

# SERVICIOS DE SALUD PARA LOS POBRES

2008

## México

### Suministro de Seguros de Salud Subsidiados para los Pobres

#### El problema

El programa Seguro Popular (de salud) de México representa un esfuerzo tendiente a superar el clásico problema de cómo dar acceso a los pobres a los programas de seguros sociales, es decir, de proporcionar una cobertura adecuada a quienes trabajan fuera del mercado de trabajo formal. Las personas más pudientes en general están empleadas en fábricas, entidades públicas y otros contextos institucionales en que es mayor la probabilidad de que se ofrezcan seguros de salud al personal, lo que garantiza a ese grupo social un mejor conocimiento de la cobertura de seguros de salud, un acceso más expedito y una mayor frecuencia de la misma. Los pobres, en cambio, tienden a trabajar en establecimientos más pequeños y escasamente regulados, a trabajar como peones por cuenta propia en actividades insignificantes, o a carecer por completo de empleo, como ocurre con muchas jefas de hogares. Como esas personas están fuera del mercado de trabajo formal, en general no tienen acceso a seguros de salud a través de los establecimientos en que trabajan, o carecen de recursos para pagarlos, afiliarlos es mucho más difícil, y los interesados rara vez participan.

México resolvió hace mucho tiempo—en la década de 1940—el problema que representa proporcionar cobertura de seguros a los trabajadores del sector formal, a través del típico sistema latinoamericano de instituciones de seguridad social para empleados de establecimientos privados y públicos. Esas instituciones recaudan primas de los empleados y sus empleadores, obtienen financiamiento adicional a través de subsidios financiados con rentas públicas generales y utilizan esos recursos para prestar servicios a los empleados amparados.

Este sistema funcionaba en forma relativamente satisfactoria para la mitad de la población mexicana que tenía

acceso a él. La otra mitad de la población —la más pobre— era menos afortunada. Ese sector sólo tenía acceso a servicios de inferior calidad, a cambio del pago de tarifas, a través de dependencias del Ministerio de Salud, o a través del sector privado, cuyos servicios eran costosos y en muchos casos no estaban reglamentados. El volumen de subsidios públicos que recibían era considerablemente inferior a la mitad del suministrado a las personas con acceso a programas de instituciones de seguridad social.

No obstante, el sistema de salud de México presentaba graves desequilibrios y no disponía de los recursos necesarios. Los programas de salud del Estado no permitían hacer frente a las dificultades que planteaba el proceso de modernización de la economía, que alteraba el perfil de la salud en el país. En México el gasto per cápita en atención de salud era inferior al promedio de América Latina. Más de la mitad del gasto en salud corría por cuenta de los interesados e implicaba sumas mayores que en muchos otros países latinoamericanos. El financiamiento no se distribuía en forma eficiente ni equitativa: cerca de la mitad de la población carecía de seguros, pero sólo un tercio de los fondos federales para salud estaba destinado a ese segmento social. Una proporción mayor de las personas más pudientes tenían cobertura de seguro de salud, en tanto que la cobertura de los pobres era muy escasa (tal vez del 10%). El gasto en salud generaba un grave riesgo de empobrecimiento, ya que entre dos y cuatro millones de familias gastaban en salud el 30% de su ingreso disponible.

#### La estrategia

El Gobierno que asumió sus funciones en 2000 dio alta prioridad a la rectificación de ese desequilibrio. Para ello, intro-



dujo un conjunto de reformas que incluían un nuevo plan de seguros de salud, denominado Seguro Popular, para todas las personas no cubiertas por los planes de seguridad social existentes. La finalidad del programa voluntario era y es proporcionar a esas personas una cobertura de seguros subsidiada similar a la ofrecida a los beneficiarios del sistema de seguridad social.

Los Ministerios de Salud de los 32 gobiernos estatales de México se encargan principalmente de identificar, afiliar y prestar servicios a participantes del programa Seguro Popular elegibles. Dicho programa se diseñó de modo de atender primero a las familias más pobres. El Estado subsidia los pagos regulares de primas a través de una escala descendente, y las familias del 20% más pobre de la población no pagan. Los participantes tienen derecho a tratamiento *sin costo adicional* a través de alrededor de 250 intervenciones en instituciones especificadas (en su mayor parte, las mismas dependencias de los gobiernos estatales en que los participantes pagaban los servicios que se les ofrecían). Los participantes de Seguro Popular tienen derecho asimismo a 17 intervenciones en una red de instituciones de atención terciaria de más alto nivel operadas por el Gobierno federal y los gobiernos estatales.

La brecha entre los ingresos provenientes de los pagos de primas y el costo total del programa se cubre mediante subsidios gubernamentales. La mayor parte del financiamiento proviene del Gobierno federal a través de pagos efectuados a los gobiernos estatales, que se asignan a través de una fórmula en que se tiene en cuenta el nivel de desarrollo del estado, y los estados pobres reciben más recursos que los más pudientes. También se tiene en cuenta el número de familias afiliadas, lo que brinda a los estados un incentivo para mejorar la calidad de los servicios e incrementar el número de familias participantes. Los gobiernos estatales cubren con recursos propios los costos restantes.

Los requisitos financieros del programa Seguro Popular son la causa principal del reciente incremento del volumen de recursos del Gobierno federal, anteriormente reducido, que se asigna a salud. Por ejemplo, el presupuesto de la Secretaría de Salud Federal aumentó alrededor de un 53% entre 2000 y 2005, lo que puede atribuirse en gran medida a la implementación del programa. Si se incluye 2006, el incremento fue cercano al 66,5%, lo que equivale a un promedio del 10,7% anual desde 2000 hasta 2006. Las afiliaciones son el motor de los incrementos anuales del financiamiento a través de la cuota federal. Según las proyecciones, la universalización del seguro de salud agregará el equivalente a un punto porcentual del producto interno bruto a las inversiones en salud.

## Logro de la participación de los pobres

El programa de Seguro Popular aspira a alcanzar una cobertura universal a más tardar en 2010, beneficiando por igual a las personas más pudientes y a los pobres carentes de seguros. No obstante, el programa ha sido diseñado de modo de atender primero a las personas en condición menos ventajosa, en lugar de relegarlas al último lugar (o no llegar a atenderlas), como sucede en numerosos programas de cobertura universal.

La legislación en que se basa el programa prevé que se dé la máxima prioridad al aumento de la cobertura entre los sectores desprovistos de la misma en el período de siete años (2004–2010) de paulatino establecimiento del programa, hasta alcanzar un 14% de afiliación por año. Para que esa declaración de intenciones no sea puramente retórica, en el diseño del programa se prevén tres mecanismos conexos. Uno consiste en una escala de primas que está en función de la situación económica de los beneficiarios, en que los pobres están exonerados del pago. El segundo permite una identificación aceptablemente precisa de las familias pobres habilitadas para obtener subsidios o exenciones. El tercero es un sistema de pago a organismos ejecutores que da a éstos un incentivo para afiliar a las familias pobres, una vez identificadas.

**Primas subsidiadas para los pobres.** El sistema se basa en el pago previo de un conjunto de servicios que se ampliará a medida que la demanda y el financiamiento lo permitan. La escala de los pagos de primas por participación en el programa, que es voluntaria, varía en función de la situación económica de los participantes. Las familias pagan hasta el 5% de su ingreso disponible (por definición, el total del gasto, exceptuado el gasto destinado a las necesidades básicas). A medida que se desciende en la escala económica, la prima disminuye y el subsidio gubernamental aumenta; las personas que integran el 20% más pobre de la población no pagan suma alguna.

**Identificación de los pobres.** Los estados pueden escoger entre varias alternativas para identificar a las personas habilitadas para recibir diferentes niveles de subsidios. Una consiste en seguir la orientación del programa Progres/Oportunidades, ya existente, que es sumamente progresivo y se describe en forma más completa en un estudio independiente de esta serie, cuyos afiliados (en principio pertenecientes también al 40% más pobre de la población) tienen derecho automáticamente a la cobertura gratuita de Seguro Popular. Otra consiste en aplicar un método de identificación de los potenciales beneficiarios similar al de Progres/Oportunidades,

que ha sido preparado por el propio programa de Seguro Popular. Los estados están facultados asimismo a utilizar el método adoptado por algún programa federal de subsidios distinto de Progres/Oportunidades, o a afiliar a todos los miembros de determinados grupos, sin tener que evaluar individualmente a sus miembros.

En los enfoques de Progres/Oportunidades y de Seguro Popular se utiliza un “sistema de comprobación indirecta de los medios económicos”, que se describe en otras publicaciones de esta serie (las sinopsis sobre transferencias de efectivo de México y el sistema de comprobación indirecta de los medios económicos de Colombia). Esas comprobaciones suponen la identificación de los pobres, no sobre la base de sus ingresos o gastos, que hasta hace poco eran la medida estándar del nivel económico, sino de información sobre los activos de los hogares y de las personas que los componen. Los trabajadores de campo asignan un puntaje a cada rubro basándose en directrices elaboradas a través de estudios estadísticos del nivel económico de la familia, suman los resultados y comparan el resultado global con los de otros miembros de la población. El monto de la prima pagadera se basa en la posición que ocupa la familia en el espectro económico así identificado: cuanto más bajo es el sitio ocupado por la familia, menos tiene ésta que pagar.

El sistema de comprobación indirecta de los medios económicos se aplica exclusivamente a los miembros de aldeas pobres, que quizá no están afiliados a otros programas de servicios sociales cuya identificación se basa en información de los censos sobre aspectos tales como condiciones de empleo, servicios cívicos y niveles educativos. El resultado es por lo tanto un proceso de dos etapas, en la primera de las cuales se identifica a las comunidades pobres y luego a las personas más pobres que a ellas pertenecen.

**Incentivo para afiliar a los pobres.** El respaldo proporcionado por el Seguro Popular federal a los gobiernos estatales *sustituye en gran medida, paulatinamente, a la asistencia que ese programa anteriormente proporcionaba*, basada en los niveles del año anterior y en el número de trabajadores de la salud del Estado. Este cambio hace depender el volumen de la asistencia federal del número de personas a las que los estados prestan servicios, y no del número de personas que emplean ni de los servicios que operan. El resultado es un incentivo para que los Estados afilien al programa Seguro Popular al mayor número de personas posible, para aumentar al máximo y estabilizar el monto de los subsidios federales que reciben. El hecho de que los pobres, a diferencia de los grupos de ingresos más altos, no tengan que pagar primas

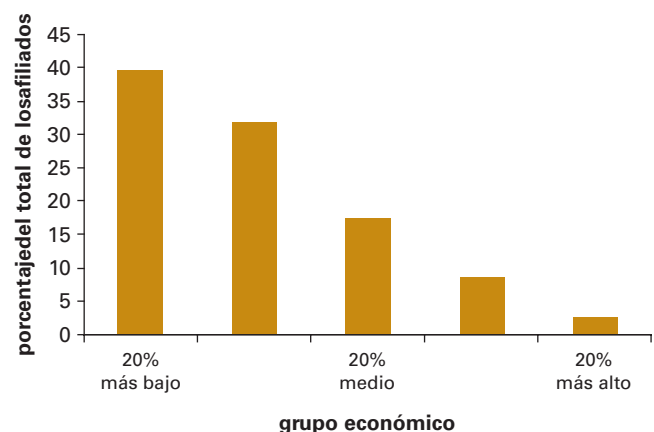
hace de ellos probables candidatos para una afiliación temprana en comparación con las personas más pudientes, a las que habrá que persuadir para que participen a cambio de pagos. Por lo tanto, desde la perspectiva de la entidad administradora, los pobres pueden convertirse en los afiliados más lucrativos, en lugar de ser el sector menos atractivo, como sucede en otros programas porque llegar a ellos suele representar mayores dificultades y gastos.

### Resultados iniciales y futuras perspectivas

Al final de 2005—el segundo de los siete años de su período de desarrollo—el Seguro Popular había inscrito a alrededor de 11,5 millones de personas, es decir, muy poco menos del 20% de los 65 millones a 75 millones de mexicanos no cubiertos por el sistema de seguridad social. Alrededor del 40% de esos afiliados pertenecían al 20% más pobre de la población, en comparación con menos del 3% en el 20% más pudiente de la población (véase el Gráfico 1). En 2004, la cobertura del seguro, en el 20% más pobre de las familias mexicanas, había aumentado hasta llegar al 37%, en comparación con el 7% en 2000. La probabilidad de obtener servicios de salud entre los participantes del programa de Seguro Popular era considerablemente mayor que la de quienes no participaban.

Esos antecedentes han hecho de Seguro Popular un programa mucho más progresivo que los programas de seguridad social que a través de él se procura complementar, ya que los beneficiarios de estos últimos siguen estando sumamente concentrados entre los grupos de más altos ingresos. Por otra parte, la trayectoria inicial de Seguro Popular ha sido nota-

**Gráfico 1. Afiliación al programa SEGURO POPULAR de México, por niveles económicos**



Fuente: Gakidou y otros, 2006

blemente menos progresiva que la del programa Progres/Oportunidades, de transferencias condicionales de efectivo. Como surge de la sinopsis independiente de esta serie que se refiere a Progres/Oportunidades, a través de ese programa se había llegado a alrededor del 80% del 20% más pobre de la población mexicana siete años después de su iniciación, en 1998, y casi el 60% de sus beneficiarios de entonces pertenecían a ese grupo de máxima pobreza.

En cierta medida, esta diferencia puede atribuirse a los dispares objetivos de los dos programas: Progres/Oportunidades está destinado exclusivamente al 20% más pobre de la población, en tanto que Seguro Popular va dirigido a todas las personas no aseguradas, muchas de las cuales no pertenecen a ese grupo. Otras dos posibles consideraciones guardan relación con las diferencias en cuanto al tiempo en que han estado funcionando los dos proyectos y a los niveles de ingresos de los estados, así como con el hecho de que ingresaron en el programa en diferentes momentos. Según algunos, otro factor significativo ha sido la decisión de algunos estados de aplicar medidas de identificación de los beneficiarios menos precisas que las utilizadas por el programa Progres/Oportunidades, cuya administración es centralizada. (El Gobierno del Distrito Federal de México, por ejemplo, optó por utilizar el sistema notoriamente impreciso usado por un programa creado largo tiempo atrás para la distribución de leche subsidiada). En la medida en que esa interpretación fuera correcta, pondría de manifiesto el inconveniente que supone descentralizar el diseño del programa en un contexto en que las autoridades parezcan menos progresivas que las del Gobierno central.

En los dos o tres años transcurridos desde la época en que se recopilaron los datos arriba mencionados, el programa de Seguro Popular ha avanzado hasta alcanzar aproximadamente el punto medio en su período de desarrollo de siete años de duración. ¿Qué cabe esperar para el futuro? Si bien esto, por definición, no puede saberse, los observadores informados mencionan dos de los principales desafíos que probablemente enfrentará el programa Seguro Popular:

- Primero, la necesidad, en los años venideros, de que el Gobierno federal siga suministrando el cuantioso volumen

de fondos que requerirá el proyecto. Las elecciones nacionales dieron lugar a un cambio de gobierno a fines de 2006, y rara vez se puede dar por sentada la disposición de un nuevo gobierno de mantener un proyecto creado por su predecesor y estrechamente vinculado con éste. No obstante, una de las primeras decisiones de las nuevas autoridades consistió en asegurar a todos los niños nacidos después del comienzo de su mandato, poniendo así de manifiesto su identificación con el programa.

- Segundo, el interés de las personas que no pertenecen al 20% de la población más pobre por pagar las primas que se les exigen para participar en el Seguro Popular. Esas personas constituirán una proporción cada vez mayor del grupo de personas que se agregarán a los afiliados en los próximos años para que el programa de Seguro Popular pueda cumplir su objetivo de universalizar la atención de salud. Si no se lograra atraerlas, el programa de Seguro Popular se encontraría en la situación sumamente inusual, posiblemente singular, de constituir un programa de cobertura universal que, por no alcanzar plenamente su objetivo, no pasa de ser una iniciativa que beneficie a los pobres mucho más que a las personas más pudientes.

---

Esta sinopsis tiene por objeto resumir las prácticas recomendadas para brindar a los pobres servicios de salud, nutrición y población. Se basa fundamentalmente en una serie de seis artículos sobre la reforma de la salud en México publicados en 2006 por la revista médica británica *The Lancet*, especialmente el primero y el quinto de esa serie: Julio Frenk y cols., "Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico", vol. 368 (28 de octubre de 2006), págs. 1524-36, y Emmanuela Gakidou y cols., "Assessing the Effect of the 2001-06 Mexican Health Reform: An Interim Report Card", vol. 368 (25 de noviembre de 2006), págs. 1920-35. Otras fuentes son: Felicia Marie Knaul y Julio Frenk, "Health insurance in Mexico; Achieving universal coverage through structural reform, *Health Affairs*", 2005, 24(6)1467-1476, y Salud México 2001-2005, Secretaría de Salud de México, que puede consultarse en: <http://evaluacion.salud.gob.mx/>. Se extrajo información adicional de John Scott, "Seguro Popular Incidence Analysis", en Banco Mundial, *Decentralized Service Delivery for the Poor* (Washington, Banco Mundial, 2006), vol. II, págs. 147-66. (Puede consultarse en formato electrónico en: <http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICO/COINSPANISH/Resources/VolIIChapter3.pdf>), y en el sitio web \*\*\*. Los editores agradecen los muy útiles comentarios sobre un borrador anterior formulados por Felicia Marie Knaul.

