

El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México*

The popular insurance of health and the reformation to the policies of health in the state of Mexico

O seguro popular de saúde e a reforma as políticas de saúde no estado de México

Fecha de recepción: 11-07-11 Fecha de aceptación: 03-10-11

Georgina Contreras-Landgrave**

Carolina Tetelboin-Henrion***

* El presente artículo de investigación es producto de un estudio más amplio que tiene el título de “El Seguro Popular de Salud en el marco de las reformas a las políticas de salud en México en el Municipio de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México”. Este trabajo tuvo por objetivo el obtener el grado de doctora en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X) de la primera autora, quien fue becaria del CoNaCyT, (México) en el período comprendido de septiembre de 2005 a julio de 2009.

** Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, profesora de tiempo completo y coordinadora de la Licenciatura de Educación para la Salud, profesora en la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria en la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl de la Universidad Autónoma del Estado de México. Correo electrónico: geoland@web.de; gcontrerasl@uaemex.mx Domicilio postal: Avenida Bordo de Xochiaca s/n, Col. Jardín. Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. C.P. 56000, México.

*** Doctora en Ciencias Sociales, profesora investigadora en la Maestría en Medicina Social y en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). Correo electrónico: ctetelbo@correo



Resumen

El objetivo que se plantea es dar cuenta del proceso de formulación e implementación del Seguro Popular de Salud, como parte de las políticas públicas en salud en un estado de la república mexicana: el estado de México. El método que se realiza es un análisis en la normatividad en salud emitida a nivel nacional y estatal, y se sistematiza. De esta información se identifican variables, se desarrolla una guía de entrevistas a semiprofundidad, realizadas a los responsables que estuvieron en el inicio del Seguro Popular en el estado de México, conociéndose su proceso de implementación en los servicios de salud. Resultados: Considerando que dentro del ámbito de las políticas públicas nacionales y estatales para la ejecución de una ley existen etapas, se encontró que sí existió el proceso a nivel nacional, procedimiento que no se cumplió en el caso del estado de México.

Palabras clave: reforma a las políticas de salud, Seguro Popular de Salud, estado de México.

Palabras clave descriptor: reforma de la atención de salud – México, administración de los servicios de salud – México, sistema de protección social en salud.

Abstract

The objective that considers is to report formulation process and implementation of the Popular Insurance of Health like part of the public policies in health in a state of the Mexican Republic: the State of Mexico. The method that is made is an analysis in the frame normative in health emitted at national level and state and it is systematized; of this information, variables are identified, is developed a guide of interviews to semidepth made to the people in charge who were in the beginning of the Popular Insurance in the State of Mexico knowing itself their process implementation in the services of health. The main obtained results are that within the scope of the national and state public policies for the execution of a Law stages exist, being in the present that yes the process at national level existed, procedure that was not fulfilled in the case of the State of Mexico.

Key words: reform to the policies of health, Popular Insurance of Health, state of Mexico.

Keywords plus: Health care reform – Mexico, Health Services Administration – Mexico, Social Protection Fund in Health.

Resumo

O objetivo que considera é relatar o processo da formulação e a execução do Seguro Popular de Saúde como parte das políticas públicas na saúde em um estado da república mexicana: o Estado de México. O método que é feito é uma análise na normatividade na saúde emissora no nível e no estado nacionais e sistematizado; desta informação, as variáveis são identificadas, são tornadas uma guia das entrevistas ao semiprofundidade feito aos responsáveis do posto que estavam no começo do Seguro Popular no Estado de México e que conheceram sue processo de execução nos serviços da saúde. Os resultados obtidos principais estão aquele dentro do espaço do nacional e as políticas públicas do estado para a execução de estágios de uma lei existem, sendo no presente que sim o processo no nível nacional existiu, o procedimento que não foi cumprido no exemplo do estado de México.

Palavras chave: reforma às políticas da saúde, seguro popular da saúde, estado de México.

Palavras chave descritores: reforma dos serviços de saúde, administração de serviços de saúde, sistema de proteção social em saúde.

Introducción

Desde los años ochenta, los países de América Latina se han visto involucrados en políticas y dinámicas de cambio, destinadas a transformar la sociedad de una mayor presencia y participación del Estado en la provisión y acceso a bienes y servicios, hacia su manejo en el mercado. Aunque estas reformas han asumido características particulares en cada uno de los países, según las condiciones políticas, económicas y las formas de organización y cobertura de los servicios, en salud han seguido un mismo hilo conductor a partir de la influencia de las propuestas de organismos internacionales, especialmente de las contenidas en los informes del Banco Mundial (1,2), en el llamado Consenso de Washington, y más tarde, en los informes de la Organización Panamericana de la Salud (3).

México, envuelto en esta dinámica, inició las reformas en el año de 1982 bajo los argumentos de la falta de recursos, de la necesidad de hacer eficiente el quehacer del Estado y coordinar las instituciones en los distintos sectores de la actividad pública. En el ámbito de la salud estas reformas comenzaron en 1983, primero con cambios legales que establecieron el reconocimiento del derecho a la salud, modificándose para tal efecto el artículo 4º Constitucional; más tarde, en 1984, con documentos normativos que establecieron las nuevas responsabilidades de los integrantes del Sistema Nacional de Salud en el otorgamiento de los servicios, a través de sucesivas modificaciones a la Ley General de Salud (LGS). De 1985 al 2000, el quehacer en salud del país estuvo influido por la política de las administraciones sexenales federales.

Hacia finales de los ochenta inició el proceso de descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados, proceso

que sin embargo solamente se logró en 14 de los 32 sistemas estatales de salud, por razones fundamentalmente vinculadas a las capacidades económicas de los estados. En el siguiente período, de 1988 a 1994, dicho proceso se detuvo, hasta la administración de Ernesto Zedillo (1994-2000), en la cual se continuó.

En julio del 2000, después de más de 75 años en el poder, el Partido de la Revolución Institucional (PRI) pierde el poder del gobierno ante el Partido Acción Nacional (PAN), de derecha. Para las políticas de salud, este cambio anunciado aún antes de la toma de posesión del presidente Vicente Fox, y puesto en práctica en 2002 a través de una prueba piloto, sólo se expresa de manera formal hasta enero del 2004, por medio de la adición de un nuevo capítulo a la Ley General de Salud. Con ella, se funda la existencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuya rama operativa será el Seguro Popular de Salud (SPS). En la prueba piloto del programa habían participado cinco estados del país, y en octubre de ese mismo año 2002, se incorpora al estado de México. Desde entonces, al igual que en el resto del territorio nacional, el SPS se ejecuta en los servicios de salud públicos como parte del Programa Estatal de Salud del estado de México 2005-2011.

El problema que se identifica en la presente investigación es que son escasas las investigaciones sobre la relación que existe entre la formulación de las políticas de salud, los impactos en el funcionamiento y la operación de los servicios. Dicha carencia justifica la realización del presente trabajo. Por lo que la justificación que se tiene es que investigaciones de este tipo, pueden permitir conocer la relación que se da desde nivel macro, al formular las políticas, hasta el nivel micro en la operación de los servicios de salud, teniendo además una comprensión sobre



las razones que motivaron su diseño e implementación.

De esta manera, el objetivo de investigación que se plantea es dar cuenta de las características que ha asumido dicho seguro como parte de las políticas públicas en salud en un estado de la república mexicana: el Estado de México.

Al SPS se le han realizado evaluaciones bajo una visión vertical, con indicadores e instrumentos diseñados en el nivel nacional, por lo que la presente investigación tiene por objetivo dar cuenta de las características que ha asumido dicho seguro como parte de las políticas públicas en salud en un estado de la república mexicana, el estado de México.

1. Los fundamentos teóricos

En un país se entiende por Estado al poder fundamental de la sociedad, que expresa el interés de quienes logran manifestar la fuerza para posicionar sus intereses particulares. Es la expresión de los antagonismos de clase; por regla general, es el poder de la clase más poderosa, de la clase económicamente dominante, que con ayuda de él se convierte en la clase políticamente dominante (4). Gramsci considera al Estado desde un enfoque dialéctico y lo determina como la unidad de sociedad civil y sociedad política, en donde uno domina al otro. Es un aparato con acciones puramente autoritarias y coercitivas; no puede existir sin éstas. Es la institución donde tienen encuentro las distintas fuerzas sociales, en la que se confrontan los intereses antagónicos de éstas y cuyo grado de interlocución con las instancias de gobierno depende de los recursos con que cada fuerza acude en el planteamiento de sus demandas (5). Como entidad social, da carácter orgánico a una

sociedad y tiene entre sus funciones la de proveer seguridad (6). Ante la sociedad, el Estado diseña y ejecuta políticas de acuerdo con un modelo económico.

2. Las reformas al Estado

En América Latina a partir de los años ochenta se plantea una nueva relación entre el Estado y la sociedad. Dicha nueva relación incluye cambios fundamentales en los ejes generales de la sociedad como son el modelo económico y el modelo político. A este fenómeno se le ha denominado proceso de reforma. Ésta ha sido sugerida por organismos internacionales como el Banco Mundial, que apoyándose en el modelo del Reino Unido ha obligado a los gobiernos a realizar dichos cambios sin considerar sus características propias, su devenir histórico y menos aún sus necesidades (7), presionando a los países a emprender la odisea del cambio, pero sin garantizar los resultados positivos de tal aventura.

Estos organismos afirman que el Estado es ineficaz e improductivo, toda vez que no brinda a la sociedad los satisfactores necesarios y genera un aparato burocrático con costos de operación tan altos que no deben ser financiados por el erario público, ya que los recursos son y seguirán siendo escasos; por lo anterior, el Estado —según dichos organismos— se encuentra en crisis y se requiere reformarlo (2). Así, se define que las diferentes necesidades de la sociedad, como la salud, pertenecen al ámbito privado y se sugiere realizar una modernización a través de la reforma.

La reforma consiste, en esencia, en cambios fundamentales en el modelo económico y político de los países, sugeridos desde el exterior y dirigidos a la reestructuración del gasto público en materia social, con el obje-

tivo de liberar los recursos protegidos por la acción pública y reorientarlos, a través de diversas estrategias, hacia destinos privados lucrativos (8).

Con la modernización del Estado se produce un cambio profundo en los objetivos sociales, a partir de la reconstrucción misma del poder. Con ello se modifica la función y los recursos destinados a resolver la cuestión social y estratificar los beneficios según la participación en el mercado, cuestión que plantea estándares ciudadanos profundamente diferenciados (9). De esta forma, el Estado funda y recompone al mercado a través de un riguroso sistema de normalización política de la actividad económica y social.

Ante la sociedad, el Estado diseña y ejecuta políticas, influenciado por el modelo económico al que responde. Las políticas constituyen el espacio en el que tiene lugar la definición de necesidades y satisfactores de una sociedad y se confrontan concepciones e intereses contradictorios acerca de la forma en que deben resolverse las necesidades de aquella (6). Para Oszlak (10) son el “conjunto de sucesivas tomas de posición del Estado frente a cuestiones socialmente problematizadas”; “Son la expresión decantada y genuina del interés general de la sociedad, sea porque su legitimidad deriva de un proceso legislativo democrático y de la aplicación de criterios y conocimientos técnicamente racionales a la solución de problemas sociales”.

Las políticas que elabora y ejecuta el Estado son llamadas políticas públicas; lo público hace referencia a cómo la representación de la sociedad por parte de Estado y su actuación recaen en aquella. Lo público “es todo aquello que el gobierno decide hacer o no hacer”, estableciendo para ello estrategias, reglamentos, planes, programas,

procedimientos y presupuestos (11) que se desarrollan como el resultado de la confrontación de intereses de diversos grupos; éstos, al interactuar dentro del Estado, definen y aplican las mencionadas políticas (5).

La elaboración de estas últimas se divide en tres etapas: la de formulación, la de reglamentación y la de implementación. En todas ellas se puede identificar a sus actores.

Como parte normativa de la ejecución del contrato entre la sociedad y el Estado, las políticas deben contar con la aprobación de la estructura que el pueblo ha puesto como las cámaras legislativas. Pueden ser nacionales, cuando su aplicación abarca todo el territorio, y en este caso deben ser aprobadas por las cámaras correspondientes y se publican en los órganos oficiales de interés nacional. Dependiendo de su carácter, estas políticas pueden ser locales o estatales, con una cobertura circunscrita por límites geopolíticos; aquí el órgano legislativo propio de cada entidad federativa es el responsable de dar la legitimidad.

En la etapa de formulación, se da el debate con la participación de los actores sociales, diferentes elementos individuales o sociales que son capaces de expresar claramente su posición respecto a los hechos en la correlación de fuerzas y generando presión al Estado. Esa posibilidad se las da el poder económico o el control sobre los medios de comunicación, así como su capacidad para concentrar personas. Con el resultado del debate se realiza la toma de decisiones, con repercusiones en el surgimiento de modificaciones legislativas o normas de operación (12). Así, se presentan propuestas ante los órganos legislativos, como lo son las cámaras legislativas a nivel nacional y a nivel estatal, que se convierten en leyes. Una vez aprobadas y dependiendo del nivel de emisión, estas leyes se publican en el órgano oficial



correspondiente y de esta manera quedan oficialmente promulgadas.

Al igual que en la formulación de las políticas, en su ejecución intervienen varios tipos de actores sociales, como lo son los ejecutores de aquellas y los actores que las reciben. Quienes operan las políticas son las instituciones de gobierno, responsables de ejecutarlas y de vehicular los proyectos económicos y políticos (13). Y finalmente están los actores receptores, ciudadanos en lo individual y en conjunto.

Derivadas de las políticas públicas, están las políticas sociales que son el enfoque dirigido de las acciones del aparato de gobierno para lograr un estado de bienestar de la sociedad. Son parte del Estado y con ellas éste sienta una posición (14), de manera que se establece una relación con la sociedad. Se deben ver considerando los distintos momentos de pragmatismo y flexibilidad ante los conflictos sociales que se viven (12). Constituyen el espacio en el que tiene lugar la definición de necesidades y satisfactores de una sociedad particular en un período histórico determinado, donde se confrontan concepciones e intereses contradictorios acerca de la forma en que deben resolverse las necesidades de la sociedad (6), y se convierten en herramientas de intervención del Estado y su representación institucional.

En ellas se da la concreción de diferentes actores sociales y estatales ante cuestiones problemáticas que plantea el desarrollo de la sociedad. Es preciso entenderlas como parte constitutiva del poder político de un sistema social (15). Se relacionan con los objetivos del sistema económico del país y se vinculan con la situación de la población, lo que permite decir que son una prolongación de la política económica (13). En un país, las políticas pueden tener una injerencia nacional o regional. Para que sean documentos

rectores de la actuación del Estado ante la sociedad, deben ser aprobadas por el poder legislativo nacional o de las entidades. En su elaboración se privilegian ciertos sectores, puesto que al interiorizar en el aparato estatal nuevas tensiones, se beneficia a unos en detrimento de otros, y los derechos sociales son expuestos a la nueva caridad pública (9). Durante su implementación, estas políticas comprometen el comportamiento del gasto público, cuyo impacto resulta muy sensible cuando se refiere a coberturas sociales indispensables (15).

Las políticas sociales comprenden las políticas de salud, educación, vivienda, recreación y seguridad social, las cuales se cristalizan operativamente en programas sociales. Este tipo de políticas se convierten en acciones que se llevan a cabo por parte del Estado, para acercar a toda la población los servicios que tiendan a eliminar la pobreza y la desigualdad social.

En el marco del proyecto nacional y como parte de las políticas sociales, las políticas de salud —entendidas como el “espacio” donde se definen, articulan y resuelven las necesidades de salud, bajo formas que expresan intereses cambiantes y frecuentemente contradictorios, como parte de las políticas públicas y dependiendo del régimen político vigente (16)— guardan una estrecha relación con la política económica y son proyectos ideológico-políticos llevados a cabo por fuerzas políticas que se disputan la conducción de la sociedad en un momento dado (17). Así mismo, constituyen un instrumento de atención a las necesidades de salud y un medio para el desarrollo económico (5), donde —como antes se ha dicho— se definen, articulan y resuelven las necesidades bajo formas que expresan intereses cambiantes, frecuentemente contradictorios, y están cargadas de determinados correlatos valóricos

en función de la orientación política general y de las características de las prácticas. Igualmente, especifican la continuidad o la ruptura de determinados “modos de hacer salud” (8).

En el modelo actual de Estado (neoliberal), de las políticas de salud se desprenden dos grandes ejes: la mercantilización del financiamiento y la prestación de servicios de salud (18). Las políticas se redefinen y simplifican a partir de la modernización neoliberal, justificando un conjunto de reformas que lejos de responder a la diversidad epidemiológica, fragmentan y limitan el quehacer público en salud, de manera que se desestructuran las formas de dominación corporativa, se limita la intervención estatal en la economía y se desplaza la responsabilidad en la producción de servicios para los distintos grupos sociales (19-21). De allí se parte al decir que la salud pertenece al ámbito de lo privado y que las necesidades de salud deben ser resueltas por los individuos en la familia o en el mercado (18).

Los servicios de salud se convierten en un bien cuya responsabilidad es de los individuos y de la familias (22). La salud emerge como campo mercantil privado, con una medicina comercial, altamente tecnologizada y un paquete de servicios médicos esenciales dirigidos a los más marginados (2), donde los servicios médicos deben ser otorgados por seguros y la producción de los servicios sociales privados desempeña un papel importante (20). El Estado solamente se queda con la obligación de atender necesidades de salud de la población pobre que sean de alta externalidad. Esta atención será a través de un paquete de acciones reducidas que tiene alto impacto y bajo costo (2). Este paquete es demasiado reducido y ha sido concebido para que se realice con tecnología simplificada y personal de baja calificación (18).

3. Las reformas a las políticas de salud

Las reformas al Estado han cubierto todas las áreas que lo conforman, incluyendo la salud. Las reformas a las políticas de salud constituyen un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, para con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población (23). Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la satisfagan y viabilicen y que “no todos los cambios en el sector podrían llamarse reforma, en algunos casos los cambios son sustantivos y planificados en otros no”.

Para Tetelboin, estas reformas son “un tipo específico de transformación de los sistemas de salud, destinada a reorientar hacia el mercado las políticas sociales y de salud, y a impactar en el conjunto de aspectos constitutivos de las instituciones públicas y de seguridad social, que habían estado protegidas por las políticas de Estado previas, reordenándolas”. La reforma a la salud transita de los derechos sociales a la igualdad de oportunidades, de universalidad a propuestas crecientemente selectivas, de solidaridad a individualización de costos; de integralidad a fragmentación y de equidad social a equidad sectorial (19).

En 1995 los países integrantes de la Organización Mundial de la Salud definieron la reforma a la salud, como se dijo antes, como el proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y en las funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de las prestaciones, la



eficiencia de su gestión, la efectividad de las actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de la salud de la población (24).

En el marco de las reformas de salud se transita de derechos sociales a igualdad de oportunidades, de universalidad a propuestas crecientes selectivas, de solidaridad a individualización de costos, de integralidad a fragmentación y de equidad social a equidad sectorial (19). Se argumenta que con la reforma se deben mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios y la calidad de la atención, así como lograr mayor equidad con menores costos. Con la reforma, los servicios deben manejarse con criterios mercantiles y quedan en manos de los privados, que operan bajo la lógica del mercado, quienes garantizan la cobertura y la eficiencia. Aquí la función del aparato del Estado es modificar la regulación existente para que puedan entrar los recursos privados, que en la mayoría de los casos son extranjeros. Con esta liberalización se permite la libre elección de los servicios y se busca el consenso social, hablando de universalidad y equidad, lo que se sobrentiende como sinónimo de igualdad. Los reformistas afirman que la reforma en salud se debe dar en todos los elementos que forman el aparato del Estado, a fin de hacer más eficiente la gestión, mediante la desregulación y la reducción de sus acciones, permitiendo con ello que el mercado otorgue los servicios necesarios, todo esto cumpliendo los principios de igualdad, universalidad y ampliación de cobertura.

4. Las estrategias de la reforma

La reforma plantea reconstruir la función del Estado en torno al mercado, eliminando la intervención del Estado en la economía, a través de tres estrategias: privatización, descentralización y focalización.

En la privatización se requiere la desregulación de actividades y se genera la competencia entre prestadores públicos y privados para aumentar las opciones y la satisfacción de los consumidores. En la descentralización se transmiten las funciones y las responsabilidades a los sistemas estatales de salud, hasta llegar a los individuos, con el argumento del pleno derecho a la libertad de elegir sus suministradores de servicios. Y en focalización, el Estado restringe la acción pública y solamente adquiere la responsabilidad de ejecutar programas selectivos y asistenciales dirigidos a los grupos de extrema pobreza. Se trata de programas con alta externalidad, donde las medidas son paliativas, limitadas y discrecionales, lo que se refleja en un limitado paquete de servicios de salud (19); es decir, el Estado solamente interviene con el objeto de garantizar un mínimo de acciones para aliviar los efectos que reproduce el modelo económico. Así, produce los servicios que los agentes privados no pueden o no quieren atender o aquellos que la sociedad ha llamado bienes públicos. Aquí se contraponen enfoques básicos sobre el concepto de los pobres, quienes son atendidos por programas focalizados, de modo que se les otorga un papel de mendicidad, pues el Estado para satisfacer las necesidades de esta población trabaja bajo los principios de caridad asistencial.

5. Material y métodos

El presente es un estudio explicativo, porque presenta las condiciones en las cuales se generó la formulación e inicio del Seguro Popular de Salud en el país, particularmente en el estado de México. Para esto se parte de que en ambos casos el programa referido forma parte de las políticas públicas, y por lo tanto, deben seguir un procedimiento de formulación semejante para su presencia dentro de la normatividad nacional y estatal,

recurriendo para ello a instancias específicas como las cámaras legislativas. De esta manera, se revisa el proceso de formulación de esta política a nivel nacional y en particular en el Estado de México, y los inicios de la implementación en los servicios locales. Para la etapa de formulación se revisaron diferentes fuentes informativas y sitios oficiales en Internet, de donde se recuperan los aspectos centrales que caracterizaron el debate en torno a la formulación de un nuevo proyecto para salud en México, a partir de las posturas de los actores. Una vez que se emitió la normatividad que enmarca al Seguro Popular, se revisaron los documentos y se identificaron los cambios en la normatividad de la salud; también se identificaron las adecuaciones a la agenda política y sanitaria en el país y la localidad y las modificaciones a los procedimientos en la operación de los servicios de salud estatal.

Específicamente a nivel nacional, se revisó la Ley General de Salud (LGS), emitida por el Congreso de la Unión en 1984 y modificada en el 2003 para la incorporación del SPS. Con la modificación de la LGS, la Secretaría de Salud emitió el Reglamento General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. En estos documentos se buscaron los temas sobre las disposiciones generales, de los beneficiarios, de las aportaciones, del fondo de aportaciones, de las cuotas familiares, control y supervisión de los recursos financieros, el proceso de incorporación de los beneficiarios y los requisitos por cumplir, los derechos y obligaciones de los beneficiarios y de las causas de suspensión, sobre la prestación de los servicios de salud, el Plan Maestro de Infraestructura, la evaluación del sistema, el financiamiento y las aportaciones al programa. También se revisaron documentos que fueron emitidos de manera complementaria y que contribuyeron a la operatividad del SPS en los servicios médicos, como el Acuerdo sobre las reglas de operación e indicadores

de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud, y los lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

A nivel estatal, se revisó la normatividad de salud existente, la cual permitió que los servicios de salud mexicanos se sumaran a la denominada etapa de prueba a nivel nacional del programa en los servicios de salud; normatividad que posteriormente permitió el inicio formal del Seguro Popular en la entidad. Estos documentos fueron el Código Administrativo del Estado de México, el Reglamento de Salud del estado de México, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, los programas estatales de salud 1999-2005 y 2005-2011 y los acuerdos de coordinación entre la Secretaría de Salud y el Gobierno del estado de México. En esta documentación se identificaron las obligaciones que ha tenido la Secretaría de Salud del estado en mención y los cambios que tuvo con la implementación del SPS, los servicios que se brindan y sus características. De la revisión de estos documentos estatales solamente se extrajo el contenido que tiene relación con la función de la mencionada Secretaría de Salud y el SPS en dicha entidad. De la concepción en torno a los conceptos centrales, como son las políticas, los actores, las leyes y los programas, así como la operación de las instituciones, se desprenden consideraciones metodológicas para los niveles de análisis nacional y regional, a fin de rescatar tanto los procesos estructurales que definen los cambios en las políticas de salud como la experiencia vivida a nivel regional y local. Si bien los significados y las acciones de los sujetos conforman una “tonalidad singular”, lo particular se elabora a partir de lo general y sólo puede explicarse a partir de ello (25). Toda esta información se sistematizó y sirvió de base para conocer la implementación,



desde sus inicios, del Seguro Popular en los servicios locales de salud.

El universo planteado fueron las instituciones del sistema estatal de salud que viene implementando el programa del SPS y están dirigidas a la “población abierta”. Como muestras a nivel local, se estableció un centro de salud urbano (CSU) y el hospital general (HG), donde se refieren los pacientes.

Por otra parte, con relación al proceso de implementación del programa en estos servicios de salud, se consideró la subdivisión en el tiempo dada por las autoridades federales, y solamente se focalizó en la etapa piloto. Ésta comenzó en el año 2002, cuando se dio inicio al SPS en el estado de México. De esta forma, se desarrolló una guía de preguntas sobre la normatividad que se ejecutaba antes de la implementación del SPS, el origen de las instrucciones, la infraestructura, los recursos humanos y materiales con que contaba el programa y las acciones y programas que se ejecutaban en los servicios de salud.

Así mismo, fueron realizadas entrevistas a actores claves que cumplieron en el año de 2002 con la función de iniciar el SPS en la entidad, por lo que tienen una idea clara de los acontecimientos. Ellos fueron el primer responsable del SPS en la entidad, los responsables estatales de promoción y afiliación y una médica contratada como brigadista domiciliaria. También se entrevistó al coordinador del centro de salud que estaba en funciones en ese tiempo. A él se le preguntó sobre la normatividad que se cumplía para ejecutar el seguro, el origen de las instrucciones, los recursos humanos y materiales con que contaba el centro de salud, los programas y acciones que se implementaron, los recursos financieros de que disponía el seguro y el destino y elementos de los informes que rendía. Finalmente, se

realizan algunas reflexiones sobre los hallazgos del estudio.

6. Resultados

Cuando en noviembre de 2000 Vicente Fox (días antes de su toma de protesta) presentó a los medios de comunicación a Julio Frenk como futuro secretario de salud, declaró que “la salud es una inversión para el desarrollo con oportunidades” y planteó como premisa “el que a mediano plazo todas las familias cuenten con un seguro básico” (26). Días después, el 1º de diciembre de 2000, en el discurso de toma de posesión como presidente de México, Fox presentó a toda la población mexicana lo que en breve sería el SPS. Así, propuso democratizar el acceso a los servicios de salud pública, a través de un sistema en el que los beneficiarios tuvieran voz en las decisiones que los afectaban y una mayor libertad en la elección del prestador del servicio, hasta llegar a que cada familia eligiera su propio médico (27).

Estas posiciones se iban a complementar con las del Dr. Guillermo Soberón Acevedo, quien propondría “establecer un seguro nacional de salud, separar el financiamiento de la prestación de servicios de salud, abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios, dar incentivos a la participación del sector privado, crear un Fondo Nacional de Salud Pública y consolidar la función rectora de la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Salud” (28). Adicionalmente, plantearía la necesidad de “perfeccionar el paquete básico de salud, aumentar a 13 las intervenciones costo-efectivas, subsidiar sólo a los más pobres y recuperar los gastos en que incurren quienes tienen capacidad de pago”.

En la propuesta de Soberón Acevedo se plantea que los seguros privados sean com-

plementarios a la atención médica básica de carácter público y se recomienda que la entidad a la cual pertenezcan las personas que reciben el servicio pague por los servicios prestados (29). También se propone perfeccionar los esquemas de subrogación y la prestación indirecta de servicios y reversión de cuotas (29). Quince días después, el 8 de mayo de 2001, el comité directivo de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), encabezado por su presidente ejecutivo el Dr. Soberón, se reúne con el presidente Fox y ratifica su posición, la que se complementaría con la exposición del secretario de salud Julio Frenk, quien plantearía como reto la protección financiera (30).

El 5 de julio de 2001 se presenta el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, documento emitido por el poder ejecutivo y que contiene las propuestas de desarrollo para el sexenio, los retos, estrategias, acciones y programas, el cual establece:

[En] el año 2025 todo mexicano tendría acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral. El seguro de salud es el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud [...] se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo explícito de reducir lo más posible las brechas en salud, y según las capacidades de pago serán las contribuciones distribuyendo los beneficios según las necesidades poblacionales (31).

El PNS presenta entre sus líneas de acción, la “promoción del prepago de seguros de salud”, con el fundamento de que el prepago promueve una utilización más racional de los servicios de salud, ya que éstos operan bajo sistemas de control de costos que favorecen la atención preventiva sobre la curativa, y la atención ambulatoria sobre la hospitalaria.

Así mismo, resalta la importancia de brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, a través de la creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos.

En el documento ya se menciona que “el Seguro Popular consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento (31) y formas de prepago”. De esta manera el SPS se considera el instrumento de financiamiento que brindará protección médica al 48% de la población, pudiendo establecer para el año 2010 el seguro público universal de salud, porque se sumaría como sistema complementario al brindado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (SSSTE) (32).

En diciembre de 2001, el diputado federal del PRI e integrante de la Comisión de Seguridad Social del Congreso y tesorero del Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS, Francisco Javier López González, manifestaba que “el Seguro Popular es pura demagogia, se le ha pedido a Julio Frenk que nos explique cómo va a funcionar esto, sin embargo se ha ido por la libre y no ha dado una explicación real, y dice que va a hacer planes piloto” (33).

El 11 de diciembre de 2001 Fox anunció como un cambio radical en la prestación de los servicios públicos de salud, la puesta en marcha del SPS. Así, manifestó que “con el pago por adelantado, el gobierno federal pretende ampliar la cobertura sanitaria y evitar el empobrecimiento de las familias que no tenían acceso a las instituciones de seguridad social” (34) y que las personas inscritas tendrían garantizada la atención médica de primer y segundo nivel, los medicamentos,



los estudios de laboratorio y las cirugías de las enfermedades agudas más comunes; además, se utilizarían las instalaciones ya existentes en los servicios estatales (34).

Por su parte, el senador perredista Elías Miguel Moreno Brizuela, dijo que “este tipo de seguro ha sido propuesto en otros países y el resultado ha sido muy desafortunado, como en Colombia”. Señaló que Frenk “no ha dialogado con la Cámara de Senadores, el secretario se comporta como si hubiera solamente un poder en el gobierno mexicano”. El senador aseguró que “salvo algunas explicaciones verbales y aisladas de funcionarios”, nadie sabía nada del SPS y que no había habido jamás algún documento o explicación oficial de cómo iba a funcionar (35).

El arranque operativo del programa se dio el viernes 22 de febrero de 2002 como plan piloto y bajo el nombre de Seguro Popular de Salud. Diversos actores se manifestaron en torno a este hecho. El presidente de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, integrante del Comité Nacional del Sindicato de Maestros y dirigente del Movimiento Democrático Nuevo Sindicalismo, Agustín Miguel Alonso Raya, afirmó:

el Seguro Popular es un absoluto fracaso, el problema es que si los derechohabientes, los que cotizan, no tienen acceso a la medicina, tienen servicios de pésima calidad, tienen que andar llevando agua, papel, gasas y medicamentos, bueno, los no cotizantes ni siquiera son atendidos en las clínicas, es decir no hay ninguna capacidad, es demagógico un planteamiento de esa naturaleza sin recursos (36).

En enero de 2003 en la comparecencia de 18 secretarios de salud ante la Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado de la República para conocer su opinión sobre lo que de manera oficial llevaría por nombre Sistema de Protección Social en Salud

(SPSS), la doctora Asa Cristina Laurell expuso su análisis sobre la iniciativa y comentó lo siguiente:

sólo garantiza los llamados servicios esenciales y los medicamentos correspondientes que son mucho menos que los ofrecidos por los institutos de seguridad social. El marco conceptual que subyace en la iniciativa es el pluralismo estructurado, promovido desde varios años por ti —se refería a Julio Frenk—, con la separación de la regulación, el financiamiento y la prestación de servicios. Es decir, los estados quedan con la responsabilidad política de la prestación de servicios y la obligación de garantizar los servicios esenciales, los medicamentos e insumos (37).

A un año de su puesta en operación, y aún dentro de la llamada etapa piloto, el académico de la UNAM Carlos Welti aseguró:

la cobertura del Seguro Popular de Salud no era universal para la población abierta, ya que existían criterios de selección asociados a programas como Oportunidades y el Seguro no sería un elemento que permitiera abatir el rezago en materia de salud. El SPS era sólo la punta de un iceberg que hacía evidente el inicio de la privatización de los servicios de salud; [...] buscando reducir el ámbito de acción del Estado en materia de salud, y transferir la responsabilidad a los individuos (38).

Por su parte, la doctora Gisela Espinosa opinó que el “Seguro Popular de Salud no solucionaba nada, porque su objetivo era cuantitativo y no atendía las necesidades de salud de la población; que el Paquete Básico de 78 intervenciones, no contemplaba la detección y tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas que afectaban principalmente a las mujeres, ni tampoco ofrecía servicios de hospitalización a pesar

de lo expresado por Vicente Fox”. Agregó que “desde hacía más de una década, el gobierno federal ya había comenzado un proceso privatizador que venía ocurriendo de modo silencioso y que con la administración foxista recobró nuevas fuerzas, pasando de una estrategia casi invisible a otra sistemática y cuidadosamente estructurada” (39).

En el mismo sentido, el secretario general del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), Roberto Vega Galina, manifestaba que el SPS no podía compararse al seguro social, porque el IMSS existía por ley, era un decreto constitucional y el seguro popular era un programa sexenal que ni tenía pies ni cabeza (40) ni daría solución al déficit de atención médica; solamente el “gobierno federal pretendía pasarle la responsabilidad a los ciudadanos al tener que pagar los servicios médicos que pretendía utilizar, evadiendo sus obligaciones de tipo constitucional” (40). A esta declaración se sumó el ex secretario general del SNTSS y fundador de la Federación de Jubilados y Pensionados Antonio Rosado García, planteando que “desde 1982 el Estado mexicano lleva a cabo ataques frontales contra las instituciones de salud del país, porque a través de las compañías de seguros y el SPS se está dando una paulatina privatización del sector salud” (40).

Desde el poder ejecutivo nacional, la Secretaría de Salud (SSA) realizó el Foro Nacional de Liderazgo en Salud en el mes de julio de 2003 con el objetivo de analizar las experiencias operativas que enfrentó el SPS en los estados donde comenzó a operar como un programa piloto. Al término del Foro, el director general de Reglas de Operación y Presupuesto de la Secretaría de Salud, Mauricio Bailón, reconoció que el objetivo del SPS no era proporcionar servicios oportunos de calidad, ni tampoco ampliar el cuadro básico de atención con

el que contaba, para incluir enfermedades crónicas y degenerativas como los cánceres y disfunciones motrices, sino incorporar en siete años a 45 millones de mexicanos no derechohabientes (40).

Otro actor fue el Consejo Nacional de Salud, instancia de planeación, programación y evaluación de acciones de las entidades descentralizadas de salud por los titulares de las instituciones de salud del país y los secretarios de salud, que realizaron trabajos preparatorios para la formulación del Seguro Popular de Salud a partir de diciembre del 2002. Durante 2003 el Consejo trabajó en comisiones, lo que desde el punto de vista de la secretaria de salud del Gobierno del Distrito Federal, Dra. Cristina Laurell, “no permitió un verdadero debate en el pleno sobre el tema, a pesar de las reiteradas denuncias”, además que solamente se presentaron informes a la sesión plenaria para su autorización (41).

Los temas que se abordaron fueron, a saber: el planteamiento del Sistema de Protección Social en Salud y la operación del Seguro Popular de Salud, la modificación de la Ley General de Salud, las estrategias alternativas innovadoras de operación y la revisión sobre experiencias tenidas en cuanto al abasto de medicamentos en las entidades que formaron parte de la etapa piloto. Así mismo, se revisaron los temas de las consecuencias organizacionales y presupuestales, las necesidades en la infraestructura, las reglas de operación y el catálogo de servicios, entre otros (42).

A estas inconformidades se sumaron las declaraciones del senador Miguel Ángel Navarro Quintero (PRI), secretario de la Comisión de Salud y Seguridad Social, quien opinó que “el hecho de dar un seguro popular con una medicina de prepago, no garantiza tener los recursos económicos suficientes para dar una atención ante una



demanda creciente de servicios” (35); de José de Jesús Díez de Bonilla Altamirano, coordinador general de Orientación y Atención al Derechohabiente del IMSS, quien opinó que “quieren utilizar la estructura ya saturada de lo que fue Coplamar, de lo que se llamó [sic] IMSS-Solidaridad hoy IMSS-Oportunidades, que ya da un servicio [sic]. Ahora quieren que demos ahí el servicio de lo que demagógicamente llaman un seguro popular...” (43); y de Gabriel Lara y Rocío Campos, integrantes de Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C., quienes afirmaron:

... en realidad se trata de una transferencia de responsabilidades del gobierno federal a los estados [...] aquellos estados con mayor necesidad de contribuir al Seguro Popular por contar con mayor población abierta son también aquellos con menos recursos y posibilidades financieras. Esta situación de desventaja con el tiempo agudizará la presente brecha entre aquellos estados con menor y mayor grado de desarrollo [...] el Seguro Popular está creando una estratificación dentro de la ya marginada población abierta (44).

Después de este debate, reseñado a través de estos actores, el 12 de noviembre de 2002 el Ejecutivo envió a la Cámara de Senadores la propuesta de modificación a la Ley General de Salud para la incorporación del SPS. El 24 de abril de 2003 se aprobó su modificación con el 92% de votos a favor y se turnó a la Cámara de Diputados. Allí el debate fue mayor porque el Partido de la Revolución Mexicana (PRD), en cumplimiento a un documento enviado por su líder Rosario Robles, se opuso a su aprobación; sin embargo, la suma de votos del Partido Revolucionario Institucional y de Acción Nacional la permitieron, y el 13 mayo de 2003 se firmó el decreto; éste se publicó el 15 mayo del mismo año en el Diario Oficial de la Federación. Junto con él se emitió una serie de reglamentos, reglas de operación y

lineamientos para la puesta en operación del SPS de manera complementaria.

7. Los cambios en la normatividad de salud en México y sus efectos en el estado de México en el período 2001-2006

La modificación a la Ley General de Salud de México entró en vigor a partir de enero de 2004, e incluyó el título tercero bis, “De la protección social en salud”, que integra diversos capítulos. En éstos se reparten 41 artículos a los que se les agregó el prefijo “bis” y se caracterizan porque en ellos se indica las partes del Sistema de Protección Social en Salud. En esta Ley (artículo 77 bis 1) se define:

la Protección Social en Salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención (45).

El Sistema de Protección Social en Salud son las acciones que provean los Regímenes Estatales de Protección en

Salud (REPS), entendidos éstos como las acciones de protección social en salud de los estados y el Distrito Federal, y la Secretaría de Salud coordinará las acciones. Por su parte el artículo 77 bis 3 aclara que los servicios de atención médica serán preferentemente a grupos vulnerables. Finalmente el artículo 77 bis 4 indica como la unidad de protección al núcleo familiar.

Después de la publicación de la reforma a la LGS, el 5 de abril de 2004 se publicó el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud” (RLGSMPS). En éste se regula el Sistema de Protección Social en Salud; está formado por cuatro títulos, los cuales trazan los aspectos generales que deberán cumplir los sistemas estatales de salud sobre afiliación, acreditación, evaluación y financiamiento del SPS. Este reglamento contribuye al marco normativo de la implementación del mencionado seguro en el territorio nacional.

En el estado de México, la aplicación de la reforma a las políticas nacionales de salud generó cambios en la organización de los Servicios Estatales de Salud. En el año 2000 surgió la Secretaría de Salud del estado de México, con la misma organización operativa ya existente. Además, se emitió el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado, en el cual se establece que esta institución tiene a su cargo el despacho de los asuntos que le encomiendan la Ley Orgánica de la Administración Pública del estado de México, el Código Administrativo del estado de México y otras leyes, así como decretos, reglamentos, acuerdos y órdenes que expida el gobernador de dicho estado, considerando el otorgamiento de los servicios básicos para garantizar el derecho a la protección de la salud.

de Salud (46) y, así mismo, dispone que el Instituto de Salud del estado de México es un órgano auxiliar de la Secretaría para el cumplimiento de sus metas. Siendo la parte operativa, el Instituto brinda los servicios médicos a la población mexiquense a través de la infraestructura de primer y segundo nivel de atención. Además, está dividido en 19 jurisdicciones sanitarias, las cuales, para su mejor operatividad, están distribuidas estratégicamente en todo el territorio mexiquense.

Otros cambios a la propia normatividad estatal en salud se realizaron para hacerla más compatible con la Ley General de Salud. Uno de ellos se produjo en el año 2002, y afectó al Código Administrativo, que tiene como objetivo regular, entre otros, la salud y la educación, a fin de promover el desarrollo social y económico en la entidad. Para ello, el gobierno estatal deberá establecer y velar por políticas sociales que contribuyan a que las familias mexiquenses tengan lo necesario para el disfrute de una vida con calidad, razón por la cual se reconoce como su obligación prestar los servicios de salud en el marco del federalismo y la concurrencia, establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Salud.

El documento dispone que la Secretaría de Salud del estado de México, la SSEM, tiene a su cargo la regulación de los servicios de salud y el Instituto de Salud del estado de México es el encargado de su operación, así como de ejercer el control sanitario. Se expresa como “finalidad garantizar y proteger el derecho a la salud de la población” y la SSEM ejercerá las atribuciones que en materia de salud le correspondan al titular del Ejecutivo estatal. También se describe la estructura del Sistema Estatal de Salud (SES) y se establece que éste tiene por objetivos proporcionar servicios de salud a



toda la población de la entidad y mejorar su calidad (47).

La misma estructura y obligación del SES se advierte en el Reglamento de Salud del estado de México (2002), teniendo en cuenta lo expresado en el artículo 4º de la Constitución del país. Además, se hace referencia al Consejo de Salud del estado de México, a la prestación de los servicios de salud, a las estructuras, programas y procedimientos en la prestación de diversos servicios, al Instituto de Salud del estado de México y a los institutos especializados (48).

En el ámbito de la programación de actividades, al inicio del sexenio 1999-2005 el Ejecutivo estatal presentó el Programa Estatal de Salud (PES). Éste contiene los programas que se implementaron en todo el territorio estatal, así como las competencias de las diferentes instancias del Sistema Estatal de Salud. Emitido por la Secretaría de Salud del estado, el PES se diseña en concordancia con el Programa Sectorial “Seguridad Social” del estado de México y la Ley General de Salud vigente (49) y plantea como objetivo general el otorgar servicios de salud a toda la población con equidad, calidad y eficiencia. A tal efecto, establece políticas como la cobertura universal de los servicios de salud, la participación de la comunidad en el desarrollo de los programas de salud, el fomento en la población de la cultura en salud, el fortalecimiento del Sistema Estatal de Salud, y plantea metas en relación con la problemática de salud pública de la población mexiquense.

Por su parte, el PES 2005-2011, presentado por el gobernador Enrique Peña Nieto, programa atender las necesidades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los mexiquenses, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos

y privados de salud, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y fortalecer el sistema estatal de salud, en particular sus instituciones públicas (50). Así, ha establecido estrategias como brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, contribuir al federalismo cooperativo en materia de salud y fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud del estado de México. A cada estrategia le planteó varias líneas de acción prioritarias y objetivos.

Un cambio identificado en este tipo de documentos es la existencia de la estrategia de “Protección financiera en materia de salud a toda la población”, a la cual se le estableció la línea de acción Protección Social en Salud. Su objetivo es que el total de la población en la entidad cuente con algún tipo de seguridad social en materia de salud, sin importar su condición laboral o socioeconómica (50). De esta manera, se especifica que con relación a la protección financiera, el estado de México participará concurrentemente con la Secretaría de Salud Federal, tanto en la consolidación del SPS como en los estudios que lleven a que este régimen avance en su operación en la entidad (50).

En concordancia con las metas nacionales, en el PSE 2005-2011 se proyecta afiliar a la población abierta, partiendo de 2.549.550 en el año 2006, para llegar a 7,8 millones en el año 2010, con una reducción del 75% en gastos catastróficos. Para cumplir con ello, se habrá de inducir a la población más desprotegida a invertir anticipadamente en servicios de salud, por lo que el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular de Salud también se difundirá entre la población del sector informal (desempleados, autoempleados, jornaleros, etc.). Así mismo, se vincularán los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios, apostándole a la portabilidad de beneficios y derechos.

También se plantea incrementar el número de intervenciones de alto impacto al Paquete Básico de Servicios de Salud, acreditar las unidades prestadoras de servicios y rediseñar y sistematizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia (50).

Argumentando fortalecer funcionalmente al Instituto de Salud del estado de México, en el año de 2004 a aquel se le hicieron una serie de modificaciones estructurales. En la sesión del 15 de marzo de 2005 el consejo interno del propio ISEM aprobó como parte del Instituto, la creación de la Unidad Estatal de Protección Social en Salud. Esta adecuación se derivó del acuerdo ISE/134/007, lo que permitió iniciar la institucionalización de la Unidad del Seguro Popular de Salud y con ello el Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Sus funciones se reorientaron a la administración de los recursos, compra de servicios a los prestadores, tutela de derechos y rendición de cuentas (51).

8. La implementación del SPS en los servicios de salud locales

Desde un punto de vista operativo, para la implementación del SPS durante la etapa piloto se firmaron acuerdos de coordinación entre los gobiernos de los estados y la Secretaría de Salud. En dichos acuerdos se determinaron las acciones operativas del programa, las competencias de ambas partes y su vigencia. De esta manera, apoyándose en su firma, se ofrecieron con servidores e infraestructura de los Sistemas Estatales de Salud las intervenciones ofrecidas por el SPS.

En el estado de México, el SPS se sumó operativamente a partir de octubre de 2002 (49,52,53), durante el sexenio 1999-2005, y fue ratificado por la firma del acuerdo el 20 de diciembre de 2002, en su etapa piloto. Según el texto, su vigencia inició el mismo

día y su publicación apareció recién el 30 de mayo de 2003. Entre los principales compromisos especificados en el acuerdo se puede mencionar el relativo a las metas de afiliación y el otorgamiento de los servicios a la población contratante por parte de los Servicios Estatales.

Para la puesta en marcha de la operación del programa se seleccionaron cinco municipios. Se contó con la visita de una comisión de diputados federales para conocer su desarrollo y solamente se tuvo una presentación en la Cámara Legislativa Local, para dar a conocer a sus miembros el novedoso programa nacional que se estaba piloteando (54), pero no existió ningún ejercicio legislativo.

El siguiente acuerdo, con entrada en vigor inmediata y de vigencia indefinida, se firmó ya en la etapa formal del programa, el 20 de enero de 2004. Su publicación, sin embargo, tuvo que esperar hasta el 11 de agosto de 2005. Su objetivo fue establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución del ahora ya Sistema de Protección Social en Salud en la entidad y la creación de la unidad administrativa estatal encargada del nuevo programa y los procedimientos de coordinación con la federación.

En cuanto al proceso de pilotaje en los servicios de salud, “su inicio fue de manera muy intempestiva en octubre de 2002” (49). Según las perspectivas de quienes participaron en este proceso, “no existió un trabajo de planeación, solamente se notificaron las metas de afiliación al Gobierno del Estado, la recaudación que se tenía que obtener y se determinaron los municipios donde iniciaría el programa” (49). Así mismo, “Se seleccionó personal con cargo de responsabilidad de algunas jurisdicciones médicas coordinadoras de los municipios identificados, y se le pidió que se sumaran al programa a algunos de



ellos se nos transfirió a la Ciudad de Toluca, para que apoyáramos en la parte administrativa del programa prometiéndonos incremento salarial, sin que eso llegara a suceder” (52). Además, “Se programó afiliarse a 20.000 familias pertenecientes a los tres primeros deciles de los municipios de Chalco, Valle de Chalco, Chimalhuacán, Nezahualcóyotl, Valle de Bravo y zona Mazahua” (54); pero “en el primer trimestre del año 2003 sólo había 2000 familias afiliadas, llegando solamente a 8000 en el mes de septiembre” (54).

En la opinión de estos actores, “si las metas de afiliación no se cumplieron, fue porque el programa no contó con los suficientes recursos económicos ni humanos” (52). Esta situación llevó a la firma de un convenio con el gobierno estatal para subsanar la deficiencia y aquel pagó la afiliación de familias en las zonas rurales (54), obligando al personal de campo a cumplir con las metas diarias de afiliación (55).

La normatividad para la afiliación emitida a nivel nacional se aplicó casi sin ninguna adecuación. El único ajuste fue que en cada uno de los centros de salud urbanos del municipio de Valle de Chalco se estableció un módulo de afiliación y orientación, en vez de uno en el hospital “Ancla” (49,53). Por otra parte, la estrategia planteada para la afiliación dio inicio con la difusión previa del programa en las micro-regiones determinadas, con el personal de campo de los centros urbanos (SSEM) (54).

Como primer contacto con la población, el programa se apoyó en los miembros del personal de campo de los centros urbanos, quienes primero se presentaron en la comunidad avisando que pasaría personal a contratar usuarios a un “programa novedoso” (53). Posteriormente, pasó el personal de la SSA repartiendo carteles y trípticos y perifoneo sobre el programa. También se realizaron

acercamientos más personales y de pláticas con grupos para informar sobre el programa, los objetivos y las ventajas programadas (55). En el trabajo de difusión y contratación “se insiste en que es un medio de protección financiera útil para evitar gastos o dejar de atenderse por falta de recurso”, se presentan las enfermedades que se encuentran en el Catálogo de Beneficios Médicos y se les especifica que teniendo el SPS no tendrán que pagar. Además, se les explicó la carta de derechos y obligaciones que tienen los afiliados (55). Las mayores dificultades se encontraron en la zona mazahua y se pueden atribuir a factores sociales como la influencia de los líderes, la desconfianza, el idioma, la falta de comprensión por la edad de las personas y la falta de cultura de prepago (49,53,55).

Desde el punto de vista de la población, los informantes opinaron que “la gente podía estar convencida de las ventajas del SPS; sin embargo, uno de los problemas que existía en todo el estado era la dificultad para pagar la cuota. Mucha gente vivía en pobreza extrema y no contaba con dinero para pagar aun la cuota más baja (\$ 65,00 al semestre) (55), cuestión que se resolvió una vez que el costo se derivó en un subsidio estatal.

En esta etapa piloto, la Secretaría de Salud de la Federación tuvo la responsabilidad de la afiliación de las familias, mientras que los servicios médicos fueron ofrecidos por los Servicios Estatales. No todo lo que se ofreció se otorgó, porque en los centros de salud había diferentes necesidades y en realidad sólo se ofreció lo que se tuvo (49,53). La SSA contrató a personas con nivel licenciatura y las capacitó como promotores (54,55).

Sobre el surtimiento de medicamentos “se tenía un sistema de compra y distribución de medicamentos especial para el SPS que operaba junto con Oportunidades. El

programa tenía sus propios almacenes, vehículos, sistemas de control de almacenes y de auditoría, prácticamente independientes al Instituto Estatal de Salud ya que funcionó como programa desconcentrado no como programa descentralizado” (49). En los centros de salud donde se dieron los servicios, existieron dos modalidades de control en las farmacias sobre medicamentos. En un modelo se dividieron los medicamentos, unos para la población abierta y otros para los usuarios del SPS. En el otro modelo no existió una división física, pero se llevó el control a través de registro.

Según el encargado de la farmacia, “la población afiliada tiene privilegios al solicitar el medicamento, ya que la dotación asignada inicialmente a la población es otorgada a los usuarios del programa, lo que no sucede de forma inversa” (55). En los hospitales no había medicamento dispuesto, solamente el necesario para las intervenciones quirúrgicas (49). “La gente afiliada debía buscar el medicamento en su Centro de Salud, el cual no siempre puede surtirlo”. Sobre los servicios, “se pretendía que el trato fuera igual para toda la población abierta o asegurada”. En cuanto a la referencia y la contrarreferencia no había información en los hospitales y se les negó el servicio a los usuarios (49,53).

En la actualidad, a diez años de haber iniciado el programa, éste continúa siendo implementado en los servicios locales de salud, no sólo del estado de México, sino de todo el territorio mexicano.

9. Discusión y conclusiones

En el diseño de una política pública y como parte normativa de la ejecución del contrato entre la sociedad y el Estado, se debe contar con la aprobación de la estructura que el pueblo ha puesto, como lo son las cámaras

legislativas. Las políticas pueden ser nacionales cuando su aplicación abarque todo el territorio. En este caso deben ser aprobadas por las cámaras correspondientes y su publicación debe ser en los órganos oficiales de injerencia nacional. También, dependiendo de su carácter, las políticas públicas pueden ser locales o estatales, con una cobertura circunscrita por límites geopolíticos; aquí el órgano legislativo propio de cada entidad federativa es el responsable de dar la legitimidad, por lo que la normatividad resulta ser nacional o estatal.

Se considera que en la elaboración de una política pública existen las etapas de formulación, reglamentación e implementación. En la etapa de formulación se pueden identificar a sus actores, quienes actúan y toman postura en relación con sus intereses de grupo, que son capaces de expresar claramente su posición ante los hechos en la correlación de fuerzas y generando presión al Estado. Su capacidad se las da su poder económico, su control sobre los medios de comunicación, o su capacidad para concentrar personas, y el resultado determina o tiene repercusión en las adecuaciones al marco normativo, en este caso de salud.

Considerando lo anterior, y al revisar la información presentada sobre el comportamiento que se tuvo en la etapa de formulación del Seguro Popular para incluirse en la normatividad nacional, se puede decir que el debate fue fundamentalmente cupular, limitado a los legisladores, secretarios de salud y académicos. En el legislativo nacional existió un fuerte debate, con una amplia participación de los representantes de los intereses del grupo empresarial, que le indica al Estado las estrategias fundamentales para continuar con el establecimiento de la reforma en las políticas de salud; entre ellas el pago por los usuarios de los gastos de salud que se generen durante su atención,



subsidiando exclusivamente a aquellos que estén catalogados por el propio Estado como “más pobres”; es decir, el establecimiento de programas focalizados. También existió la propuesta de la intervención creciente del capital con la participación de seguros privados, esquemas subrogados y prestación de servicios directos e indirectos. Por su parte, la respuesta del Estado, a través del Secretario de Salud, demostró su identidad no sólo para disciplinarse ante estos intereses, sino también para ser intelectual orgánico de los sectores empresariales. Esta misma disciplina se manifestó en la votación de los diputados de las bancadas priistas y panistas ante los perredistas, quienes no pudieron echar atrás la modificación de la Ley General de Salud.

En la modificación hecha a la Ley, se determina el papel rector de la Secretaría de Salud de la Federación y la obligatoriedad de los 32 servicios estatales de salud de otorgar los servicios ofrecidos por el SPS.

Como política pública estatal, y al comparar con el estado de México este proceso de formulación, se puede apreciar que a diferencia del proceso legislativo que se vivió a nivel nacional, en la entidad mexiquense no existió ninguno; aunque sí se dio la emisión y modificación de documentos normativos de salud. En ellos se reconoce el derecho a la salud establecido en el artículo 4º constitucional y se consiente y se contribuye a lo establecido en la Ley General de Salud sobre la rectoría de la federación y la descentralización en la prestación de los servicios de salud, reconociendo la obligatoriedad que tienen los servicios estatales de salud de prestar los servicios de salud.

Las modificaciones también se dieron en el aspecto programático de las actividades. Mientras que el Programa Estatal de Salud 1999-2005 planteó atender las necesida-

des de salud de la población, el Programa 2005-2011 ya considera que aún “no todas las familias del Estado tienen protección financiera en salud”, dando como aceptada la existencia del SPS, y propone que el total de la población cuente con algún tipo de seguridad social en materia de salud. A este fin se plantea participar concurrentemente con la federación en la consolidación del mencionado seguro y su operación, considerándolo así una estrategia de protección financiera.

Una característica del segundo Programa de Salud es que se propone inducir “a la población más desprotegida a invertir anticipadamente en servicios de salud, en un seguro de salud popular universal y equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos (50), vinculando la asignación de los recursos con la demanda y no con la oferta de servicios”. Este planteamiento es estratégico, porque está obligando y condicionando a los servicios de salud locales a invertir en ellos solamente si tienen población afiliada al SPS; de lo contrario no recibirán recursos.

La revisión de los documentos estatales permite ver que a pesar de que su fecha de emisión está dentro del período de implementación del SPS en la entidad, no aparece en ninguno de ellos y de manera sorpresiva surge en el Programa Estatal de Salud 2005-2011.

La implementación del SPS en la entidad comenzó en la etapa piloto, durante el sexenio estatal 1999-2005; los servicios de salud a los contratantes fueron y siguen siendo proporcionados por la propia estructura de salud estatal.

Con los cambios realizados a la Ley General de Salud en 2004, la firma de los acuerdos de colaboración y las modificaciones a la normatividad de salud mexiquense, el SPS

se incorporó a la agenda sanitaria estatal, sin el proceso legislativo correspondiente, como sí se dio a nivel nacional. Además, en cumplimiento de todo este marco normativo, el 15 de marzo de 2005 se creó la Unidad Estatal de Protección Social en Salud, lo que permitió su institucionalización, y con todo ello el Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

Esta información se puede confirmar al contrastarla con la proporcionada por los entrevistados, quienes tuvieron la experiencia de ver el inicio de la implementación del Seguro Popular de Salud en el territorio mexiquense. Finalmente, se puede concluir que el proceso de formulación e implementación del Seguro Popular de Salud en el Estado de México no cumplió con el procedimiento que debió llevar como parte de las políticas públicas estatales, procedimiento que sí se realizó a nivel nacional, y para su introducción en el marco normativo estatal se utilizaron “vías alternas” como lo fue el cumplimiento de los diferentes documentos estatales, en los cuales existe una aceptación del cumplimiento de la Ley General de Salud, documento en el cual y a partir de 2004 existe el Sistema de Protección Social en Salud, operativamente llamado Seguro Popular de Salud.

Referencias bibliográficas

1. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Oportunidades y riesgos en la gestión de la economía mundial, Banco Mundial: Washington; 1998.
2. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial. Washington: Banco Mundial; 1993.
3. Tetelboin, C. Evaluación de propuestas internacionales en el decurrir de las políticas y las instituciones de salud en América Latina. En: Mercado A, Mercado FJ, editores. La evaluación de programas y servicios de salud en América Latina. Enfoques emergentes [en prensa].
4. Lenin VI. El estado y la revolución. Capítulo I: La sociedad de clases y el Estado. 1. El Estado producto del carácter irreconciliable de las contradicciones de clase. S/f. Consultado en: http://quebracho.org.ar/inicio/documentos/Lenin_Estado_y_Revolucion.pdf
5. Granados JA, Tetelboin C. Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios En: ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. México: OPS-UAM-Unam-FES Zaragoza-IPN; 2006.
6. Tetelboin C, Granados JA, Tournier N, Tavernier P. Alternancia y política de salud en México. Revista Estudios Sociológicos, Colmex. 2005; 67: 75-93.
7. Tetelboin C, Granados JA. Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México. Argumentos (México, UAM). 2000 abril; 35: 45-58.
8. Tetelboin C. Balance del sistema privado de pensiones de Chile. En: Brachet-Márquez V, coordinadora. Salud pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal. Argentina, Brasil, Chile y México. México: El Colegio de México; 2007.
9. Tetelboin C. La otra cara de las políticas sociales. En: Vilas, coordinador. Políticas sociales en América Latina. Caracas, Venezuela: Ediciones Nueva Sociedad/UNAM; 1995.
10. Valencia LE, et ál. Los dilemas de la política social. ¿Cómo combatir la pobreza? México: Universidad de Guadalajara-Iteso-UIA; 2000.
11. Dye T. Understanding public policy. New Jersey, EE.UU: Prentice Hall; 1995.
12. Brachet-Márquez V. El pacto de dominación, Estado, clase y reforma social en México (1910-1995). México, DF: El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos; 1996.
13. Salinas Figueredo D, Tetelboin C. Las condiciones de la política social en América Latina. Revista Papeles de Población, Nueva Época (Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, UAEM). 2005 abril-junio; 11 (44).
14. Oszlak O. Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Buenos Aires: Cedes; 1980.
15. Salinas Figueredo D. Lo social desde la política. Papeles de Población (Toluca, UAEM). 2000 abril-junio; 24.
16. Tetelboin C. Problemas en la conceptualización de la práctica médica. Memorias del VIII Coloquio Internacional de Antropología Física “Juan Cómas”, Unam/INAH, 1997.
17. Laurell AC. La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. Saúde e Sociedade (Sao Paulo). 1993.



18. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Fundación Friedrich Ebert-ERA; 1996.
19. López O, Blanco J. Los retos en salud para el fin de siglo. En: Gutiérrez E, coordinadora. El debate nacional: libro 5. La política social. México, DF: Diana; 1997.
20. López O, Blanco J. La polarización de la política de salud en México. Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2001 jan-fev; 17(1): 43-54.
21. López O, Blanco J. Salud y “nuevas” políticas sociales en México. En: Peña F, Alonzo LA, coordinadores. Cambio social, antropología y salud. México: Conaculta/INAH; 2006.
22. Tetelboin C. La ciudadanía restringida en el derecho a la salud. En: Salinas D, coordinador. Democratización y tensiones de gobernabilidad en América Latina. México: Fundación Ebert y Gernika Ediciones; 2006.
23. Infante A, De la Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situaciones y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública (México). 2000; 8 (1/2): 13-20.
24. Rivas Loria P. La descentralización de la provisión de los servicios de salud. OPS/OMS, s/f. Consultado en: www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-x-taller03-rivas.pdf
25. Díaz R. La vivencia en la circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia. Alteridades. 1997; 7 (1): 5-15.
26. Venegas JM, Garduño R. Crecimiento sustentable y con calidad, la meta del gabinete: Fox. La Jornada, Política. 2000 noviembre 2; p. 3.
27. Venegas JM. Ni Pemex ni CFE se privatizarán, afirmó Fox en su toma de posesión. La Jornada, Política. 2000 diciembre 2; p. 3.
28. Soberón Acevedo G. La participación del Sector privado. Ponencia presentada en el Simposio La reforma del Sistema Nacional de Salud, organizado por Funsalud y realizado el 18 de abril de 2001 en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina, México. Gaceta Médica de México. 2001 septiembre-octubre; 137 (5): 437-43.
29. Funsalud. Discurso: Hacia un México más saludable. Reunión del Consejo Directivo con el Presidente de la República, 2001. Consultado en: <http://www.funsalud.org.mx/quehacer/conferencias/reunioncd-may8/soberon.htm>.
30. Leal G, Martínez C. Reorientaciones en la política de salud y seguridad social. Revista Papeles de Población (Toluca, México, Ed. UAEM). 2002 octubre-diciembre; 34: 107-33.
31. SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001.
32. Instituto Nacional de Salud Pública. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. 1ª. ed. México: INSP, Colección Cuadernos de Salud Pública; 2005.
33. Luna González J. Historia de desencuentros en las reformas a la Ley. Imagen Médica [Internet]. 2001 diciembre 11. Consultado en: http://www.imagenmedica.com.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=551:historia-de-desencuentros-en-las-reformas-a-la-ley-del-imss&catid=107:diciembre-2001
34. Venegas JM. Nueva estrategia de desarrollo humano y social a partir del 1º. de enero, anuncia Fox, Se creará un seguro popular y se expedirá la carta de los derechos de los pacientes La Jornada, Política. 2011 diciembre 12.
35. Cardona V. Julio Frenk, el secretario ficción La salud y el primer año mágico. Imagen médica [Internet]. 2001 diciembre 21. Consultado en: http://www.imagenmedica.com.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=553:julio-frenk-el-secretario-ficcion&catid=107:diciembre-2001
36. Luna González J. Alonso Raya: El seguro popular es un fracaso, La seguridad social, asunto sumamente delicado. Imagen Médica [Internet] 2003 octubre 3. Consultado en: http://www.imagenmedica.com.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=884:alonso-rama-el-seguro-popular-es-un-fracaso&catid=131:octubre-2003
37. Senado de la República, Diario de debates 18 enero 2003. Consultado en: http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=3&sm=1&lg=LVIII_III
38. Ayala G. Todavía insuficientes los avances en materia de salud. Gaceta UNAM, Sección La Academia [Internet]. 2003 abril 7; p. 13 Consultado en: <http://www.dgcs.unam.mx/gacetaweb/2003/07abr03.pdf>
39. Martínez M. Avanza privatización del sector Salud en México. Con el Seguro Popular inicia la segunda etapa No es casual el abandono. Cimac Noticias [Internet]. 2003 agosto 5. Consultado en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/noticias/03ago/s03080501.html>
40. Martínez M. Enterrará el seguro popular a la seguridad social, privatización disfrazada, afirman candidatos a diputados. Cimac Noticias [Internet]. 2003 junio 10. Consultado en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/noticias/03jun/03061007.html>
41. Entrevista realizada para la investigación a Asa Cristina Laurell, ex secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal e integrante del Consejo Nacional de Salud, julio de 2007.
42. SSA. Informe de las reuniones del Consejo Nacional de Salud, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006.
43. Luna González J. El seguro popular es demagógico, compras a granel para abatir el desabasto: Díez de Bonilla. Imagen Médica [Internet] 2003

- junio 20. Consultado en: http://www.imagenmedica.com.mx/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=853:diez-de-bonilla-el-seguro-popular-es-demagogico&catid=127:junio-2003
44. González Méndez J. Ley sin fondeo. La Jornada. 2005 marzo 7. Suplemento Semanal.
45. SSA, Secretaría de Salud, Ley General de Salud, México, 2004.
46. Secretaría de Salud del Estado de México (SSEM). Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado de México. Gaceta de Gobierno (Toluca). 2002.
47. Secretaría de Salud del Estado de México (SSEM). Código Administrativo del Estado de México. Gaceta de Gobierno (Toluca). 2002.
48. Secretaría de Salud del Estado de México (SSEM). Reglamento de Salud del Estado de México. Gaceta de Gobierno (Toluca). 2002.
49. Entrevista realizada para la investigación a Francisco Javier Portillo Ponce, primer responsable del SPS en el Estado de México, 2007.
50. Secretaría de Salud del Estado de México (SSEM). Programa Estatal de Salud. (2005-2011). Gaceta de Gobierno (Toluca). 2005.
51. Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Manual general de organización del Instituto de Salud del Estado de México. México: Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud. 2005.
52. Entrevista realizada para la investigación a José Alberto Guevara Vázquez, primer responsable del programa de difusión del SPS en el Estado de México, 2007.
53. Entrevista realizada para la investigación a Virginia Hernández Mendoza, primera responsable del programa de afiliación al SPS en el Estado de México, 2007.
54. Nigenda G, Bejarano Arias R, Rosales Martínez Y, Ruiz Larios JA. Evaluación de la gestión en la operación del Seguro Popular de Salud 2003. México: Funsalud; 2004.
55. Entrevista realizada para la investigación a Irma Pulido Vázquez, médica afiliadora en la etapa piloto, 2007.

