

Panel “Salud y protección social”
Foro Internacional sobre Políticas Públicas para el Desarrollo de México
BID, CEPAL, CIDE, OCDE, PNUD
7 de febrero de 2007
Ciudad de México

Perspectivas sobre el futuro de la protección social en salud en México
Secretaría de Salud

1. Introducción

El tema de la protección social y su relación con la salud es un tema ampliamente debatido en el ámbito de las organizaciones internacionales, la academia y también en el contexto de la discusión sobre el alcance y la efectividad de las políticas de salud.

Como punto de partida es importante precisar el término de protección social y a la luz de ello, entender el papel que juega la política de salud. El concepto de protección social es definido de diferentes formas según la fuente. En algunos casos se le considera como el conjunto de mecanismos que brindan una red de seguridad focalizada en grupos de población desprotegidos, y por lo tanto incluye solamente políticas asistenciales diferentes a la seguridad social. En otros casos se plantea como sinónimo de seguridad social y en otros, como un concepto más amplio vinculado con los derechos humanos y en particular, con los derechos sociales y por lo tanto como un componente fundamental del desarrollo.

Para efectos de esta ponencia, se utilizará la noción de protección social como un concepto amplio en tanto se refiere al universo de mecanismos utilizados para apoyar a la sociedad a superar situaciones adversas y a reducir inseguridades ante situaciones que afectan de diferente manera a las personas de acuerdo con su grado de vulnerabilidad.¹ Los riesgos o situaciones usualmente considerados por la protección social son el desempleo, la invalidez, la vejez, la muerte, la pobreza, el acceso a servicios médicos, entre otros.

Bajo esta concepción, la seguridad social representa un mecanismo en particular de protección social en donde el acceso a la protección se define con base en la condición de empleo; el esquema de financiamiento involucra a los empleadores, a los empleados y frecuentemente al Estado; y las aportaciones se definen en función del ingreso. En cuanto a los beneficios, algunos de ellos se definen de acuerdo con las aportaciones realizadas (como es el sistema de ahorro para el retiro) mientras que otros, como es el caso de la atención médica, los beneficios no dependen directamente de las aportaciones realizadas por cada individuo, sino que suelen definirse en función de las necesidades de salud.²

¹ Este concepto se relaciona con el concepto de Estado de Bienestar.

² En plano del derecho internacional, la seguridad social tiene sustento en la Convención 102 de la Organización Internacional del Trabajo. En 1961 México ratificó las fracciones II, III, V, VI, VIII, IX y X relacionadas con asistencia médica, prestaciones económicas en caso de enfermedad, vejez, accidentes de trabajo y enfermedad profesional, prestaciones económicas de maternidad, invalidez y muerte, respectivamente. Este modelo de seguridad social tiene su origen en el desarrollo del modelo von Bismarck en Alemania a finales del siglo XIX.

De manera reciente y a la luz de las limitaciones de los esquemas de protección social sustentados en la seguridad social para lograr una cobertura universal –particularmente en el caso de países latinoamericanos que apostaron por este modelo en la segunda mitad del siglo XX- ha surgido de nuevo el debate sobre la naturaleza de la protección social y en particular, de la protección social en salud, así como de sus objetivos y los modelos alternativos que permitan lograr la cobertura universal de la población así como contribuir al combate a la pobreza. En este contexto, modalidades distintas a la seguridad social como es el aseguramiento público en salud han cobrado mayor relevancia. Un ejemplo de este tipo de modalidad es -en el caso de México- el Seguro Popular de Salud.

2. La protección social como parte de los derechos sociales

Algunos autores sugieren tomar como referencia un enfoque sustentado en los derechos sociales.³ Bajo este enfoque, los derechos sociales se pueden entender como el criterio fundamental que debiera orientar a la política social en la búsqueda de la reducción de contrastes sociales; del aumento de beneficios en general y la manera en que estos debieran ser compartidos entre la ciudadanía; y del acceso a educación y protección de la salud, como parte de las estrategias para desarrollar el capital humano de una sociedad.

En un sentido amplio la protección social se puede entender como el medio a través del cual el Estado busca hacer efectivo el cumplimiento de los derechos sociales, incluyendo el derecho a la protección de la salud, como parte de una serie de responsabilidades y compromisos que tienen los países de acuerdo con los tratados y convenciones internacionales. Sin embargo, más allá de las normas internacionales, vale la pena preguntarse como sociedad qué modelo de protección social en salud se quiere para los mexicanos y cuáles son los alcances de los esquemas vigentes.

La protección social puede plantearse como un mecanismo para proteger a grupos específicos de población en función de su vulnerabilidad económica, clase social, condición de empleo, o bien puede plantearse como un mecanismo aplicable a toda la población. Al mismo tiempo un sistema de protección social puede enfocarse en salud, en mecanismos de previsión ante eventos inciertos y también como instrumento de combate a la pobreza.

Los aspectos interesantes de este enfoque sustentado en los derechos sociales son los siguientes:

- i) la protección social se concibe como parte de un derecho básico de pertenencia a la sociedad, en donde debe promoverse la participación e inclusión en el disfrute de

³ Los derechos sociales tienen su origen en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) en donde se proclaman diversos derechos civiles, políticos y, económicos, sociales y culturales. El desglose de los derechos sociales se precisa a su vez en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, entró en vigor en 1976). El PIDESC a su vez, establece el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social (artículo 9 del PIDESC). Por otra parte, el artículo 12 establece una serie de medidas que deben adoptar los Estados para asegurar la efectividad plena del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre estas medidas están aquellas necesarias para: a) reducir la mortalidad perinatal e infantil y promover el sano desarrollo de los niños; b) mejorar la higiene en el trabajo y del medio ambiente; c) prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales, de otra índole, y d) crear condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Véase CEPAL (2006). Incluso la Organización Internacional del Trabajo también establece en enfoque de la protección social en tanto derecho humano. Véase ILO (2003).

condiciones de vida acordes con los niveles de progreso y bienestar medios de una sociedad;

- ii) en tanto se considera la protección social como un derecho no es tan sólo una política sino que se relaciona con un acuerdo entre sociedad y Estado en cuanto a obligaciones y derechos. En otras palabras, la protección social refleja un pacto social que debe ser explícito tanto en la legislación como en las políticas públicas utilizadas para instrumentarla.

De acuerdo con CEPAL (2006) existen diferentes modelos para definir la protección social como respuesta para hacer efectivos los derechos sociales. Puede estar definida en la constitución o no estar sujeta al orden constitucional. Su definición puede incluir de manera expresa deberes objetivos para el Estado como es el caso del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), o establecer derechos subjetivos de manera que los individuos pueden reclamarlos individualmente (como sería el caso del artículo 4° de la CPEUM). Asimismo, puede definirse como una regla absoluta de manera que el individuo pueda reclamar al Estado específicamente lo que la norma establece, o bien, puede establecer el derecho como principio, el cual sería aplicable hasta donde sea posible tanto bajo la perspectiva jurídica como de facto.

Finalmente, los beneficios pueden definirse como un conjunto máximo o como un mínimo. En este marco, la propuesta de la CEPAL es promover un enfoque de desarrollo centrado en derechos humanos en donde la cuestión a debatir por cada país es la manera de hacer efectivo un derecho social. En ese sentido, el debate apunta a que la cuestión sobre qué tan deseable es o no promover los derechos sociales y el uso de la protección social como mecanismo para hacerlos efectivos es un tema ya resuelto. La discusión de fondo tiene que ver con la manera en que se define la protección social, el modelo asociado y los derechos sociales que buscan garantizarse. Por ello, es importante definir qué derechos sociales y en qué medida deben garantizarse para toda la sociedad, en función del contexto de cada país, y considerando el grado de desarrollo económico de la sociedad, así como los riesgos a los que se enfrenta la ciudadanía y que pueden ser cubiertos a través de la protección social.

Para instrumentar la protección social bajo un enfoque de derechos sociales, se propone así establecer un pacto social entre el Estado y la sociedad civil que defina el orden institucional responsable de instrumentarlo. Asimismo, es necesario un pacto fiscal, entendido como el instrumento en donde se reflejan los principios convenidos en el pacto social y se hacen efectivos los recursos para cumplir con el pacto (CEPAL (2006)

Un pacto social debe incluir el pronunciamiento sobre los principios que lo sustentan y que debieran estar en función de los derechos humanos universales y por tanto en función de los derechos económicos, sociales y culturales; los mecanismos a utilizar para instrumentarlo y las prestaciones implícitas en el modelo de protección social.

CEPAL plantea tres conceptos clave que deben ser considerados como parte de este pacto: universalidad, solidaridad y eficiencia. Esto implicaría que la sociedad debiera pronunciarse con respecto al alcance de la protección social en términos de qué grupo o grupos de población serían beneficiarios, de acuerdo con lo que se considere más adecuado en cada contexto para lograr el acceso universal a la protección social. Esto es, si los beneficios estarían focalizados o si se trataría de un modelo aplicable a toda la población. Asimismo, en cuanto a la solidaridad, se debiera hacer explícito el grado de redistribución de la riqueza que es aceptable para la sociedad en su conjunto. En ese sentido, la valoración sobre la redistribución de la riqueza deseada es un elemento

inherente a la protección social, toda vez que la protección de algunos grupos de población requiere necesariamente canalizar recursos provenientes de otros grupos de población, así como de la canalización de recursos a lo largo del tiempo y por lo tanto entre generaciones.

Por último, un pronunciamiento sobre eficiencia es necesario para garantizar que los recursos utilizados cumplan realmente con los objetivos planteados de la mejor manera posible. Esto implica preguntarse acerca de las alternativas para aprovechar al máximo los recursos disponibles, o bien lograr los objetivos de la protección social al menor costo posible.

El tema de la selectividad o focalización (sin que sea un tema exclusivo de los pobres) se explica porque existen factores estructurales de exclusión. Estos factores son: segmentación (en función de la inserción productiva de diferentes grupos sociales), factores de adscripción o territoriales e inequidad en el acceso a activos y a un patrimonio. La selectividad o focalización cobra sentido cuando la valoración por proteger a los grupos más vulnerables es mayor y cuando la sociedad establece un consenso acerca de la redistribución necesaria de recursos para proteger a esos grupos de población. Este tipo de enfoque se relaciona en gran medida con las políticas de combate a la pobreza desarrolladas en México en las últimas décadas, aunque no necesariamente con una visión de conjunto de la protección social.

Independientemente de las características y contenidos de este pacto, la idea relevante es que se hace explícito el consenso social en cuanto a un proyecto compartido al cual se aspira y por lo tanto en cuanto a los objetivos de una política de protección social, así como sobre el uso instrumental de la protección social y su reconocimiento como un sistema de obligaciones y derechos compartidos entre los ciudadanos y el Estado. La existencia de un pacto de esta naturaleza es necesaria para sustentar el desarrollo de políticas sociales de mediano y largo plazo.

La necesidad de contar también con un pacto fiscal se explica porque la disponibilidad de recursos con que cuenta el Estado para llevar a cabo políticas públicas está naturalmente definida en función de la disposición de la sociedad a contribuir a través del pago de impuestos la instrumentación de las políticas públicas, así como de la disposición reflejada a través de los representantes de la sociedad para reasignar los recursos públicos entre diferentes objetivos de política.

Las alternativas para mejorar la protección social en el marco de una política fiscal responsable son aumentar la recaudación tributaria, lo que podría llevar a un incremento en la carga tributaria o a una extensión de la base gravable; y mejorar la eficiencia de las políticas públicas (es decir, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos públicos). La cuestión de fondo en la noción de un pacto fiscal, es que la sociedad se pone de acuerdo de manera explícita en la manera en que todos y cada uno de los ciudadanos debe contribuir para financiar la protección social. Un pacto social y el pacto fiscal derivado permiten proteger el gasto público relacionado con la protección social ya que existe un acuerdo político explícito. Esto es un elemento necesario para instrumentar la protección social como política de mediano y largo plazo.

3. Tendencias de la protección social en el contexto latinoamericano⁴

El primer antecedente de un pacto de protección social fue la creación del estado de bienestar en Estados Unidos y en países europeos durante finales del siglo XIX y el siglo XX, caracterizado por un núcleo institucional fuerte y estable. En contraste, en el caso latinoamericano, no existe esa articulación de instituciones y programas en torno a un conjunto estratégico de medios y metas sociales de largo plazo.

En el caso de los países latinoamericanos los modelos establecidos se definieron en función del empleo bajo la forma de cajas o esquemas financiados mediante contribuciones de los empleadores, empleados y en muchos casos, también del Estado, siguiendo el modelo Bismarck. Sin embargo, a diferencia del caso alemán, en el contexto latinoamericano había pocos planes de empleadores por lo que los gobiernos decidieron hacer crecer la cobertura con inversión y control directo; esto resultó en el establecimiento de esquemas de seguridad social caracterizados por estructuras monopólicas y verticalmente integradas.

La adopción de este modelo se explica porque en su concepción se asumió que la economía lograría una situación de pleno empleo y que el empleo sería predominantemente formal. En ese contexto, la idea era consolidar la protección social mediante prestaciones progresivas dirigidas a la fuerza laboral y sobre la base de contribuciones tripartitas. El trabajador o jefe del hogar aseguraba a toda la familia mediante sus ingresos. El Estado en este caso era responsable de aportar cobertura universal de servicios básicos y educación, pero todo lo demás sería resultado de un mayor nivel de empleo y de su progresiva formalización, y por lo tanto del desarrollo de la economía.

Sin embargo, este modelo resultó ser parcial ya que los supuestos bajo los cuales se definió no se cumplieron. La informalidad aumentó y diversos grupos de población quedaron excluidos del sistema de protección social vinculada al empleo. Ciertamente esta situación empeoró durante las crisis económicas experimentadas en las últimas décadas del siglo XX, ya que la capacidad del Estado para intervenir estaba limitada por las restricciones presupuestales que enfrentaba como resultado de una situación de déficit público y de endeudamiento.

Como resultado, diversas reformas emprendidas en las últimas dos décadas han buscado disociarse del modelo Bismarck, ante las limitaciones dadas por el crecimiento de la economía informal, la persistencia de grupos marginados. Por ejemplo, durante los años ochenta se emprendieron reformas en diversos países enfocadas en la descentralización, el aumento de la participación privada, y la focalización y racionalización del gasto público. Por su parte, en la década de los noventa, las reformas se enfocaron al aumento en el gasto social, a desarrollar políticas asistenciales focalizadas, a desarrollar nuevos instrumentos para el combate a la pobreza vía fondos sociales y a establecer nuevos servicios para grupos específicos con carencias, como mujeres, niños, adultos mayores, discapacitados, etc. Esta respuesta fragmentada impidió reestructurar la política social en forma integrada.

⁴ En esta sección se presenta una síntesis con base en CEPAL (2006) y Martínez G (2006).

4. Relación entre pobreza, salud y protección social

La relevancia de la salud se explica no sólo por su valor intrínseco como elemento que genera bienestar, sino también por su valor como determinante importante del desarrollo económico. El valor de la salud, en tanto instrumento para el desarrollo económico, es el resultado del impacto que generan mejoras en las condiciones de salud sobre la productividad laboral y la carga económica que resulta de la enfermedad, así como del impacto indirecto que se da sobre el crecimiento económico a través de la educación.

Las oportunidades de beneficiarse de la educación, y por lo tanto de mejorar los ingresos futuros, son mayores en la medida en que se goza de una mejor salud durante la infancia. Derivado de estos impactos directo e indirecto, la salud es uno de los determinantes más importantes de la incidencia de la pobreza, así como de su persistencia en el tiempo. Este último fenómeno se conoce generalmente como “trampas de pobreza”.

Las trampas de pobreza que se crean por la ocurrencia de un efecto adverso en salud no sólo exponen a una parte importante de la población a enfrentar condiciones de pobreza, también les excluye de la posibilidad de contribuir de manera productiva a la economía. Para evitar estas consecuencias, es importante contar con un marco de protección social adecuado que minimice el impacto de estos eventos para las familias.

El aseguramiento en salud es un mecanismo que los individuos pueden utilizar para protegerse ante posibles eventos adversos de salud. Los individuos se pueden proteger por sí mismos, adquiriendo aseguramiento médico privado o mediante el acceso a aseguramiento financiado por el Estado. Sin embargo, el acceso a los mecanismos formales de aseguramiento privado es limitado por problemas de información, así como por las prácticas mediante las cuales los proveedores privados se adjudican los segmentos más rentables del mercado de aseguramiento. Por su parte, el acceso al aseguramiento público, frecuentemente se restringe a los trabajadores del sector formal de la economía.

Cuando la población no puede por sí misma asegurarse de manera formal, lo puede hacer a través de mecanismos informales. De esta manera, cuando se encuentran expuestas a un evento adverso de salud, las familias pueden reaccionar vendiendo activos, utilizando crédito, encontrando fuentes adicionales de ingreso –las cuales incluyen trabajo infantil y/o la reducción en el consumo de otros bienes y servicios. Todos estos métodos, dependiendo de la magnitud del caso, pueden atrapar a una familia que ya estaba en condiciones de pobreza o empobrecer a una familia que antes no era pobre.

Estos mecanismos que protegen contra riesgos en salud son acciones que reflejan la auto-protección de los individuos, hogares o comunidades. A pesar del hecho de que los mercados informales y el auto-aseguramiento son ampliamente utilizados por las familias pobres, existe evidencia de que no son suficientes para proteger al hogar de los efectos de eventos adversos en su bienestar. La falta de aseguramiento formal o informal reduce la capacidad de los individuos para suavizar el consumo de los bienes que le producen mayor salud a lo largo del tiempo.

La población de bajos ingresos que no tiene acceso a mecanismo de aseguramiento formal está expuesta a un ciclo vicioso de enfermedad-pobreza. El dinero y los recursos que se deben separar para financiar los gastos médicos es frecuentemente una carga considerable en su economía, y en esos casos, la situación se vuelve catastrófica. De acuerdo con la literatura, una familia enfrenta gastos catastróficos cuando gasta más del

30% de su capacidad de pago para cubrir los costos de la atención médica. Cuando esto ocurre, las familias deben ajustar su gasto en otros bienes, incluyendo quizás el dinero utilizado para financiar la nutrición y salud de los niños. Un evento catastrófico puede crear una trampa de pobreza para un gran número de hogares. Esta situación no afecta a toda la población de la misma manera. Las familias son más proclives de incurrir en gastos catastróficos de salud o caer en una trampa de pobreza conforme disminuye su nivel de ingreso.

A fin de lograr de manera simultánea objetivos de equidad y eficiencia, la opción más adecuada para proteger a la población es a través del aseguramiento médico. Las ventajas del aseguramiento en comparación con otros mecanismos de financiamiento radican en desvincular el acceso a los servicios del pago de los mismos en el plano individual, y en establecer el acceso de acuerdo con el costo esperado. El aseguramiento es también un instrumento para subsidiar el financiamiento de la atención médica entre grupos de población con diferente ingreso o con diferentes riesgos de salud, particularmente cuando el Estado participa en dicho financiamiento. Por lo anterior, el aseguramiento público es un instrumento para proveer protección social en materia de salud.

En suma, la protección social a través del aseguramiento público en salud puede contribuir a la reducción de la pobreza de dos maneras: i) mediante la reducción en los gastos de bolsillo y por lo tanto en el empobrecimiento relacionado con la salud; y ii) en la medida en que el aseguramiento reduce las barreras financieras para el acceso a los servicios, aumenta el potencial de las familias para mejorar sus condiciones de salud.

5. Las reformas recientes en materia de protección social en salud en México

El sistema de salud enfrenta el reto de hacer frente a una agenda inconclusa en material de enfermedades infecciosas y problemas de salud reproductiva, al tiempo que resuelva las demandas crecientes de atención médica asociadas con los padecimientos crónico-degenerativos y el envejecimiento de la población. La falta de protección social para toda la población se combina con la fragmentación característica del sistema de salud entre el sector formal, que cuenta con acceso a la seguridad social, y el resto de la población excluida de este tipo de protección. Esta situación ha contribuido a mantener inequidades en las condiciones de salud y un financiamiento injusto del sistema de salud.

De manera reciente, el gobierno federal diseñó una reforma estructural con objeto de extender la protección social en salud a las familias no cubiertas por los esquemas convencionales de seguridad social vinculados con la condición de empleo.

La reforma aprobada por el Congreso de la Unión en abril de 2003, creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyas operaciones iniciaron el 1° de enero de 2004. La reforma comprende el Seguro Popular de Salud, que ofrece a los mexicanos no asegurados, acceso voluntario a cobertura subsidiada con recursos públicos de un conjunto comprehensivo de servicios en los niveles de atención primaria y hospitalización general, así como la cobertura gradual de un conjunto de intervenciones de alta especialidad y de alto costo. Se espera que para 2010, al finalizar un periodo de siete años de transición, se alcanzará la cobertura universal. Esto implica que cerca de 11 millones de familias no aseguradas deberán ser afiliadas anualmente, dando preferencia a las familias en los menores niveles de ingreso.

A través del SPSS, la reforma permitirá reducir las barreras económicas para el acceso oportuno a la atención médica y prevenir gastos catastróficos, a la vez que promueve mayor eficiencia en el gasto, una distribución de recursos más equitativa y atención de mejor calidad. En esa medida, el acceso universal a la protección social en salud deberá contribuir a evitar el empobrecimiento asociado con la enfermedad.

En cuanto a las disposiciones constitucionales relacionadas con la seguridad social y la salud en el caso de México, el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece el derecho a la protección de la salud. En paralelo, el artículo 123 de la CPEUM establece a su vez el derecho a la seguridad social vinculado con la condición de empleo. Ambos derechos tienen concepciones diferentes que explican en parte las limitaciones existentes para garantizar la protección social en salud para todos los mexicanos.

Los retos que originaron la reforma de 2003 están relacionados con el diseño del sistema de salud. En 1943, se estableció la Secretaría de Salud. En ese mismo año, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para cubrir a los trabajadores asalariados del sector privado formal y a sus familias. En 1959, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) comienza a cubrir a los empleados del gobierno y a sus familias. El sistema estaba por lo tanto segmentado –desde su origen y hasta la reforma de 2003- entre los trabajadores asalariados formales y sus familias que contaban con aseguramiento médico y el resto de la población (auto-empleados, desempleados, trabajadores no asalariados, trabajadores del sector informal, y las personas que no trabajan). Todos los ciudadanos distintos a los trabajadores asalariados estaban excluidos de esquemas formales de aseguramiento público en salud, y las necesidades de atención médica de este grupo “residual” eran atendidas por la Secretaría de Salud. El paquete de beneficios en este caso estaba indefinido y financiado a través de una combinación de recursos federales, y en menor medida por contribuciones de los gobiernos estatales, así como cuotas pagadas por los usuarios en el momento de requerir los servicios.

Cuando se aprobó la reforma en 2003, cerca de 40% de la población estaba cubierta por el IMSS, 7% por el ISSSTE y no más de 2-3% por seguros privados. Como resultado, la cobertura del aseguramiento era regresiva tanto entre hogares como entre entidades federativas, había un uso excesivo del gasto de bolsillo como forma de financiar el sistema, y el gasto de salud empobrecedor era común, particularmente entre los hogares de menores ingresos. La reforma se concentra en estos temas al ofrecer aseguramiento público en salud subsidiado para los 50 millones de mexicanos no cubiertos por la seguridad social y entre quienes se encuentra la población más pobre. En 2005, el Seguro Popular cubría al 7% de la población. A finales del 2006 el SP cubría ya a más de cinco millones de familias, es decir más del 40% de la población no asegurada.

México atraviesa una transición política profunda. Ahora que los derechos civiles y políticos pueden ser ejercidos por todos los ciudadanos, es necesario continuar con la transición democrática garantizando también el ejercicio efectivo de los derechos sociales, incluyendo el derecho a la protección de la salud. Este derecho está formalmente reconocido en la CPEUM desde hace dos décadas. Sin embargo, en la práctica, no todas las personas han podido ejercerlo por igual. La mitad de la población, dada su condición de empleo, disfrutaban de la protección de la seguridad social y enfrentan menos barreras para acceder a los servicios, en comparación con la otra mitad de la población que no disfrutaba de ese tipo de protección.

La estructura financiera del Seguro Popular de Salud se diseñó de manera similar a la lógica tripartita del esquema principal de seguridad social (IMSS) con la idea de armonizar las reglas de financiamiento de los tres mayores aseguradores públicos que cubren a la mayoría de la población: el Seguro Popular de Salud que cubre a las familias previamente no aseguradas; el IMSS que cubre a los trabajadores asalariados del sector privado y a sus familias; y el ISSSTE que cubre a los trabajadores del sector público y a sus familias. A su vez, el financiamiento de los servicios de salud pública está protegido y separado de la atención médica. El paquete de servicios cubiertos se sustenta en criterios explícitos de costo-efectividad y de aceptabilidad social. La asignación de recursos a las entidades federativas se basa en reglas claras, incluyendo una fórmula para transformar la asignación inercial, histórica sustentada en la oferta, en una asignación con base en la demanda.

A fin de lograr la cobertura universal, el aumento en el financiamiento público del sistema de salud debe continuar, y en particular para el segmento de población no cubierto por la seguridad social. Mantener el ritmo de afiliación y mejorar la calidad de la atención médica son elementos clave para garantizar el apoyo ciudadano y político necesarios para consolidar esta reforma.

Otra serie de retos se vinculan con la necesidad de hacer que el sistema responda de manera más efectiva a las demandas de la población. La población debe adquirir mayor confianza en los servicios públicos a fin de estar más convencida de las ventajas de realizar un prepago por los servicios y re-afiliarse al Seguro Popular. Esto es particularmente importante a la luz de las expectativas crecientes que ha generado esta reforma. El monitoreo constante de la satisfacción de los pacientes, la afiliación y re-afiliación así como estudios periódicos sobre el impacto del Seguro se están llevando a cabo.

Un ingrediente relevante para consolidar la reforma es fortalecer los incentivos de los prestadores de servicios y promover un ambiente de mayor competencia en la oferta de servicios. Transitar hacia un enfoque de incentivos y asignación de recursos con base en la demanda, y al mismo tiempo fortalecer y hacer más competitiva la oferta de servicios implica un equilibrio delicado de políticas. Este equilibrio requiere de la instrumentación de medidas que favorezcan la portabilidad de los beneficios, lo que a su vez depende de la utilización de mecanismos de compensación entre entidades federativas y entre prestadores de servicios, así como de mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios.

Para hacer frente a estos retos, se están aplicando medidas específicas para fortalecer al sistema de salud. Estas incluyen la inversión en infraestructura y equipamiento en hospitales y clínicas, así como fortalecer los recursos humanos, y mejorar el abasto de medicamentos y promover la acreditación de los prestadores de servicios. Un último reto se relaciona con la manera de involucrar a la diversidad de actores que participan en el sistema de salud. En particular, la participación de otras instituciones públicas es relevante en materia de prestación de servicios y portabilidad de beneficios.

En suma la reforma busca transformar la fuente de financiamiento de la atención médica bajo la figura de aseguramiento público organizado, con reglas más equilibradas para la distribución del financiamiento entre grupos de población y entre entidades federativas. La reforma presenta una serie de retos que se enfrentan actualmente como parte de su instrumentación y otros que han surgido conforme se extiende la cobertura. En el corto plazo es necesario consolidar al SPSS y alcanzar la cobertura universal en el 2010, mediante la integración de iniciativas como el Seguro Médico para una Nueva Generación

que es una estrategia de cobertura acelerada de grupos vulnerables, en particular niños. Sin embargo, en el mediano plazo es necesario extender los principios, valores e instrumentos subyacentes al SPSS al resto del sistema de salud así como considerar reformas de carácter estructural sobre el modelo de protección social en salud que se desea impulsar.

6. Elementos a considerar para diseñar nuevo sistema de protección social en salud

Ante las limitaciones del modelo de protección social instrumentado en México, es importante replantear algunos conceptos. Por ejemplo, en materia de universalidad, podría plantearse el objetivo de que toda la población tenga acceso a prestaciones buena calidad, incluyendo salud y seguridad social. Esto implicaría que la protección social bajo responsabilidad del Estado no se limitaría a respuestas asistenciales o paliativas, sino que se extendería como parte una política de desarrollo de capital humano y prevención de riesgos para toda la población.

Históricamente, el gasto público en salud se ha concentrado en los sectores políticamente más organizados. Esto fuera sido evidencia de la regresividad del gasto público asignado por instituciones que prevaleció hasta que la reforma reciente impulsó un incremento significativo en el gasto para la población no derechohabiente de la seguridad social. Sin embargo, la segmentación que persiste se refleja en la competencia entre ambos modelos (seguridad social y aseguramiento público) por recursos provenientes de impuestos generales, así como en la búsqueda de clientes en aquellos grupos de población que se intersectan.

Por otra parte, sería necesario transitar de un esquema de la política social en donde coexisten diversas políticas y programas, hacia un sistema de protección social integral. La creación del Consejo Nacional de Protección Social, como una instancia responsable de coordinar y analizar las acciones y actividades de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, vinculadas con la protección social fue un avance importante en este sentido. Sin embargo, este sigue siendo un enfoque parcial, toda vez que se concentra en programas y políticas asistencialistas, de combate a la pobreza o bien, que cubren precisamente los huecos generados por un modelo de protección social vinculado con el empleo y por lo tanto a los grupos de población excluidos de la protección social.

Esto implica cuestionarse sobre la necesidad de sustentar el modelo de protección social solamente bajo un criterio de focalización o residual. Este criterio parece funcionar bien como medida temporal. Sin embargo, como medida permanente conlleva el riesgo de perpetuar el modelo asistencialista y de crear un esquema segmentado, tal y como ha ocurrido en el caso de México.

En ese sentido, por qué no pensar en un nuevo pacto o consenso en materia de protección social que considere lo siguiente:

- una visión de la sociedad en la cual se comparten éxitos y existe ayuda de todos para sacar adelante a quienes enfrentan determinados problemas, esto implica pasar de una política de Estado basada en ayudar a los pobres hacia una política de beneficios compartidos;

- el conjunto mínimo de prestaciones de protección social al cual todo miembro de la sociedad, por el solo hecho de ser ciudadano, debe tener acceso;
- el ritmo deseado de expansión de ese mínimo, incluyendo la secuencia y progresividad en la ampliación de esferas de protección y provisión (y de manera congruente con las metas de competitividad y crecimiento);
- formas concretas de solidaridad, asumiendo de manera expresa la voluntad de contribuir y redistribuir los recursos en función de necesidades;
- modalidades instituidas de regulación que el Estado deberá hacer cumplir y que permitan garantizar el cumplimiento de la solidaridad (ejemplo, combinación de participación público-privado de contribuciones individuales y públicas; de carga y estructura tributaria, y de distribución de costos y beneficios).

La precisión de cuáles y cuántos derechos están garantizados y por tanto de qué riesgos está dispuesta a asumir la sociedad como respuesta colectiva, debe conducir a la definición explícita de los bienes de carácter público de los cuales el Estado se hace responsable insustituible, al margen de que su provisión pudiera estar a cargo de instituciones públicas o privadas.

En suma, las limitaciones del mercado laboral (aumento desempleo, cambio estructura mercado laboral, informalidad) conllevan a plantear la posibilidad de desarrollar un sistema de protección social en salud no necesariamente vinculado con el empleo. De ahí la relevancia de potenciar mecanismos de protección social no contributivos, que hoy en día están limitados por recursos fiscales generalmente escasos. En este contexto, el acceso a servicios de salud, visto como un componente central de los derechos sociales, debe ser equitativo y para toda la población, independientemente del riesgo o ingreso individual, y al mismo tiempo debe promover la optimización de los recursos utilizados.

Así, pareciera necesario analizar la manera en que una mayor integración de los sistemas públicos y de seguridad social pudiera:

- reducir inequidades vinculadas con sistemas segmentados,
- desvincular el acceso a servicios de los riesgos y la capacidad de pago de las personas,
- desvincular las prestaciones del financiamiento,
- priorizar el conjunto definido de prestaciones que podría aumentar de manera progresiva de acuerdo con las posibilidades de financiamiento público, y que se definirían como una cobertura explícita, garantizada y universal.

Una ventaja de fijar un derecho socialmente exigible, es que el Estado tiene la obligación de garantizar ese derecho. Esto implica la obligatoriedad de financiarlo y de que existan instancias legales para hacer valer esa “exigibilidad”. En la medida en que esto implica una contingencia para el sector público, el reto es que ese pasivo sea congruente con los ingresos del Estado y con el ciclo económico.

Dada la limitada capacidad de financiar la protección social, los paquetes básicos deben entenderse como una forma de avanzar hacia sistemas integrados de salud capaces de brindar cobertura oportuna y de calidad para todos, independientemente de los riesgos e ingresos de las personas. En la medida en que los países se desarrollan, los paquetes priorizados deben aumentar progresivamente en función de las necesidades de salud de la población. El avance en la garantía del cumplimiento de los derechos sociales en estos términos requeriría entonces incluir la discusión sobre una reforma fiscal que permita contar con mayor margen de maniobra en la asignación de recursos públicos.

Referencias bibliográficas

Baeza C. and Packard T (2006) Beyond survival. Protecting households from health shocks in Latin America. The World Bank/Stanford University Press.

BID (2006) Nota de política. Protección social, seguridad social y Oportunidades: ¿un conjunto de incentivos alineados? (*documento de apoyo disponible en página del foro*).

Bonilla García A. and Gruat J. V ILO (2003) Social protection. A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development. Version 1.0 ILO: Geneva.

CEPAL (2006) La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Naciones Unidas: Santiago.

CMH (Commission on Macroeconomics and Health). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, (Geneva: WHO, 2001).

Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006) Macroeconomía y Salud. Invertir en salud para el desarrollo económico. Fondo de Cultura Económica: México D.F.

Funsalud (2006) La salud en México: 2006/2012. Visión de Funsalud. Capítulo V. La reforma para alcanzar la protección financiera universal y ordenar el financiamiento del sistema de salud. Funsalud: México D.F.

Martínez, Gabriel (2006) El estado mexicano de bienestar. Miguel Ángel Porrúa: México D.F.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Health policy in Mexico. Policy note. September 2006 (*documento de apoyo disponible en página del foro*).

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2005) Reviews of Health Systems: Mexico, OECD: Paris.

Secretaría de Salud (2006) Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2a ed. Fondo de Cultura Económica: México, D.F.