acuden por alguna emergencia no se cuenta con el servicio adecuado ni con los medicamentos necesarios”. Consultado el 6 de octubre de 2011.

¹⁴⁷ <http://www.coatzadigital.net/2010/07/senalan-deficiencias-en-el-programa.html> “En su visita por el municipio de Coatzacoalcos, el delegado estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Veracruz Sur, Miguel Ángel Llera Bello, reconoció que existen deficiencias en el programa de “seguro popular” a pesar de ser un beneficio para la población. Llera Bello expresó que son evidentes algunas fallas de este programa federal, ‘entendemos que el Seguro Popular ha caído en algunas deficiencias a la hora de prestación de servicio’ destacó. En ese sentido añadió que son situaciones que se deben mejorar a la brevedad posible para dar mejor servicio al derechohabiente, siendo uno de las principales quejas en el Seguro Popular ‘el desabasto de medicamentos’”. Consultado el 6 de octubre de 2011.

en la conferencia “Los retos en la salud para el siglo XXI”, dictada en la Facultad de Medicina de la UNAM reconoció que pese a los avances que se han registrado en materia de salud todavía existen fragmentación del sistema, duplicidades e ineficiencias; oferta diferenciada de servicios; variabilidad de la atención médica, y heterogeneidad en el financiamiento y administración.¹⁴⁸

En otras ocasiones el seguro popular es desbordado por la demanda existente.¹⁴⁹ Si bien algunas entidades pueden tener una cobertura al cien por ciento, se ha confundido cobertura con calidad en el servicio.

5. *Los servicios privados de salud: exclusión social e interés económico*

La Ley General de Salud establece en su artículo 5o., que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias

¹⁴⁸ *Gaceta de la Facultad de Medicina*, UNAM, 10 de febrero de 2011.

¹⁴⁹ <http://www.zetatijuana.com/2011/06/06/deficiente-seguro-popular/> “La demanda de servicio médico sobrepasa la capacidad de atención del seguro popular, programa en el que una tercera parte de los bajacalifornianos está afiliada y que cada vez resulta más difícil para obtener una cita. En un recorrido efectuado por ZETA, derechohabientes se quejaron de la falta de personal médico e incluso de medicamentos, como la señora Selene Pérez, quien acudió a la unidad médica de ‘El Tecolote’, donde prácticamente debe pernoctar para alcanzar una cita, y aun cuando llegó a las 5:00 am, fue atendida hasta después de las 5:00 pm.

Luego de perder todo el día para lograr ser consultada, le dijeron que volviera otro día, o de plano adquiriera por su cuenta el medicamento requerido, ya que el que le fue recetado, no estaba en existencia. En la unidad médica de la colonia El Pípila, localizada al Este de la ciudad y una de las de mayor demanda en la Tijuana, sólo se cuenta con un doctor a cargo del consultorio que da servicio a los derechohabientes del Seguro Popular, por lo que éstos no sólo deben madrugar para poder ser revisados por el profesional, sino perder dos o tres días para obtener cita. La señora María Gómez, residente de El Pípila, acudió el 18 de mayo a recibir atención médica, llegando a las 7:00 am y, aun así, no alcanzó lugar, por lo que volvió al día siguiente, pero su cita se programó hasta el viernes 20 de mayo”. Consultado el 6 de octubre de 2011.

y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

No obstante la atención en salud que se pudiera obtener a través de los servicios privados de salud, lejos de complementar la protección social constituyen una evidencia de la desigualdad existente en materia de salud. Al respecto, se ha señalado que uno de los grandes problemas que se encuentra en medio es que la atención médica se ha convertido en uno de los grandes negocios del siglo XX. Si la medicina se socializó con la seguridad social, ahora pareciera que la alejan de la sociedad. El encarecimiento de los servicios de la salud se debe a que un día infausto los inversionistas descubrieron que la medicina podría ser un campo tan rentable o más que el deporte, el sexo o la moda, porque cuenta con un mercado potencial inmenso (toda la especie humana) y totalmente cautivo. Los inversionistas se pusieron a trabajar para llevar a cabo una transformación más de la medicina: convertirla de un servicio accesible de toda la sociedad, en un negocio para el beneficio económico de unos cuantos.¹⁵⁰

Por otro lado, la posible falta de confianza y de calidad en las instituciones de seguros (IMSS o ISSSTE) y de protección social (seguro popular) se puede quizá ver reflejada en el incremento de la atención médica en instituciones privadas. En 1995 se realizaron 5,481 560 consultas, y en 2010 se realizaron 12.084,805 consultas (en ambos casos incluye consultas generales, especializadas —consultas de gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna y otras especialidades—, urgencias, odontología y medicina

¹⁵⁰ Pérez Tamayo, Ruy, “Los límites de la medicina”, en Rivero Serrano, Octavio y Tanimoto, Miguel (coord.), *El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX (tercera parte)*, México, Siglo XXI-UNAM, 2005, p. 16.

preventiva).¹⁵¹ Se debe observar cómo en cinco años las consultas aumentaron más de un 150%.

6. *La saturación del IMSS: más responsabilidades en materia de protección social*

En los últimos años se ha continuado saturando la infraestructura del IMSS al hacerlo responsable tanto del seguro médico para una nueva generación como de la prestación de servicios médicos de primer y segundo niveles de atención, en beneficio de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Así, de enero-diciembre 2009, IMSS-Oportunidades otorgó un total de 676,449 consultas a familias beneficiarias del seguro popular, en 18 entidades de la República mexicana (incluido el Distrito Federal).¹⁵²

El 2 de febrero de 2007, la Secretaría de Salud y el IMSS celebraron el Convenio de Colaboración Interinstitucional para la Ejecución de Acciones Relativas al Seguro Universal de Salud para Niños (Seguro Médico para una Nueva Generación), cuyo objeto fue que el IMSS, en su carácter de administrador del Programa IMSS-Oportunidades, preste servicios médicos a los niños nacidos a partir del 1o. de diciembre de 2006, cuya edad fluctúe entre 0 meses y 6 años, y que hubieran sido registrados en el SPSS, en aquellas localidades donde no existan instalaciones médicas de los servicios estatales de salud.

De suerte que el programa IMSS-Oportunidades se constituye como un prestador de servicios de salud a los recién nacidos, a través de sus unidades médicas en las localidades altamente marginadas del país.

¹⁵¹ Consultas externas en establecimientos médicos particulares según tipo de consulta, 1995 a 2010. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal39&s=est&c=22547> consultado el 17 de octubre de 2010.

¹⁵² Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2009-2010. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010, pp. 270-272.

El 16 de junio de 2008, el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y el IMSS, celebró el Convenio Marco de Coordinación Interinstitucional para la Ejecución de Acciones Relativas al Sistema de Protección Social en Salud, el cual tuvo por objeto establecer las bases generales para la celebración de convenios específicos para la prestación de servicios médicos de primer y segundo niveles de atención, en beneficio de las familias afiliadas al SPSS.