

Capítulo cuarto

LA FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud está integrado por una serie de instituciones, claramente diferenciadas según el segmento de la población a la que atienden. El resultado es que la atención sanitaria se encuentra fragmentada y, por tanto, coexisten distintos tipos de beneficios y calidad en el servicio; subsisten cuotas y aportaciones diferenciadas según la institución y las condiciones del beneficiario, y presenta diferentes fuentes de financiamiento (impuestos, cuotas, etcétera). Todo ello acaba produciendo ineficiencia y, principalmente, inequidad.

Según la Ley General de Salud (artículo 5o.), el Sistema Nacional de Salud se compone de la siguiente manera:

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias 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.

Los inicios del sistema propiamente se remontan a la época de la Segunda Guerra Mundial. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) nace en enero de 1943, con el objetivo de dar seguridad social a los trabajadores asalariados de la economía formal. Para ello, ofrece una serie de prestaciones de carácter económico (pensiones, invalidez, muerte) y en especie (atención de enfermedades y maternidad).

Meses después —en octubre de ese mismo año— se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo propósito —además de

ser la instancia rectora del sistema de salud— era brindar atención a aquellos mexicanos de escasos recursos, con un marcado carácter asistencial.

De este modo:

Nuestro sistema de salud nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos —a quienes llamó “derechohabientes”— y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como “población abierta”. Posteriormente y bajo esta misma división de origen entre la seguridad social y los servicios públicos, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación, en 1960, del ISSSTE que ofrece cobertura en salud para los trabajadores de la administración pública federal.²⁵

El sistema de seguridad social es el más importante. Su financiamiento es de forma tripartita: aportan recursos los propios trabajadores, los empleadores y el gobierno. Dentro de este esquema, el IMSS es la institución más grande, cuenta con aproximadamente 52.3 millones de derechohabientes —incluidos trabajadores afiliados, pensionados, jubilados y todos sus familiares, así como los beneficiarios del programa IMSS-Oportunidades, del cual se hablará más adelante—. Por su parte, en el ISSSTE se encuentran asegurados alrededor de 12 millones de personas.

Junto a estas instituciones coexisten otros organismos. Por un lado, se encuentra el equivalente al ISSSTE de los trabajadores de los gobiernos estatales y municipales²⁶ que afilia alrededor de un 1.5 millones de beneficiarios. Adicionalmente existen dos regí-

²⁵ Secretaría de Salud, *Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, 2a. ed., México, Secretaría de Salud-FUNSALUD-INSP-FCE, 2006, pp. 18 y 19.

²⁶ Algunos estados y municipios afilian a sus trabajadores al ISSSTE, sin embargo otros gobiernos estatales cuentan con su propio sistema de seguridad social.

menes especiales dentro de los trabajadores al servicio del Estado —con entidades propias—: es el caso de Pemex, en primer lugar, y de los miembros de las fuerzas armadas (estos últimos afiliados al ISSFAM).²⁷ Estos dos subsistemas cubren aproximadamente a un 1.5 millones de personas.²⁸

Sin embargo, todavía quedan al menos dos instancias que también dan acceso a servicios sanitarios. Nos referimos a los programas “IMSS-Oportunidades” y al “Seguro Popular”.

En el primer caso, IMSS-Oportunidades:

Es un Programa del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Su finalidad es proporcionar servicios de salud a la población más vulnerable del país contribuyendo al desarrollo integral de los mexicanos al impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población.²⁹

Dentro de los esfuerzos del Estado mexicano para el combate a la pobreza, “Oportunidades” es la instancia encargada de otorgar servicios de salud a las familias beneficiarias. Está presente en 26 entidades del país y actualmente atiende a 12.2 millones de mexicanos, en su gran mayoría del ámbito rural. Dicha labor se desarrolla mediante 3588 unidades médicas rurales, 222 brigadas de salud, 270 unidades médicas urbanas y 78 hospitales rurales.³⁰

Sus orígenes se remontan hasta 1973, cuando se reforma la Ley del Seguro Social, facultando al IMSS para atender a pobla-

²⁷ Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

²⁸ Martínez, Gabriel, *Análisis de desigualdad del gasto en salud en México*, documento de apoyo del Informe sobre Desarrollo Humano, México, 2011; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México, 2008, p. 6; también Aguilera, Nelly, *Gasto en Salud: Gasto Público en Salud en México en el marco de la cobertura universal*, México Evalúa, 2011, en http://www.mexicoevalua.org/descargas/a4de11_Gasto-publico-en-salud-en-Mexico-NellyA.pdf.

²⁹ <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/introducc.aspx>.

³⁰ *Loc. Cit.*

ción que no tenía recursos para afiliarse, debido a que se encontraba en extrema pobreza. Sin embargo, no es sino hasta 1997 —cuando se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), predecesor de Oportunidades— que este programa se amplía de forma importante.

A la par existe el Seguro Popular. Surgió como tal a partir de una reforma a la Ley General de Salud en 2003 y arrancó propiamente en enero de 2004 (aunque ya tenía ciertos antecedentes). Es el mecanismo mediante el cual se atiende a la población que no contaba —y que no cuenta— con acceso a servicios de salud, por no estar afiliada a alguna institución de seguridad social.

En el año 2000 aproximadamente 50% de la población se encontraba en esa situación: “Esta falta de seguridad era predominantemente más evidente en la población rural y en el 20% de los hogares más pobres, donde la cobertura de aseguramiento no rebasaba el 15%. Bajo estas circunstancias más del 50% del gasto total en salud era de origen privado particularmente gasto de bolsillo”.³¹

Para atender esa problemática tan preocupante, se crea la Comisión Nacional para la Protección Social en Salud (CNPSS) como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, responsable del Seguro Popular.

Según la citada Ley de Salud, se podrán incorporar al Seguro Popular todas “las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud” (artículo 77 bis 3). El financiamiento para la operación del Seguro Popular correrá a cargo de la Federación, los estados, el Distrito Federal y los propios beneficiarios. En este último caso, “se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a

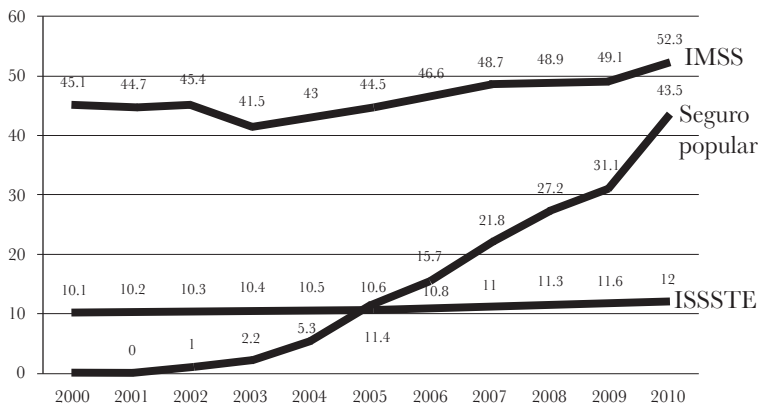
³¹ Sosa-Rubí, Sandra G. *et al.*, 2008, *Análisis del Gasto en Salud en México 2001-2006*, documento de apoyo del Informe sobre Desarrollo Humano México 2011, México, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, p. 6.

nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado” (artículo 77 bis 25). Sin embargo, “el nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud” (artículo 77 bis 26).

Con el Seguro Popular se rompe con el vínculo tradicional entre acceso a los servicios de salud y la obligación de ser trabajador activo. Es decir, al contrario de lo que sucede con las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etcétera) no es necesario tener cierta categoría laboral para poder contar con dicho beneficio.

Así pues, en la siguiente gráfica se puede apreciar la evolución reciente del número de derechohabientes en las principales instituciones de salud.

TABLA 15
*Derechohabientes del sistema público de salud,
 por institución y año (millones)*



Fuente: SHCP, 2012.

Destaca el rápido crecimiento de afiliados al Seguro Popular, reflejo de la importante inversión que se ha llevado a cabo en los años recientes, para dar acceso a la población no asegurada a ser-

vicios de salud. Según datos oficiales, al término de 2010 dicho programa contaba con más de 43 millones de beneficiarios.

El panorama que nos queda a la luz de lo que acabamos de explicar es la existencia de un sistema de salud:

Compuesto por instituciones verticalmente integradas y segmentadas unas de otras. Es decir, cada una de ellas realizan las tres funciones básicas en un sistema de salud: financiamiento, organización y administración del consumo de la salud y provisión; y no existe básicamente transferencia de flujos financieros ni afiliados o pacientes entre ellas, a menos que esto suceda por cambios en el estatus laboral de los trabajadores.³²

La coexistencia de múltiples organismos que prestan servicios de salud tiene efectos importantes, y el resultado final no es el más adecuado, en términos de cobertura o calidad de la atención sanitaria.

Como se dijo anteriormente:

El sistema de salud pública en México nació fragmentado en dos grandes componentes: los servicios de salud para la población asegurada (PA), ofrecidos por las instituciones de seguridad social, y los servicios para la población no asegurada (PNA), provistos principalmente por la Secretaría de Salud (SS) y sus equivalentes estatales.³³

La segmentación se da así entre los trabajadores formales del sector privado, por un lado, los informales por el otro, y los del sector público. Incluso dentro de este rubro existen marcadas diferencias: ISSSTE, Pemex, fuerzas armadas, etcétera.³⁴

³² Martínez, Gabriel, *op. cit.*, p. 6.

³³ PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano México 2011. Equidad del gasto público: derechos sociales universales con subsidios focalizados*, México, PNUD, 2011, p. 87.

³⁴ Scott, John, *Gasto Público para la Equidad: Del Estado Excluyente hacia un Es-*

De hecho, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), en el presupuesto para 2010 existían 40 programas diferentes en materia de salud, repartidos en seis instituciones: IMSS (con seis programas), Secretaría de Salud (con 13), la Secretaría de Hacienda (uno), ISSSTE (16), Semarnat (dos) y la Secretaría de Educación Pública (también con dos programas).³⁵

El resultado final —provocado en buena medida por dicha fragmentación— es que la población, según la institución a la que esté afiliada, cuenta con derechos diferenciados y servicios con niveles de calidad heterogéneos.³⁶

En este sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) afirma que el sistema de salud en México difiere de los de la mayoría de otros países pertenecientes a dicho organismo. En particular, asevera que:

Existen grandes diferencias entre estados en términos de la disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios públicos de atención médica y, en particular, se observan problemas de acceso en las zonas rurales. Cada institución —ya sea estatal o de la seguridad social— presta servicios de salud en todos los niveles de atención en sus propios establecimientos. La población en general percibe a los Servicios Estatales de Salud (SESA) como proveedores de menor calidad en relación con los servicios prestados por el sistema de seguridad social, aunque esto refleja en parte el hecho de que los recursos por familia asignados a las instituciones de seguridad social son casi dos terceras partes mayores que aquéllos asignados a los SESA.³⁷

tado de Bienestar Universal, México Evalúa, disponible en http://www.mexicoevalua.org/descargables/cc9720_Gasto-Publico-para-La-Equidad-27-Oct-2010rev.pdf. p. 19.

³⁵ CONEVAL, *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011*, México, Coneval, 2012, p. 89.

³⁶ *Ibidem*, p. 64.

³⁷ OCDE, *op. cit.*, p. 11.