

El aseguramiento de la salud en México y sus tendencias. Del mito al hito

Health insurance in Mexico and its trends. From the myth to the target

Javier Santacruz-Varela¹.

RESUMEN

El aseguramiento de la salud tiene sus orígenes en el siglo XIX y en México la primera institución pública de seguridad social fue creada en 1943. Si bien el derecho a la protección en salud es una antigua aspiración de la población, fue hasta 1948 cuando la salud se reconoció como un derecho por la Organización de Naciones Unidas. Durante casi seis décadas, el aseguramiento público de la salud en el país se circunscribió a la población con empleo formal, a través del mecanismo de la seguridad social, pero ese mecanismo mostró su agotamiento a principios del siglo XXI, cuando poco más del 40% de los habitantes no contaba con un seguro público de salud. Debido a ello, el Gobierno Federal estableció en 2004 un mecanismo innovador denominado Seguro Popular de Salud (SPS), para garantizar financieramente la atención de la población sin seguridad social. En tan solo cinco años este nuevo mecanismo logró incrementar sustancialmente la proporción de asegurados de 52% por instituciones de seguridad social en el 2004, a casi 83% en el 2008. La tendencia indica que con apoyo del SPS, en el 2010 se logrará asegurar a más del 90% de la población nacional, por lo que es probable que en 2012 se logre el aseguramiento universal de la salud en el país. Para conservar e incrementar el aseguramiento logrado, será necesario contrarrestar el desempleo, mantener el crecimiento económico, seguir aportando fondos públicos al SPS y mejorar la gestión del presupuesto destinado a la salud.

Palabras clave: aseguramiento en salud, seguridad social, seguro popular de salud.

ABSTRACT

Health insurance has its origins in the XIX century and while the right to health protection is an old social aspiration, it wasn't until 1948 when it was recognized as a right by the United Nations. Mexico's first public institution of social security was created in 1943, for nearly six decades, public health insurance in the country was limited to the population in formal employment, through mechanisms of social security, but that mechanism proved to be limited when in the early XXI century, over 40% of the population had no access to public health insurance. As a result, the Federal Government established in 2004 an innovative mechanism called Popular Health Insurance (SPS) to financially guarantee access to health care for those without social security. In just five years this new mechanism was able to substantially increase the proportion of insured population from 52% by social security institutions in 2004, to almost 83% in 2008. The trend indicates that in 2010 SPS will contribute to successfully cover over 90% of the national population, so in 2012 we may achieve universal health insurance in the country. To preserve and further increase these accomplishments, it will be necessary to counteract unemployment, maintain economic growth, continue to provide public funds for SPS and improve health budget management.

Key words: health insurance, social security, popular health insurance.

¹ Dirección de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.

Artículo recibido: 20 de septiembre de 2010; Artículo aceptado: 4 de octubre de 2010

Correspondencia: Dr. Javier Santacruz Varela, Dirección de Difusión de la CONAMED. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: santacrj@conamed.gob.mx.

INTRODUCCIÓN

Las primeras organizaciones equivalentes a las actuales aseguradoras surgen en las culturas de Asiria y Babilonia hace más de 4000 años y consistían en fondos comunes para ayudar a los desvalidos. Los primeros intentos para asegurar la atención de los enfermos aparecen en la China antigua, donde las personas pagaban al médico una suma de dinero cuando estaban sanas y dejaban de pagar cuando se enfermaban o tenían alguna invalidez.

El concepto de seguro fue utilizado por primera vez en 1694 por Hugo el Chamberlen Viejo, pero fue a fines del siglo XIX que los seguros se empezaron a desarrollar para cubrir el peligro de accidentes ferroviarios o por barcos de vapor. La primera compañía aseguradora fue la *Reilwei Passingers Assurance Company of London* y en Estados Unidos se fundó una similar en 1850 con el nombre de *Franklin Compañía de Seguros de Massachussets*.¹

Las compañías de seguros de salud surgen en el siglo XIX y en Estados Unidos la primera fue la *Massachusetts Health Insurance of Boston*, fundada en los años de la guerra civil (1861-1865). Al iniciar el siglo XX se crean los primeros seguros de hospitalización, en 1910 se agrega el tratamiento médico y en 1916 los cuidados de enfermería.^{2,3} Durante los años veinte se empiezan a ofrecer servicios médicos mediante "prepagos" y a mediados del siglo XX Estados Unidos define políticas de gastos médicos y hospitalización.⁴

No obstante que la seguridad social y la seguridad por la atención médica han sido aspiraciones muy antiguas de la humanidad, fue hasta 1948 cuando las Naciones Unidas las reconoce como un derecho en los artículos 22 y 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El primero de ellos establece que "toda persona tiene derecho a la seguridad social" y el segundo señala que, "el derecho a la asistencia médica, aún en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".⁵

Si bien los países han procurado lograr la universalización de la seguridad social y la salud para sus habitantes, pocos lo han conseguido y al contrario, en algunos casos se ha deteriorado. Por ejemplo, en Estados Unidos en el año 2000 existían 38 millones (14% de su población) sin seguro de salud y en 2007 esa cifra aumentó a 48 millones (16%). De los países miembros del Organismo de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), Estados Unidos, México y Turquía, no tienen cobertura universal del seguro de salud.⁶

El objetivo de este trabajo es demostrar la hipótesis de que México está avanzando hacia la cobertura universal del aseguramiento en salud y aportar algunos datos que permitan estimar la factibilidad financiera de los mecanismos implementados en la primera década del actual

siglo, para lograr el aseguramiento público de la población sin seguridad social.

El aseguramiento de la salud en México

Por más de medio siglo el aseguramiento público de la salud en México estuvo vinculado al desarrollo de la seguridad social y esta a su vez, al crecimiento del empleo formal. Dicho aseguramiento se inició en 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que otorga servicios de seguridad social a trabajadores formales y sus familiares, lo que incluyen el seguro de enfermedad y maternidad, así como otros beneficios como pago por incapacidades y pensión por invalidez o por edad avanzada.⁷ El financiamiento del seguro de enfermedad y maternidad es tripartita, ya que es aportado por empleadores, trabajadores y el Estado, en proporción aproximada de 70%, 25% y 5%, respectivamente.

En 1959 se fundó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para proteger a trabajadores de la administración pública federal y sus familiares.⁸ El financiamiento del seguro de salud es bipartita ya que lo aportan trabajadores y Gobierno Federal, en aproximada el 27% y 73%, respectivamente.

La seguridad social en México incluye otras instituciones que son: el Sistema de Servicios de Salud para los Trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, que protege a los militares de la Secretaría de la Defensa Nacional-SEDENA y de la Secretaría de Marina-SEMAR.^{9,10}

Por otra parte, existen además dos segmentos pequeños de población con seguro de salud, los inscritos en aseguradoras privadas y los incorporados al Régimen Voluntario del IMSS. El primero corresponde a personas de ingresos medios y altos así como a trabajadores de los sectores público y privado, cuyas empresas financian total o parcialmente su seguro de salud. El segundo es para personas que no dependen de un patrón y para trabajadores de la administración pública no incorporados al ISSSTE, así como para algunos trabajadores del campo.¹² La Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño del 2003, refiere que el total de asegurados por estos dos mecanismos era del 1.0% de la población nacional, pero una publicación de 2008 de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, AC (AMIS), refiere que el total de incorporadas a seguros privados ascendía al 3.0%.¹¹

A fines del siglo XX el sistema de aseguramiento en salud de México sólo incluía a personas afiliadas a la seguridad social, así como a las incorporadas a un seguro privado y al Régimen Voluntario del IMSS. Estos tres mecanismos de aseguramiento los llamaremos "aseguramiento formal", debido a que en todos ellos hay una

relación contractual o póliza entre asegurador y asegurado, que define los servicios de salud a los que se tiene derecho. Hasta principios del siglo XXI estos mecanismos habían sido insuficientes para lograr el aseguramiento universal, ya que solo incorporaban a casi la mitad de la población nacional.

No obstante que en 1983 se reformó el artículo 4º de la Constitución Política de México para incorporar el derecho a la protección de la salud y en 1984 se decretó por primera vez la Ley General de Salud para ejercer ese derecho,^{13,14} el Estado no había puesto en práctica mecanismos para mejorar sustancialmente la tasa de "aseguramiento formal". Un estudio basado en datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño de 2002-2003, refiere que en esos años el 59,9% no tenía ningún seguro médico.¹⁵ Otro estudio realizado en 2004, refiere que la población no asegurada era de 57.5 millo-

nes de personas.¹⁶ Es decir, a principios del actual siglo más de la mitad de la población nacional vivía con la incertidumbre de no tener garantizada la atención médica, particularmente si era pobre, debido a que no contaba con una póliza de seguro de salud, ni pública ni privada.

Además, en el país había inequidades marcadas en materia de aseguramiento en salud entre los diferentes Estados del país. El de mayor proporción de personas aseguradas llegaba al 71.5% y el de menor proporción solo al 17.3%, es decir, cuatro veces menos. Por otra parte, haciendo un análisis regional de la tasa de aseguramiento en salud, eran evidentes las diferencias entre los Estados del norte, centro y sur del país. El factor decisivo lo marcaba principalmente el número de afiliados al IMSS, dicho de otro modo, estaba determinado por tasa de empleo formal. El cuadro 1 muestra las diferencias antes descritas.

Cuadro 1. Descripción abreviada de la proporción de personas con seguro de salud en 2002-2003

ENTIDAD	SIN ASEGURAMIENTO	CON ASEGURAMIENTO					TOTAL DE ASEGURADOS
		IMSS	ISSSTE	OTRA INSTITUCIÓN	SEGURO DE AFILIACIÓN VOLUNTARIA	DOBLE SEGURO	
NACIONAL	60.0	29.5	5.1	3.0	1.0	1.4	40.0
ESTADO CON MAYOR TASA DE SEGURO	28.5	56.2	4.5	3.9	3.5	3.4	71.5
ESTADO CON MENOR TASA DE SEGURO	82.7	7.7	6.8	1.7	0.9	0.2	17.3
PROPORCIÓN DE ASEGURAMIENTO POR ZONAS GEOGRÁFICAS DE MÉXICO							
NORTE	47.6	34.8	5.8	2.8	1.0	1.2	52.4
CENTRO	59.8	30.0	5.0	1.9	1.3	2.0	40.2
SUR	70.2	20.3	4.6	3.6	0.8	0.5	29.8

Fuente: Construcción propia con datos de Secretaría de Salud; Dirección General de Evaluación en Salud. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. 2003.

Para enfrentar el problema del déficit de aseguramiento en el país, en el 2003 se reformó la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el denominado Seguro Popular de Salud (SPS), que entró en operación en 2004 para asegurar financieramente a la población sin seguridad social.¹⁷ Mediante este mecanismo se protege la salud de personas de escasos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por

cuenta propia y no están afiliadas a la seguridad social. La afiliación es por familias y previamente se realiza estudio socioeconómico el cual determina si se les incorpora mediante un régimen contributivo o no contributivo. Las familias de los deciles I y II quedan exentas de pago y las restantes pagan una cuota de afiliación de acuerdo a su situación económica.¹⁸ El cuadro 2 muestra las cuotas del 2008.

Cuadro 2. Cuota anual familiar de incorporación al Seguro Popular de Salud*

DECIL DE INGRESO	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
CUOTA ANUAL FAMILIAR (EN PESOS)	0.00	0.00	713.96	1,400.04	2,074.97	2,833.56	3,647.93	5,650.38	7,518.97	11,378.86

Fuente: D.O.F. Cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud. 2008.

* En pesos mexicanos de 2008.

Las familias afiliadas reciben servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, que en el 2008 incluía 266 intervenciones y para 2009 se incrementaron a 275. Estas se encuentran descritas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).¹⁹

Además del mecanismo del SPS, en el 2006 se puso en marcha una estrategia adicional denominada seguro médico para una nueva generación, mediante la que se asegura a todos los recién nacidos sin seguridad social y hasta que cumplan cinco años de edad.²⁰ Complementariamente, en el 2008 se agregó otra estrategia conocida como “caravanas de la salud”, para asegurar a la población de 125 municipios de siete entidades del país con el menor Índice de Desarrollo Humano, donde radican 1.2 millones de personas.²¹

Impacto de las políticas públicas en el aseguramiento en salud.

Las políticas públicas de aseguramiento universal de la salud de los mexicanos, iniciadas hace poco más de sesenta años, reflejan un avance considerable pero aún no logran ese objetivo. Durante muchos años el seguro público de salud estuvo circunscrito al mecanismo de la seguridad social, lo que solo permitió asegurar a cerca del 50% de la población del país. La decisión del Gobierno Federal de incorporar durante el primer lustro del siglo XXI un nuevo mecanismo de aseguramiento para la población sin seguridad social, es sin duda la política más trascendente en las últimas décadas en materia de aseguramiento. El cuadro 3 muestra los datos de aseguramiento, tomando como año de base 1990.

Cuadro 3. Población con seguro público de salud. 1990 – 2008

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN AFILIADA A INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SEGURIDAD SOCIAL	PORCIENTO DE POBLACIÓN CON SEGURIDAD SOCIAL (%)	POBLACIÓN CON SEGURO POPULAR	TOTAL DE POBLACIÓN CON SEGURIDAD SOCIAL Y SEGURO POPULAR	TOTAL DE POBLACIÓN CON ASEGURAMIENTO EN SALUD (%)
1990	83,971,014	48,028	57.2			
2000	98,438,557	59,231	60.2			
2001	99,715,527	58,929	59.1			
2002	100,909,374	59,295	58.8			
2003	104,213,503	N.D.	N.D.			
2004	105,349,837	54,745	52.0	5,318,289	60,063,289	57.0
2005	106,451,679	57,909	54.4	11,404,861	69,313,861	65.1
2006	107,525,207	61,161	56.9	15,672,374	76,833,374	71.5
2007	105,790,725	63,880	60.4	21,834,619	85,714,619	81.0
2008	106,682,518	61,156	57.3	27,167,787	88,324,785	82.8
2009*				31,132,949		

Fuente y Nota técnica: Construcción propia con datos publicados por INEGI en Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 2009. Las fuentes son: Hasta 2000 SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios (varios años) México, D.F.; de 2004 a 2008 SSA. Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos (varios años) México, D.F. La población con seguridad incluye afiliados al IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA y Servicios Estatales de Seguridad Social. Del 2005 al 2008 las cifras no incluyen los asegurados por la SEDENA. En el 2004 se reforma la Ley General de Salud y se establece formalmente el Seguro Popular, como nueva forma de protección social a cargo de la Secretaría de Salud. * Seguro Popular; informe de resultados 2009.

El cuadro muestra que México tiene actualmente diversos mecanismos de aseguramiento público de la salud, los que en conjunto han permitido un avance sustancial hacia la cobertura universal. También se puede apreciar que el mecanismo de mayor impacto en los últimos años es el del Seguro Popular. En el 2004 solo 52% de la población tenía seguro público de salud a través de la seguridad social y ese porcentaje aumentó a 57% en el 2008. Sin embargo, si se toma en cuenta la población incorporada al Seguro Popular hasta este último año, la cifra global con seguro de salud se incrementa a 82.8% (Seguridad Social más Seguro Popular) en el 2008. Estas cifras muestran que el Seguro Popular "per se", en ese año contribuyó con 25.8% del total de asegurados y por otra parte, que en tan solo cinco años logró asegurar casi el 50% de lo que la seguridad social consiguió en casi 65 años.

Las cifras anteriores evidencian sin duda un avance importante de México en la "cobertura del aseguramiento público de salud". Sin embargo, otra faceta importante del aseguramiento que también es necesario evaluar, es la relacionada con la "calidad del aseguramiento". La evaluación de esta faceta del aseguramiento se aborda en este trabajo desde dos dimensiones: la primera valora la amplitud de servicios que cubren los diferentes tipos de aseguramiento público existentes, el de la Seguridad Social y el del Seguro Popular y la segunda, valora la percepción de los asegurados con la calidad de atención.

En la primera de estas dos dimensiones se encontraron diferencias en la cartera de servicios de salud que ofrecen las instituciones de seguridad social y el Seguro Popular de Salud. Las primeras proporcionan cobertura total de servicios de salud a los asegurados, ya que prácticamente cubren sin límites los servicios de consulta externa, hospitalización, cirugía y medicamentos. Por el contrario, el SPS ofrece a sus asegurados una cartera de servicios limitada a ciertas intervenciones, que en 2008 eran 266 definidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y clasificadas en los siguientes seis grupos:

- Salud Pública. Consiste en 25 intervenciones relacionadas con servicios de prevención y detección de enfermedades, tales como vacunación, detección de diabetes e hipertensión arterial, diagnóstico oportuno y atención especializada de adicciones.
- Consulta de Medicina General o Familiar y de Especialidad. Incluye 100 intervenciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades en población infantil y adulta, tanto de padecimientos agudos como crónicos.
- Odontología. Incluye 8 intervenciones indispensables para lograr la salud bucal de todos los miembros de la familia, como la atención de caries y enfermedad periodontal.

- Urgencias. Consiste en 26 servicios para atender situaciones que ponen en peligro la vida y de otras que son traumáticas para la persona y requieren atención urgente.
- Hospitalización. Comprende 38 intervenciones de patologías que requieren la estancia hospitalaria y el manejo interdisciplinario del personal médico y de enfermería.
- Cirugía General. Incluye 69 servicios para atender problemas agudos y crónicos, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica.

Estos servicios se proporcionan en establecimientos de salud acreditados por la Secretaría de Salud, los que cuentan con financiamiento federal a través de la Secretaría de Salud, pero son operados y administrados por los Servicios Estatales de Salud de las Entidades Federativas del país. Para financiar intervenciones de alto costo, el SPS tiene un fondo de gastos catastróficos que permite proteger a la población de gastos catastróficos y empobrecedores, cuya eficacia ha sido estudiada encontrando por ejemplo que los afiliados al SPS tienen 14.2% menos gasto en medicamentos que los no asegurados.^{22,23,24,25}

En cuanto a la dimensión para evaluar la calidad del aseguramiento público, la relacionada con la percepción de los usuarios con los servicios recibidos, en el SPS se realizaron en el 2008 dos encuestas de satisfacción a personas de ambos sexos de 15 años o más y que utilizaron sus servicios. Se encuestaron aproximadamente 13,000 personas en 435 unidades médicas de los 32 Estados del país y en ambas encuestas el porcentaje de "muy satisfechas" con la atención fue de 76% y 73%, respectivamente. Si se agregan las personas "satisfechas", el porcentaje aumenta a 96% y 95%, respectivamente.²⁶ En la figura 1 se muestran los resultados y se observa una amplia variación, ya que en la de junio el rango de muy satisfechos es de 49% a 95% y en la de diciembre de 56% a 87%.

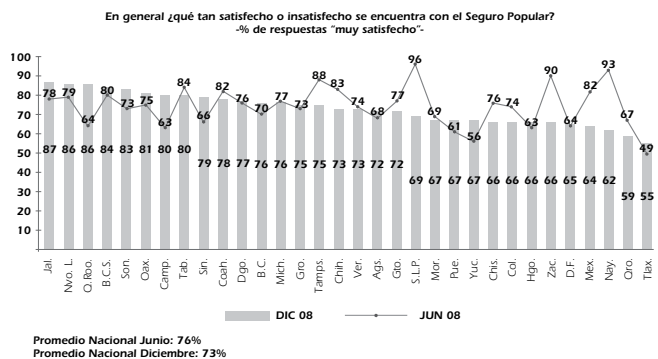


Figura 1. Encuesta de satisfacción de usuarios del Seguro Popular. Junio y Diciembre de 2008
Fuente. Tomada de la Encuesta aplicada por Building Business Through Innovation, a usuarios del Seguro Popular. 2008.

En cuanto a la satisfacción de las personas aseguradas por la seguridad social, debido a que existen cinco instituciones en el país y a la falta de una encuesta de satisfacción uniforme entre ellas, se decidió tomar como referencia la efectuada por el IMSS, por ser la institución más antigua y emblemática de la seguridad social en México.

En el 2009 esa institución realizó la Encuesta Nacional de Derechohabientes de Servicios Médicos en una muestra de 29,406 personas, de las que el 69% fueron usuarios del primer nivel y el 31% del segundo nivel, en sus 36 Delegaciones Administrativas.²⁷

Los resultados muestran que las personas satisfechas y algo satisfechas con los servicios del IMSS fueron en promedio 77%, con un rango de 70% a 88%, como se muestra enseguida.

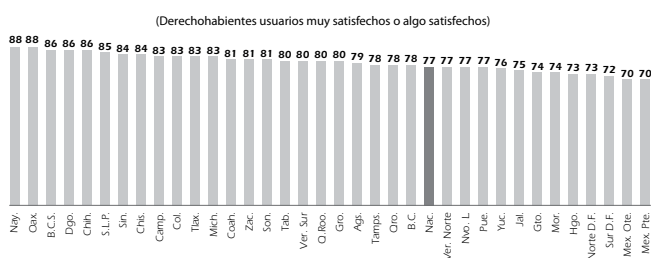


Figura 2. Encuesta de satisfacción en derechohabientes del IMSS. Noviembre de 2009

Fuente: Tomada de la Encuesta Nacional de Derechohabientes de Servicios Médicos del IMSS. 2009

En resumen, además del avance considerable en la “cobertura del aseguramiento público de salud”, la “calidad del aseguramiento público” también muestra importantes logros, los cuales aún se pueden mejorar tanto en el SPS como en el IMSS.

Perspectivas de la factibilidad financiera del aseguramiento público en salud.

La sostenibilidad de los actuales mecanismos de aseguramiento público de salud, depende de un conjunto de variables relacionadas con la tendencia demográfica, el crecimiento económico del país, el comportamiento del empleo formal, la asignación de fondos públicos al sector salud y de otras variables relacionadas con la gestión de los servicios.

En relación a la dinámica demográfica del país y tomando como año de base 1990, en los últimos 20 años la esperanza de vida se incrementó en poco más de cinco años, ya que de 70.6 años en 1990 aumentó a 73.9 en el 2000 y a 75.4 en el 2010. De acuerdo a proyecciones efectuadas por el Consejo Nacional de Población, la expectativa de vida llegará a 77.1 en el 2020 y a 78.8 años en el 2030. Ese aumento impactará en las próximas dos décadas en el gasto por pensiones como en el gasto para atender padecimientos crónico degenerativos de alto costo y por un mayor número de años. La evolución y tendencia de algunos indicadores demográficos seleccionados, se muestran en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Indicadores demográficos seleccionados. 1990-2030.

INDICADOR	1990	2000	2010	2020***	2030***
POBLACIÓN TOTAL A MITAD DE AÑO	83 971 014	98 438 557	108 396 211	115 762 289	120 928 075
TASA BRUTA DE NATALIDAD*	28.8	24.5	17.8	15.7	13.6
TASA BRUTA DE MORTALIDAD*	5.6	4.9	5.0	5.6	6.6
TASA DE CRECIMIENTO NATURAL**	2.33	1.96	1.28	1.01	0.69
TASA DE CRECIMIENTO TOTAL**	1.92	1.33	0.77	0.56	0.30
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	3.43	2.77	2.05	1.91	1.87
ESPERANZA DE VIDA TOTAL	70.6	73.9	75.4	77.1	78.8

Fuente: Tabla adaptada con datos del Consejo Nacional de Población *Por 1000; ** Por 100; *** Proyecciones

En cuanto al crecimiento económico del país y en particular al recurso humano que lo genera, cabe destacar que el llamado “bono demográfico” que consiste en la

incorporación a la vida económica de personas nacidas entre 1946 y 1964, se agotará en la década del 2020 al 2030, como se puede observar en la Figura 3.

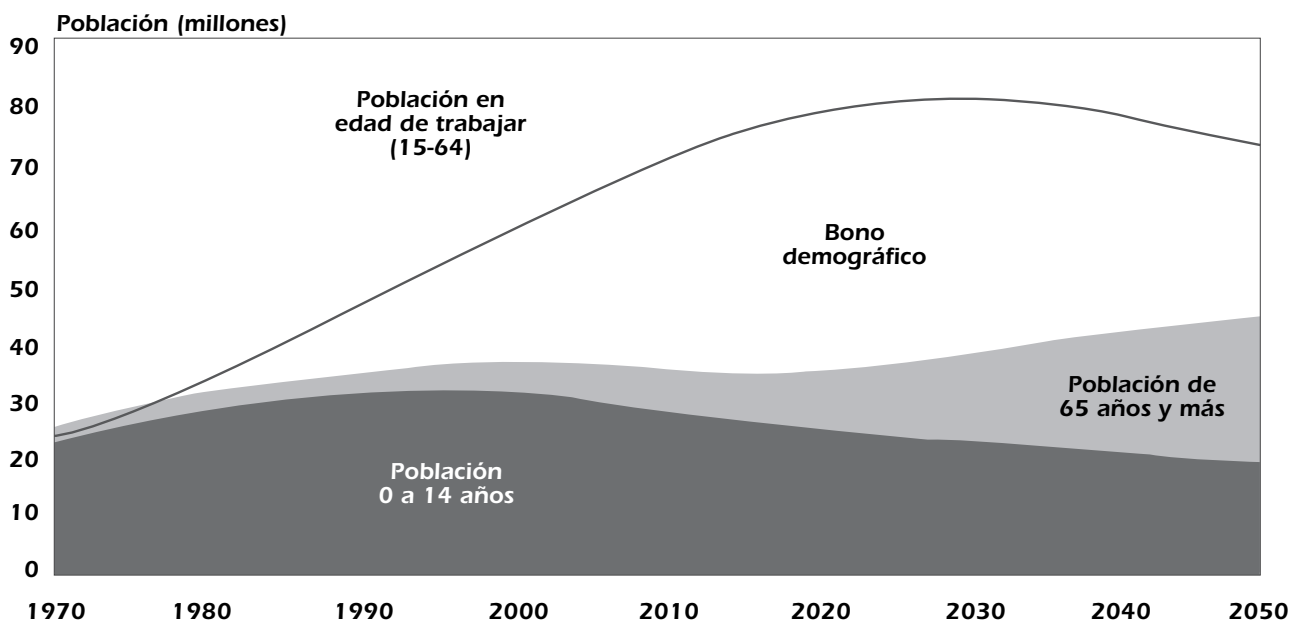


Figura 3. Tendencia de la PEA y de las personas de 65 años y más. 1970-2050.

Fuente: CONAPO. Evolución de la Situación Demográfica Nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. 2009.

La combinación del aumento de personas que requerirán pensión y la disminución de la población económicamente activa (PEA), impactará negativamente en el crecimiento económico nacional, en las finanzas de la seguridad social y probablemente en la asignación de fondos públicos al sector salud.²⁸

Otro fenómeno a considerar es el comportamiento del empleo formal en el país. En los últimos años se ob-

serva que la proporción de la población ocupada asalariada y por lo tanto con derecho a la seguridad social solo corresponde al 60%. Ello significa que el restante 40%, un volumen muy alto de la PEA empleada, no está dentro de la seguridad social y por lo tanto, potencialmente requerirá un seguro de salud subsidiado por el Estado a través del Seguro Popular.²⁹ El cuadro 5 muestra algunas cifras del panorama laboral.

Cuadro 5. Distribución de la PEA ocupada. 2005 – 2008.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA OCUPADA	41,435,979	42,604,003	42,916,569	43,625,738	43,917,203	44,651,832
ASALARIADOS	24,209,599	25,471,837	26,142,459	26,655,269	26,569,984	27,227,323
PORCIENTO DE ASALARIADOS DEL TOTAL DE OCUPADOS	58.3	54.7	60.9	61.1	60.5	60.1
CON PERCEPCIONES NO SALARIALES	2,183,341	2,143,962	1,919,570	1,999,078	1,983,626	2,053,449
TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA	9,837,438	9,752,265	9,679,900	9,832,737	10,405,883	10,262,054
TRABAJADORES NO REMUNERADOS	3,288,812	3,128,220	3,029,998	3,028,360	3,041,399	2,991,022
NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0

Fuente: Tabla adaptada con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. STPS-INEGI.

También en materia laboral se debe destacar el aumento del desempleo en los últimos años. Los resultados de una encuesta del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), muestran que entre 2006 y 2010 el desempleo aumentó en aproximadamente 50%.³⁰

Debido a que una proporción importante del seguro público de salud depende del IMSS, la situación financiera de esta institución influye de manera importante en la sostenibilidad del aseguramiento en salud logrado a la fecha. Al respecto cabe señalar que su informe financiero

y actuarial de 2009, refiere que las proyecciones para el periodo 2010-2012 muestran que los gastos serán mayores que los ingresos. La delicada situación financiera de esa institución fue reconocida públicamente por el Director de esa institución, durante la Asamblea General Ordinaria del IMSS el 3 de noviembre de 2010.³¹

Cabe por último señalar que, en relación al gasto público en salud se observa un incremento en la última década, el cual se muestra en la Figura 4.

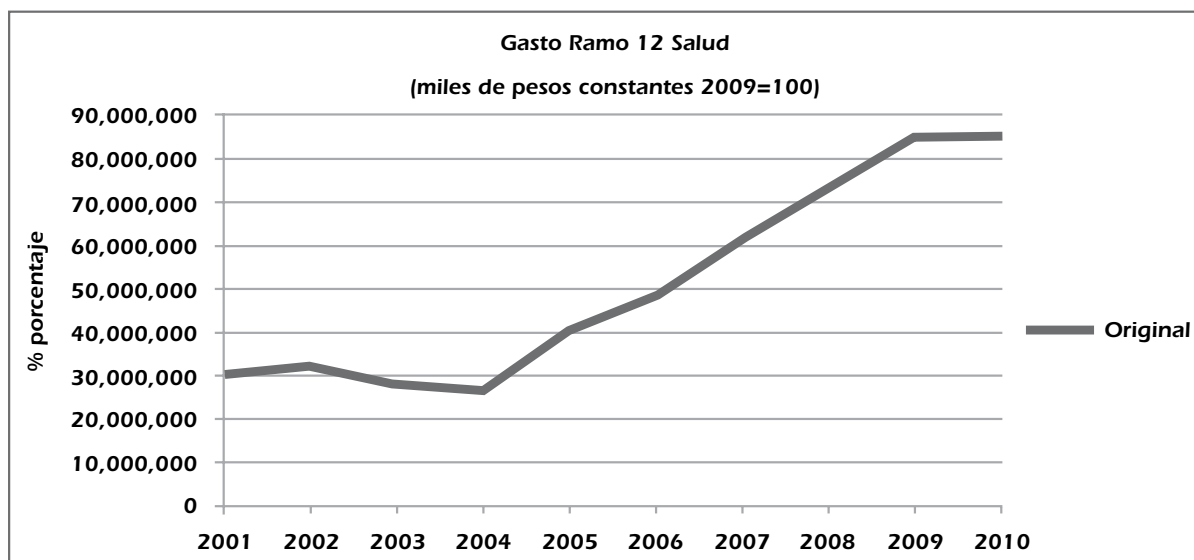


Figura 4. Gasto público en salud en México. 2001-2010.

Fuente: Tomado de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de México. 2010.

Es notorio que el incremento del gasto es a partir del 2005, un año después del inicio del Seguro Popular, por lo que se puede afirmar que ese mecanismo de aseguramiento impactó positivamente en el gasto en salud, ya que se triplicó entre 2004 y 2009.³²

Si bien el incremento del gasto en salud es notorio, la Cuenta de la Hacienda Pública Federal ha llamado la atención sobre el subejercicio observado entre 2005 y 2008, lo cual traduce una debilidad en la gestión financiera del sistema de salud.

CONCLUSIONES

El aseguramiento público en salud de la población mexicana, es un esfuerzo nacional que data de los años cuarenta del siglo XX. Durante seis décadas ese aseguramiento estuvo circunscrito a la población con empleo formal por la vía de la seguridad social, pero en el primer lustro del siglo XXI, el Gobierno Federal no solo determinó que esa vía era insuficiente para lograr el aseguramiento universal, sino que además tomó la decisión

de implementar un nuevo mecanismo de aseguramiento para la población sin seguridad social. Este mecanismo conocido como Seguro Popular entró en funciones en el 2004 y ha permitido avanzar de una proporción de aseguramiento público de salud de poco más del 50% en el 2003, a un porcentaje de aseguramiento de alrededor del 90% en el 2010.

Si bien la tasa de aseguramiento lograda es un hecho alentador, no lo es tanto el panorama de los próximos años por dos circunstancias; la primera es el riesgo de las finanzas públicas debido al comportamiento demográfico, del empleo formal y del desempleo, que ponen en riesgo la situación financiera de las instituciones de seguridad social y la asignación de fondos públicos para el Seguro Popular y la segunda, a la insuficiente gestión del gasto en el sector público, que se traduce en subejercicio del presupuesto y que debe ser corregida para lograr la credibilidad de los órganos legislativos y las autoridades hacendarias.

Con todo, no se debe dejar de reconocer que el mito del aseguramiento universal de la salud que durante las

últimas décadas del siglo XX fue parte del discurso en la administración pública, está próximo a convertirse en un hito a principios del siglo XXI. Sin duda ello dependerá de las medidas correctivas que se puedan efectuar tanto en las instituciones de seguridad social como en el Seguro Popular, a fin de hacerlas más efectivas y eficientes.

REFERENCIAS

1. Claxton G. How Private Insurance Works: A primer. Institution for Health Care Research and Policy, Georgetown University. Washington DC: Kaiser Family Foundation; 2002. 25 p. [acceso 17-11-2010] Disponible en: <http://www.kff.org/insurance/upload/How-Private-Insurance-Works-A-Primer-Report.pdf>.
2. Margaret E. Fundamentals of Health Insurance: Part A. USA: Health Insurance Association of America; 1997. 257 p.
3. Health Insurance. [acceso 25-10-2010]. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance#cite_note-0.
4. O'Hare TP. Individual Medical Expense Insurance. USA: The American College; 2000. p. 7.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración Universal de Derechos Humanos. [acceso 20-10-2010]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#ap>
6. OECD. Economic Surveys. 2008; 16. December 2008. [Internet]. [publicado 9-12-2008; acceso 17-11-2010] Disponible en: http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_33733_418074_35_1_1_1_1,00.html.
7. Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación, 19 de enero de 1943. México.
8. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 1959. México.
9. Decreto por el que se expide la Ley de Petróleos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 28-11-2008. México.
10. Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. Diario Oficial de la Federación, 9 de julio de 2003. México.
11. AMIS. Sistemas de Salud, México. Un análisis del sistema de salud y las perspectivas para el seguro de salud privado. Primera Edición, 2008.
12. IMSS. Régimen voluntario. [acceso 26-10-2010]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/derechohabientes/incor/regimenvoluntario.htm>
13. Cuarta Reforma al artículo 4º de la Constitución Federal. Diario Oficial de la Federación, 3 de febrero de 1983. [acceso 17-11-2010] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_100_03feb83_ima.pdf.
14. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 6 de julio de 1984. [acceso 17-11-2010]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_orig_07feb84_ima.pdf.
15. Puentes-Rosas E, Sesma S, Gómez-Dantes O. Estimación de la población con seguro de salud en México, mediante una encuesta nacional. Salud Publica Mex. 2005; 47 Supl 1: S22-S26.
16. Suárez A, González JJ, Lozano R. Población no asegurada y núcleos familiares sujetos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud. Síntesis Ejecutiva. México: Secretaría de Salud; 2004. p. 11.
17. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud para la creación del Sistema de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003. México.
18. Cuotas Familiares del Sistema de Protección Social en Salud [Internet]. [publicado 14-02-2008; acceso 17-11-2010]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=35.
19. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud 2008 [Internet]. [publicado 15-05-2009; acceso 17-11-2010]. Disponible en: http://seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/causes_2009.pdf.
20. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación. Diario Oficial de la Federación, 21 de febrero de 2007. México.
21. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud. Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 2008. México.
22. Knaut F, Arreola H. El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En: Knaut F, Nigenda G [ed]. Cateidoscopio de la Salud. México: Funsalud; 2003.
23. Knaut F, Arreola H, Mendez O. Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. Salud Pública Méx. 2005; 47: 430-439.
24. Hernández-Torres J, Ávila-Burgos L, Valencia-Mendoza A, Poblano-Verástegui O. Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México. Rev Salud Pública. 2008; 10(1):18-32.
25. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hernández-Llamas H, Murray CJL. Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. Salud Publica Mex 2007; 49 supl 1:S88-S109.
26. Secretaría de Salud. Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2009 [Internet]. [acceso 17-11-2010]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Pef/2009/estudio_satisfaccion_usuarios_2009_2do_semestre.pdf.
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta de Satisfacción a Derechohabientes de Servicios Médicos. Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios. [Internet]. [publicada diciembre 2009; acceso 17-11-2010]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/servicios/Encuesta/sat_medicos2.htm.
28. Villagómez-Ornelas P. Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. En: Consejo Nacional de Población. Situación demográfica de México. México: CONAPO; 2009. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/00.pdf>.
29. Secretaría de Trabajo y Previsión Social-INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. 2010 [Internet]. [acceso 17-11-2010] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/estructbol.asp>.
30. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [México]. Indicadores Oportunos de Ocupación y Empleo. Cifras preliminares durante septiembre de 2010 [Internet]. [acceso 17-11-2010] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/ocupbo_1.asp.
31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Palabras del Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Daniel Karam Toume, durante la CI Asamblea General del IMSS [Internet]. [acceso 17-11-2010] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/53BD9126-3B2E-426A-BFDF-39EFB3560237/0/031110DKTAsambleaGeneralpalabras.doc>.
32. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. Tendencias del Gasto en salud y en Infraestructura Sanitaria [Internet]. [acceso 17-11-2010] Disponible en: <http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/tendenciasdelgasto.pdf>