

LOS DESAFÍOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Gabriel Jaime O'shea Cuevas

La incansable y apasionante búsqueda por preservar el estado de bienestar físico, mental y social, tanto individual como colectivo, ha desencadenado una diversidad de pugnas ideológicas, políticas y sociales; desde los incesantes debates tras el surgimiento del naturalismo hipocrático, la conquista tecnológica de las ciencias de la salud, que colocó en el escenario la importante relación de los factores económicos, políticos y sociales hasta su asunción como un derecho, que ha motivado una demanda generalizada y un reto para el sector público; y es que la salud constituye en sí misma el valor primario de la humanidad, a partir del cual se construyen proyectos de bienestar y desarrollo.

En México, el anhelo de salud, ha implicado en primera instancia, una lucha constante por los principios de libertad e igualdad, alimentados por la doctrina del liberalismo que motivó la Guerra de Independencia en 1810 y a partir de la cual se construye, bajo tropiezos, la República Mexicana; puesto que pese a asentar en una carta constitutiva esos anhelos consagrados como derechos, la opresión y distinción social únicamente se transformaron, sin consolidar las condiciones propicias para un cambio integral, en bienestar de la población.

Para el año 1900, la modernidad llegaba a México con tintes de indignación, producto de una gran deuda social que se vio recru-

decida durante el Porfiriato. La concentración de la riqueza en una minoría, primordialmente extranjeros, sumía en la pobreza y subordinación al país, que a su vez se reflejaba en el deteriorado estado de salud de la mayoría trabajadora, pese a los logros higienistas como la “reducción de los peligros ambientales y los brotes epidémicos”¹ tras la creación del Consejo Superior de Salubridad en 1887.

Una vez más, la libertad, equidad y justicia social, confluyen en el espíritu de una lucha encarnizada, la mayor sin dudas en la historia de nuestro país, que definió el orden social y la gobernabilidad, al consagrar un cúmulo de derechos sociales en la Constitución Política de 1917, dentro de los cuales, la salud constituyó un factor esencial. Así, la Revolución Mexicana, se erige como el antecedente inmediato del México moderno, del México de las instituciones.

La industrialización del país y el proceso sustitutivo de importaciones, que representó durante las tres décadas posteriores a 1940, una tasa de crecimiento económico anual mayor a 6 por ciento, generó a su vez una creciente urbanización, diferencias entre la población del campo y la ciudad, así como de los trabajadores formales e informales y desempleados, en el “desarrollo de políticas de expansión capitalista que simultáneamente atemperaran las desigualdades socioeconómicas y la pobreza del país”,² con lo cual se crea en enero de 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la finalidad de proteger a la clase trabajadora asalariada, a partir de la seguridad social, que incluyó la protección en servicios de salud; posteriormente en el mes de octubre se formalizan los servicios de salud pública en beneficio de la población sin empleo formal y de escasos recursos, tras la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Años más tarde (1960), surgió para protección de los trabajadores de la Administración Pública Federal, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Es así como paradójicamente en los comienzos de un Estado Nación, que enarbolaba los principios de la democracia moderna, se

¹ Ma. del Consuelo Chapela Mendoza y Ma. Elena Contreras Garfias (coord.), *La salud en México*, UAM-Xochimilco, 2011, p. 98.

² Chapela, *op. cit.*, p. 103.

instaura un sistema nacional de salud fragmentado y en condiciones de inequidad para la mayoría más desprotegida.

Los efectos de una política de desarrollo económico fincado en la industrialización, que privilegió a un reducido grupo de productores, finalmente encontró su punto de inflexión en la década de 1970, develando la realidad económica del país, el incremento del desempleo, la inflación y, por ende, los niveles de pobreza entre la población mexicana que dieron paso a la instauración del modelo neoliberal en una época de crisis y gran endeudamiento externo.

La condición económico-social de la población pronto se vio reflejada en la salud, puesto que predominaron infecciones comunes, padecimientos relacionados con la mala nutrición y los asociados con la reproducción, en suma, padecimientos propios de la pobreza; la atención de las inequidades y la calidad de la atención para la población se volvió una necesidad imperiosa. La respuesta fue la descentralización de los servicios de salud, dejando en manos de los estados la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud, consagrando en el artículo 4o. de la Constitución Política de la Nación la protección a la salud como un derecho fundamental, consumado en la reforma de 1983.

El reto entonces se centró en la creación de los mecanismos que permitieran en la medida de lo posible garantizar el derecho a la protección social de la salud y romper con las diferencias históricas heredadas y recrudescidas con el devenir de proyectos y políticas impulsoras de un crecimiento económico sin desarrollo, inmersas en un panorama caracterizado por la transición demográfica y epidemiológica.

El país aclamaba por una reforma que respondiera a sus demandas y que le otorgara la misma oportunidad de atención médica a los trabajadores independientes que a los derechohabientes de la seguridad social y que les permitiera hacer frente a los costosos tratamientos de las enfermedades cronicodegenerativas de la época.

Fue entonces cuando se concluye en la creación de un esquema de aseguramiento público voluntario que, bajo un esquema de financiamiento tripartita, ofreciera cobertura en servicios de salud para la población carente de seguridad social.

El 15 de mayo de 2003, fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, la reforma a la Ley General de Salud (LGS) que crea al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo, el Seguro Popular, brindó a partir del inicio de operaciones en enero de 2004, una oportunidad de financiamiento público en servicios de salud para los más necesitados y que contemplaba entonces un catálogo de servicios de 90 intervenciones básicas de salud (de primer y segundo nivel de atención), así como un catálogo de 142 medicamentos.



De igual forma, se contempló el financiamiento para padecimientos de alto costo, con el objetivo de no descapitalizar a las familias mexicanas ante la necesidad de subsanar con su bolsillo, el tratamiento de algún familiar, en un fondo sin límite de anualidad para

el diagnóstico y tratamiento de padecimientos considerados como catastróficos.

A comienzos del SPSS, el objetivo primordial, se centró en consolidar lo que se denominó “cobertura universal”, que consistió en afiliar al mayor número de familias mexicanas posible, con la finalidad de asegurar la protección en salud de la totalidad de la población mexicana.

El modelo financiero del SPSS señalado con anterioridad, es uno de los componentes centrales de su operación y se sustenta en un esquema con aportaciones del gobierno federal: una cuota social consistente en 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente para la Ciudad de México, que tiene actualizaciones en función del factor inflacionario y una aportación solidaria federal equivalente a 1.5 veces la cuota social; la distribución entre las entidades federativas de esta aportación se realiza de conformidad con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud vigente en 2011, la cual contiene componentes de asignación por persona afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que la aportación es diferente para cada entidad federativa.

Esta nueva política en la asignación de recursos permitió a su vez, otorgar mayor equidad en la distribución de los mismos, a nivel nacional; al tiempo de equiparar el gasto público en la atención de la salud de la población con y sin seguridad social; toda vez que al transferir recursos en función de la población afiliada y no en la capacidad instalada como solía efectuarse, permitió incrementar el fortalecimiento de los servicios de salud a nivel nacional.

Asimismo, como parte del financiamiento del SPSS se contempla la participación de las entidades federativas, a través de contribuciones denominadas aportación solidaria estatal (ASE); según se establece en la LGS los gobiernos de las entidades tienen la obligación de efectuar aportaciones solidarias por persona afiliada, la cual debe ser equivalente a la mitad de la cuota social.

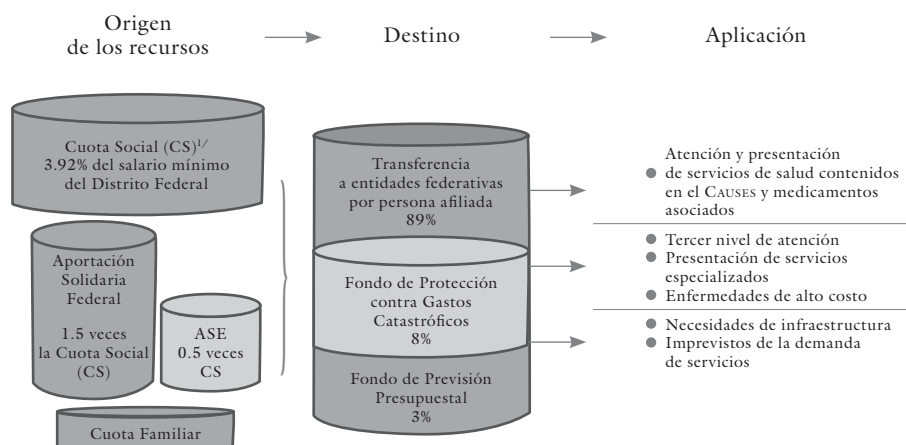
La cuota familiar, es el monto que paga anualmente cada familia afiliada y es proporcional a su condición socioeconómica; no obstante en ningún caso, la incapacidad económica para cubrir dicha

cuota es impedimento para la incorporación al seguro popular; en este sentido al momento de la afiliación, el registro se efectúa en dos clasificaciones: régimen contributivo y régimen no contributivo; actualmente 99 por ciento de las personas afiliadas pertenecen al régimen no contributivo.

La distribución de los recursos para la operación del sistema, son ejercidos de la siguiente forma (Figura 1):

- Las entidades federativas ejercen 89 por ciento para la prestación de los servicios de salud que se encuentran contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).
- El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) recibe 8 por ciento para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo, que representan un riesgo financiero para la economía de las familias.
- Al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) se transfiere 3 por ciento, del cual dos terceras partes se destinan a la atención de necesidades de infraestructura y equipamiento de unidades médicas de primer nivel y de especialidades básicas, preferentemente en zonas de mayor marginación social; mientras que una tercera parte permite cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal.

FIGURA 1



Tras la creación del SPSS, por el que se brinda una alternativa palpable de acceso al derecho establecido en el artículo 4o. constitucional, la LGS define a la protección social en salud como “un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud [...]”.³

Se establece a su vez, la concurrencia entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas, siendo el ámbito federal, por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, el encargado de regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones en la materia; en tanto que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), quedaron colocados como los encargados de operar y prestar los servicios de salud, a través de unidades médicas acreditadas para el efecto; depositando en las entidades la responsabilidad de la prestación de los servicios en los términos establecidos por la LGS.

Para la selección de intervenciones que integrarían el catálogo de servicios; se conformaron diversos grupos de trabajo, basados en el paquete básico de intervenciones cubiertas por el entonces Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el cual extiende el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), tanto en el área rural como urbana. Asimismo, se consideraron las intervenciones en los programas federales como: Salud del Adulto y del Anciano, Salud Reproductiva, Salud en la Infancia y la Adolescencia, entre otros. Finalmente, se tomaron también como referencia un paquete elaborado por FUNSAUD en 1994 y el análisis de la demanda de servicios, tomando como referencia los egresos hospitalarios, la consulta de primer nivel y las principales causas de morbilidad.

Así, el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), al comienzo integró 95 por ciento de los problemas por los que la población acude al primer nivel de atención, así como con el 66 por ciento de las causas de egresos hospitalarios; con la posibilidad de ampliarse y modificarse en función de la demanda y suficiencia de recursos. Posteriormente, el

³ Artículo 77 bis I, párrafo segundo de la Ley General de Salud.

CABEME cambió su denominación a Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) y posteriormente a Catálogo Universal de Servicios de Salud, conocido actualmente como CAUSES.

Con una estructura conformada y posterior a una etapa de pilotaje que duró aproximadamente 3 años, con 5 estados iniciales (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), en enero de 2004, comenzó de manera formal la operatividad del SPSS a nivel nacional, con una amplia campaña de difusión sobre los beneficios a los que se hacían acreedores, quienes completaran sus procesos de afiliación, toda vez que la incorporación quedó constituida como un acto voluntario.

La afiliación tiene como objetivo identificar y registrar a las personas que recibirán el apoyo financiero en servicios de salud, cuya vigencia debe ser renovada cada tres años. En el proceso de afiliación se toman en cuenta, la residencia del solicitante, la no derechohabencia a instituciones de seguridad social, a través de una carta de buena fe y la Clave Única de Registro de Población (CURP), que en cierta medida, sustenta la confiabilidad del padrón de beneficiarios.

Tras la validación de los documentos personales, los nuevos afiliados reciben una carta de derechos y obligaciones que les permite conocer los alcances del SPSS, así como la asignación a una unidad médica de primer nivel para atención y seguimiento de su estado físico y emocional.

Para diciembre de 2004, el Seguro Popular, cerró con un padrón de 5.3 millones de afiliados, mismos que a través de los años se han incrementado de manera exponencial, siendo su año de mayor auge el 2010, en el que se registró un aumento de más de 12 millones de personas; para entonces, el SPSS ya representaba para la ciudadanía una alternativa real de atención a sus necesidades en materia de salud, que se tradujo en la multiplicación del presupuesto en salud, en específico del ramo 12, así como en la disminución del porcentaje de diferencia entre el gasto público para población con seguridad social y sin seguridad social que durante el año 2000 representaba un 48 por ciento, para el 2010 se situaba en 31 por ciento, en tanto que el gasto de bolsillo, de conformidad a las cifras de la OCDE, pasó de 55.7 por ciento en 2003 a 48.9 por ciento en 2010 y que actualmente, de conformidad con las últimas cifras disponibles, se sitúa en el orden de 44.7 por ciento.

Como bien lo señaló el investigador Octavio Gómez Dantés, la creación del Seguro Popular, representa sin lugar a dudas, uno de los avances más significativos en materia de salud durante los últimos 50 años, otorgando un respiro económico tanto a los gobiernos como a la población, puesto que el anhelo por el que siempre se había luchado, pareciera haberse alcanzado.

Adicionalmente, el SPSS, permitió fortalecer la infraestructura en salud de primer y segundo nivel en todo el país, toda vez que se considera, un apoyo para el desarrollo de infraestructura en zonas de mayor marginación social, a través del Fondo de Previsión Presupuestal, que sí considera límite de anualidad y que, como se señalaba anteriormente, se constituye con 3 por ciento de los recursos totales del SPSS, de los cuales 2 por ciento es destinado a este propósito, quedando 1 por ciento a la atención de la demanda imprevista. Al parecer, esto permitía atender con oportunidad el incremento de la demanda tras el crecimiento del padrón; no obstante la disponibilidad de unidades médicas, equipo médico y personal no se presentaron con la velocidad que la demanda ameritaba.

Por otra parte, y considerando que los niños representan uno de los factores más importantes en el desarrollo de toda sociedad, en 2007 se crea el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), con el fin de que quienes nacieron después del 1 de diciembre de 2006 estuvieran cubiertos contra los principales padecimientos que se presentan en los primeros años de vida, pero sobre todo en el primer mes de vida, que es donde se presenta el mayor número de casos de mortalidad neonatal.

A partir de 2013 esta cobertura se otorga a través del programa Seguro Médico Siglo XXI (SMS XXI), que está dirigido exclusivamente a menores de 5 años de edad. La afiliación a este programa ha crecido casi 7 veces, de 819,410 menores registrados al cierre de 2007 a 5.4 millones de menores de 5 años de edad a septiembre de 2016; en tanto que el número de intervenciones adicionales ha pasado de 110 a 146 en la actualidad.

La disminución de los indicadores de pobreza, han constituido un asunto prioritario en cada administración gubernamental, por ello se han desarrollado una diversidad de programas de apoyo so-

cial, que fomenten el desarrollo y por ende la calidad de vida de la población en situación de pobreza y pobreza extrema; uno de los más significativos es Prospera, Programa de Inclusión Social, que pese a ser gestionado por la Secretaría de Desarrollo Social, la coordinación del Componente Salud reside en la CNPSS, ya que los recursos para su operatividad provienen del ramo 12 de la Secretaría de Salud y dado que la población objetivo (sin seguridad social) es la misma que la del SPSS, se consideró necesaria la afiliación gradual de los beneficiarios del Programa, ampliando el paquete de servicios y evitando en este sentido, duplicidades administrativas.

Concretamente Prospera, anteriormente Oportunidades, otorga un paquete básico garantizado de salud, acciones en materia de capacitación para la salud y la provisión de suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad y a mujeres embarazadas y en lactancia. En 2004 se contaba con una afiliación al Seguro Popular de 2.2 millones de personas beneficiarias del Programa denominado entonces Oportunidades y al primer semestre del 2016 se registraron 18 millones de afiliados.

A más de una década de la creación del SPSS, el mundialmente conocido Seguro Popular, constituye un tema interesante de análisis y críticas, con opiniones polarizadas entre la aprobación y el rechazo; sin embargo, lo cierto es que, como sucede o debiera suceder en toda política pública, está obligada a evolucionar con el mismo dinamismo de la sociedad para asegurar su continuidad.

Tras el cambio de administración federal en diciembre de 2012, los efectos de una afiliación desmedida y la transferencia de recursos sin mecanismos óptimos de control definidos, develaron las debilidades del Sistema y la necesidad imperante de emprender acciones correctivas inmediatas.

Las directrices de un México incluyente, enfocadas a revertir el desánimo social, marcaron como pauta primordial el trabajo conjunto y coordinado hacia un desarrollo equitativo y consistente, que garantizara el pleno ejercicio de los derechos sociales y en el que la salud se erige como bastión fundamental.

Dicho objetivo, perfilaba la asunción de considerables retos enmarcados en la misión impostergable de realizar un cambio estruc-

tural al Sistema Nacional de Salud, un cambio que se tradujera en mayores oportunidades para todos y que no se lograrían en el seno de un esquema fragmentado. Es entonces cuando el tema de la Universalización de los Servicios de Salud, se hace presente como proyecto gubernamental y como una meta transexenal.

La posibilidad de materializar el intercambio de servicios entre las tres principales instituciones del sector público (IMSS, ISSSTE y SPSS), implicaba promover el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud, para la conducción integral del Sistema Nacional de Salud, la coordinación intersectorial y para el diseño del esquema financiero del sistema y gestión de los recursos, entre otros.

Sin embargo, previo al planteamiento de cualquier proyecto, resultaba forzoso revisar y analizar las debilidades y fortalezas en el interior de las instituciones, implementando las mejoras correspondientes para propiciar la convergencia y portabilidad de los servicios como primeros pasos.

En este sentido, para el SPSS se determinó, como un primer objetivo, transparentar el ejercicio de los recursos, puesto que los cuestionamientos sobre la operatividad del mismo versaban precisamente en este tema. La labor no se tornaba sencilla, puesto que existía un pendiente histórico de recursos por comprobar y la ausencia de un responsable directo del manejo de los mismos.

Para ello, se comenzaron a estructurar estrategias que condujeran a regularizar los pendientes y que permitieran llevar un control sobre el uso de los recursos. Dicho esfuerzo se vio reflejado en una modificación al marco jurídico aplicable (LGS y su reglamento en materia de Protección Social en Salud), así como a los Acuerdos de Coordinación del SPSS.

Las reformas aplicadas a la LGS se resumen en lo siguiente:⁴

- Se fijó un término máximo de 5 días hábiles para la transferencia de recursos líquidos de las Secretarías de Finanzas estatales u homólogas a los REPS. Puesto que una gran problemática identificada en el ejercicio de los mismos se encontraba en la

⁴ *Diario Oficial de la Federación*, 4 de junio de 2014.

tardía y escasa transferencia de los recursos a las instancias ejecutoras del gasto.

- En congruencia con lo anterior, se estableció a la figura del REPSS como financiador de las políticas públicas estatales en salud.
- Se definió la aplicación de 4 a 7 años de prisión y multa de mil a 500 mil días de salario mínimo a la persona que desvíe recursos del SPSS.
- Se fortalecieron los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, así como de fiscalización de los recursos, otorgando facultades a los órganos fiscalizadores, tanto federales como locales, para evaluar el desempeño de las acciones del SPSS.
- Se promovieron las compras consolidadas al contemplar transferencias de recursos en líquido o en especie, provocando las mejores condiciones de adquisición de insumos, para la atención de una política nacional de salud (ejemplo: vacunas).
- Se definieron mecanismos para impulsar la prestación interestatal de servicios de salud y portabilidad entre los diferentes prestadores de servicios, facultando a la Secretaría de Salud, a través de la CNPSS, a retener recursos líquidos de las entidades cuyos afiliados hayan recibido servicios en otra entidad o institución de salud para transferirlos a estos como pago.

Asimismo, para atender a cabalidad las reformas a la Ley General de Salud:

- Se fortalecieron las estructuras, a través de las cuales operan los REPSS, constituyéndose 32 organismos públicos descentralizados, a los que se les otorgó autonomía operativa para el mejor aprovechamiento de los recursos.
- Se abrieron 32 cuentas en la Tesorería de la Federación, que permitieron el depósito de los recursos federales, asegurando que los mismos se destinaran para la compra de medicamentos, material de curación y servicios subrogados necesarios para la prestación de servicios a los afiliados del SPSS.

- Se estableció el 30 de junio de 2016 como plazo máximo para comprobar los ejercicios anteriores a 2016, mismo que se cumplió a cabalidad, permitiendo sanear, un pendiente histórico del SPSS.

Por otra parte, se definió de forma paralela a las modificaciones citadas con anterioridad, una nueva agenda del SPSS, encaminada a mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a los afiliados, tanto en la parte operativa, es decir en los procesos que integran su funcionamiento, como en las relaciones que se presentan entre los actores involucrados en el mismo que terminan en la relación final médico-paciente.

En este sentido, se reforzaron las actividades de supervisión en la operatividad del sistema en las 32 entidades federativas, mismas que se concretaron en la conformación de un Plan Estratégico de Supervisión, que de manera formal fue puesto en marcha a comienzos de 2015, dando así mayor puntualidad y precisión al seguimiento de las actividades propias del Sistema. A su vez, se habilitó la línea 01 800 POPULAR (7678527) como mecanismo de atención ciudadana.

De igual forma, se implementó el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud, que tiene como objetivo monitorear el desempeño de los servicios a los afiliados, promoviendo la mejora continua y contribuir a la tutela de derechos de los afiliados.

Lo anterior ha sido acompañado con el impulso de la figura del gestor del Seguro Popular, quien tiene la función de informar a los beneficiarios sobre los servicios de salud que recibe junto con su póliza, así como de guiarlos en el proceso de atención médica, con la finalidad de que se les proporcione un servicio eficiente, de calidad y sin costo alguno. Así, durante la presente administración, los gestores del seguro popular, han registrado un crecimiento de 23.8 por ciento pasando de 1,300 registrados en el 2012, a 1,610 gestores existentes al primer semestre de 2016.

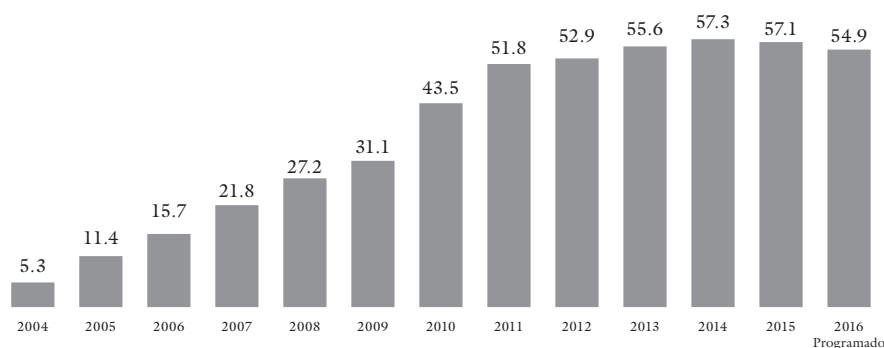
En materia de afiliación, el comportamiento del padrón presentó un crecimiento sostenido hasta el 2014, recordemos que los avances del Seguro Popular eran considerados en función del incremento del padrón que supondría la cobertura universal en términos de acceso a

servicios de salud; no obstante, el tema de la doble derechohabiencia permanecía como un gran pendiente por afrontar aún con los ejercicios de cotejo de padrones efectuados por el Consejo de Salubridad General. El Padrón del SPSS se concibe como uno de los de mayor confiabilidad, a partir de la validación realizada de la existencia u obtención de la CURP (94 por ciento con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO); así como en la aplicación de 49 criterios de validación e integración, contemplados en el Manual de Afiliación y Operación.

Atendiendo el tema de la duplicidad de registros, se implementó desde el año 2015, una estrategia de validación en tiempo real de la no derechohabiencia al IMSS, y con un ligero desfase con los registros del Padrón General de Salud. Esto permite corroborar, al momento de la afiliación, si el solicitante se encuentra o no registrado en la base de datos del IMSS.

Lo anterior se tradujo en una depuración del padrón aplicada en el mes de abril de 2016, que consolidó un padrón conformado por 54.9 millones de mexicanos (Figura 2).

FIGURA 2.
AFILIACIÓN ACUMULADA 2004-2016 (MILLONES DE PERSONAS)



El descenso registrado en el 2015, obedece a la falta de cumplimiento de metas mínimas de reafiliación preestablecidas por parte de 3 entidades federativas. Fuente: Secretaría de Salud, CNPSS, junio 2016.

Las modificaciones también se hicieron presentes en el método de actualización del CAUSES, bajo un proceso de revisión y análisis efectua-

do por un grupo de trabajo multidisciplinario que implicó un reajuste en el catálogo de medicamentos asociados; en tanto las intervenciones se ampliaron con la inclusión de la estabilización de urgencias, el manejo ambulatorio de cuidados paliativos y dolor crónico; ampliando a su vez la cobertura del diagnóstico y control del dengue clásico con la suma de la fiebre por virus de chikungunya y la enfermedad por virus del zika, en respuesta a las necesidades actuales de la población, tras el surgimiento y resurgimiento de brotes infecciosos.

Especial mención adquiere la incorporación al CAUSES en 2013 del “Diagnóstico y Tratamiento de Catarata”, previa desincorporación del FPGC, en razón de no ser considerada como gasto catastrófico por el Consejo de Salubridad General, por lo que únicamente su cobertura paso a otro catálogo del mismo SPSS. A su vez, el diagnóstico y atención de catarata congénita, se incorporó a la cobertura de servicios del Seguro Médico Siglo XXI.

Durante la actual administración, el FPGC también ha consolidado dos inclusiones importantes: el Síndrome de Turner, que afecta el crecimiento y desarrollo de las niñas, y de igual forma la cobertura del cáncer de ovario epitelial que, aunado al ya contemplado cáncer de ovario germinal, aseguran la cobertura total de este padecimiento.

Cabe señalar que, para establecer la última de dichas inclusiones, el estudio de evaluación externa del SPSS de 2013, se enfocó en el análisis de tres trazadores esenciales: el porcentaje de sobrevivencia en cáncer de mama, cáncer cervicouterino y leucemia linfoblástica aguda, como padecimientos financiados por el FPGC.

El estudio a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública, arrojó los siguientes resultados: La cobertura por cáncer de mama reportaba una sobrevivencia en las etapas clínicas 0 y I del 100 por ciento, mientras que en la fase más crítica, etapa clínica IV, se obtuvo una sobrevivencia del 38 por ciento de las pacientes; lo más contundente para este padecimiento es que, si se mejora la detección temprana, se reduciría el riesgo de morir en 31 por ciento de los casos.

Respecto al cáncer cervicouterino, se aseguró una sobrevivencia del 98.2 por ciento de las pacientes en las etapas clínicas 0 y I, en tanto que en la fase avanzada, etapa IV, el 21 por ciento de las pacientes presentaron sobrevivencia.

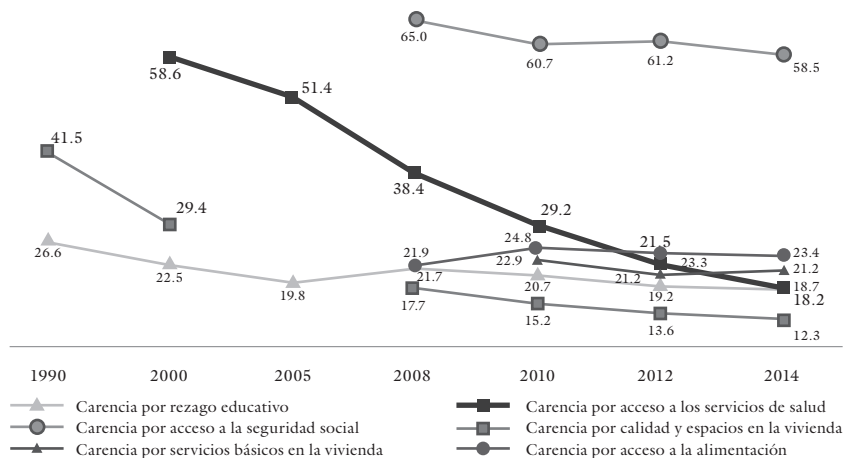
Los pacientes de leucemia linfoblástica aguda, presentaron a su vez una supervivencia de 70 por ciento a los 30 meses de seguimiento de estudio, en el caso de los niños de riesgo habitual 29.5 por ciento murió antes de los 3 años de seguimiento.

Lo anterior ponía de manifiesto la efectividad del spss, tras el apego de los pacientes al tratamiento médico, cuyo financiamiento no implicaba la descapitalización de las familias.

Estas modificaciones, aunadas a los esfuerzos por emprender un camino diferente, contribuyeron de manera satisfactoria en 2014 a una disminución de 3.3 puntos porcentuales en el indicador multidimensional de carencia por acceso a servicios de salud, efectuado por el CONEVAL. De 25.3 millones de personas registradas con carencia de acceso efectivo a servicios de salud en 2012, esta cifra se había reducido a 21.8 millones de personas en 2014, es decir, que 3.5 millones de personas más contaban ya con protección social en salud (Figura 3).

En tanto que el gasto de bolsillo, de conformidad con los datos estadísticos de la OCDE, representó a lo largo de 10 años una disminución de 11 puntos porcentuales, pasando de 55.7 por ciento, registrado en 2003, a 44.7 por ciento en 2013.

FIGURA 3.
 EVOLUCIÓN DE LA POBREZA 1990-2014, EN MATERIA DE CARENCIAS SOCIALES



Fuente: CONEVAL. Los datos anteriores a 2008 son de los Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000 y del Censo de población 2005; los datos de 2008 en adelante son del Módulo de Condiciones Socioeconómicas.

Los resultados en estos indicadores, permiten demostrar la viabilidad del spss y que a 13 años de su creación, constituye una respuesta acertada al clamor social, expresado desde la época de la Revolución con despertares periódicos, fincados en las peculiaridades del desarrollo económico y político de nuestro país que tras la ambiciosa visión reformista del México de hoy, parecen finalmente encontrar cabida.

El derecho a la protección de la salud, es precisamente el garante que tienen tanto los individuos como la colectividad de gozar de un estado de bienestar físico, psíquico y social, en el que a su vez se encuentra implícita la obligación del Estado de desarrollar acciones tendientes a proteger la salud o repararla cuando haya sido afectada. Para lograrlo, se deben considerar el fortalecimiento de al menos 3 características esenciales sobre las que se asientan los grandes desafíos del spss: la universalidad, la equidad y la calidad, en un contexto caracterizado por la transición demográfica y epidemiológica del país.

Sin duda, el incremento de los padecimientos crónico degenerativos, cuya atención implica un costo considerable, representa un riesgo latente para el sistema sanitario, motivo por el cual la prevención adquiere un papel prioritario, aunado a la maximización de resultados con el mejor aprovechamiento de los recursos.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

Chapela Mendoza, Ma. del Consuelo, y Contreras Garfias, Ma. Elena (coords.), *La salud en México*, UAM-Xochimilco, 2011.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, junio 2016.

Hemerográficas

Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003, 4 de junio de 2014.

Electrónicas

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, Censo de población 2005, Módulo de Condiciones Socioeconómicas, en línea. Recuperado de: <http://www.coneval.org.mx>

Ley General de Salud, 7 de febrero de 1984, en línea. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf

———, Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, 5 de abril de 2004, en línea. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r050404.html>

