



En contexto

28 febrero 2011

Nº 6

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

COBERTURA MÉDICA UNIVERSAL Y EL SEGURO POPULAR

Puntos de interés especial

- *El análisis de los avances en el mundo en materia de salud, en lo que respecta a los objetivos del milenio propuestos por la ONU, muestra que se ha tenido un mayor éxito ahí donde se han planteado extender los servicios médicos hasta alcanzar una cobertura universal.*
- *Hablar de cobertura universal significa que todos los ciudadanos tengan acceso a un servicio médico preventivo, curativo y de rehabilitación cuando lo requieran y a un precio de acuerdo a sus posibilidades.*
- *La mayoría de los países miembros de la OCDE tiene un alto gasto per cápita en salud, con una alta proporción de gasto público y un relativo bajo gasto privado, 20% en promedio; en México existe bajo gasto total y un alto gasto privado o co-pago de 49% del total.*
- *Al comparar el seguro popular con otros seguros pueden observarse diferencias entre los costos y coberturas, no quedando del todo claro cómo evaluar los distintos servicios.*
- *En la mayoría de los países que poseen sistemas mixtos, existe la posibilidad de errores de registro, tanto por sobrestimaciones de familiares no registrados, como duplicidades, así como faltantes. Utilizando el último corte en 2009 de los reportes oficiales del IMSS, del ISSSTE y del Seguro Popular por estado, se aprecia que en algunos estados el número de derechohabientes ha superado a la población.*



INTRODUCCIÓN

Los objetivos del milenio, planteados por las Naciones Unidas a los países miembros en el año 2000, buscan reducir considerablemente la pobreza y la enfermedad en el mundo. La ONU propuso que 15 años serían suficientes para lograrlo, aunque parece poco probable alcanzar tales fines en este tiempo. Entre los objetivos directamente relacionados con la salud se planteó la reducción de la mortalidad materna e infantil y la atención de los enfermos de VIH y Sida, así como la reducción de otras enfermedades transmisibles.

El análisis de los avances en el mundo de estos objetivos muestra que se ha tenido un mayor éxito ahí donde se han planteado extender los servicios médicos hasta alcanzar una cobertura universal (1).

(1) Laurie Garret, "All for universal health coverage", *The Lancet*, 374, 2009.

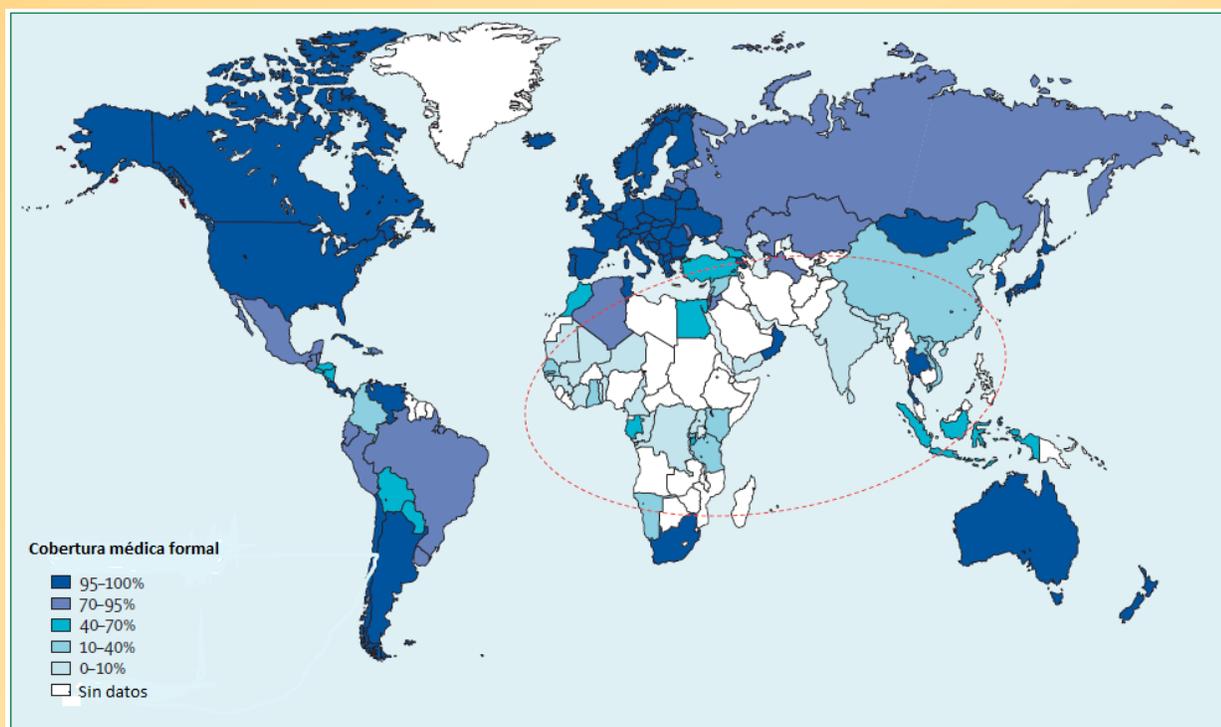
Hablar de cobertura universal significa que todos los ciudadanos tengan acceso a un servicio médico preventivo, curativo y de rehabilitación cuando lo requieran y a un precio de acuerdo a sus posibilidades.

En el mundo son pocos los países que han logrado una cobertura universal en estos términos y, por ende, los indicadores de equidad en la salud son muy diversos. Es decir, la mayoría de los humanos sobre la tierra que no disponen de recursos u oportunidades para tener acceso a un seguro médico, por lo general tienen mayores problemas de salud que aquellos que los tienen. Es claro que los pobres se vuelven más pobres al tener que enfrentar los gastos que implica el cuidado de una enfermedad; a este tipo de gastos se le ha dado en llamar "gastos catastróficos", pues no sólo pueden hacer perder todo el patrimonio a

una familia, sino también impedir que otros miembros, por lo general los jóvenes o viejos, puedan disfrutar de cierta seguridad.

Como puede observarse en el mapa (gráfica 1), la cobertura del servicio médico formal es casi completa en los países desarrollados y disminuye conforme el grado de desarrollo, con algunas excepciones.

Grafica 1
Extensión de la cobertura médica formal 2008*



Nota: El área dentro del círculo tiene la más baja cobertura médica. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) catalogó a los países tomando en cuenta todos los tipos de aseguramiento existentes en los diversos países.

Fuente: Tomado de Laurie Garret, "All for universal health coverage", *The Lancet*, 374, 2009.

Uno de los mayores problemas en cualquier sistema de salud es su financiamiento tanto para los países ricos como para los países pobres -dados los crecientes costos del tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas y la introducción de nuevos tratamientos y nueva tecnología-. El financiamiento

Tabla 1
Gasto en salud en PPP US\$ per cápita, 2008
(Paridad cambiaria de poder adquisitivo en relación al dólar estadounidense)

Países seleccionados de la OCDE	Gasto total	Gasto público	Gasto privado
México	852	46.9%	49.3%
Chile	999	59.5%	40.5%
Corea	1801	55.4%	35.0%
Suiza	4627	59.1%	30.8%
Israel	2244	57.0%	29.7%
Rep. Eslovaca	1738	69.0%	25.7%
Hungría	1437	71.1%	23.9%
Polonia	1213	72.2%	22.4%
Bélgica	3677	72.6%	22.2%
Turquía	767	67.8%	21.8%
España	2902	72.5%	20.7%
Estonia	1263	77.8%	19.6%
Italia	2870	77.2%	19.4%
Finlandia	3008	74.2%	19.4%
República Checa	1781	82.5%	15.7%
Suecia	3470	81.9%	15.6%
Islandia	3359	83.2%	15.3%
Austria	3970	76.9%	15.1%
Noruega	5003	84.2%	15.1%
Canadá	4079	70.2%	14.7%
Irlanda	3793	76.9%	14.4%
Nueva Zelanda	2683	80.4%	13.9%
Alemania	3737	76.8%	13.0%
Eslovenia	2329	72.3%	12.8%
Estados Unidos	7538	46.5%	12.1%
Reino Unido	3129	82.6%	11.1%
Francia	3696	77.8%	7.4%
Holanda	4063	94.3%	5.7%

Nota: La suma no necesariamente da 100% debido a que existen otros gastos no reportados

Fuente: Modificada de OECD Health data, june 2010.

puede provenir de cuotas obligatorias depositadas en un fondo común, de impuestos generales o de un sistema mixto que incluya co-pagos. En aquellos países con menos recursos, usualmente el co-pago es mayor y puede convertirse en gastos catastróficos para los no asegurados.

En la siguiente tabla pueden observarse una serie de países seleccionados de la OCDE y el monto total per cápita destinado a la salud, así como el porcentaje de este monto erogado por los gobiernos y el erogado directamente por los ciudadanos después de impuestos.

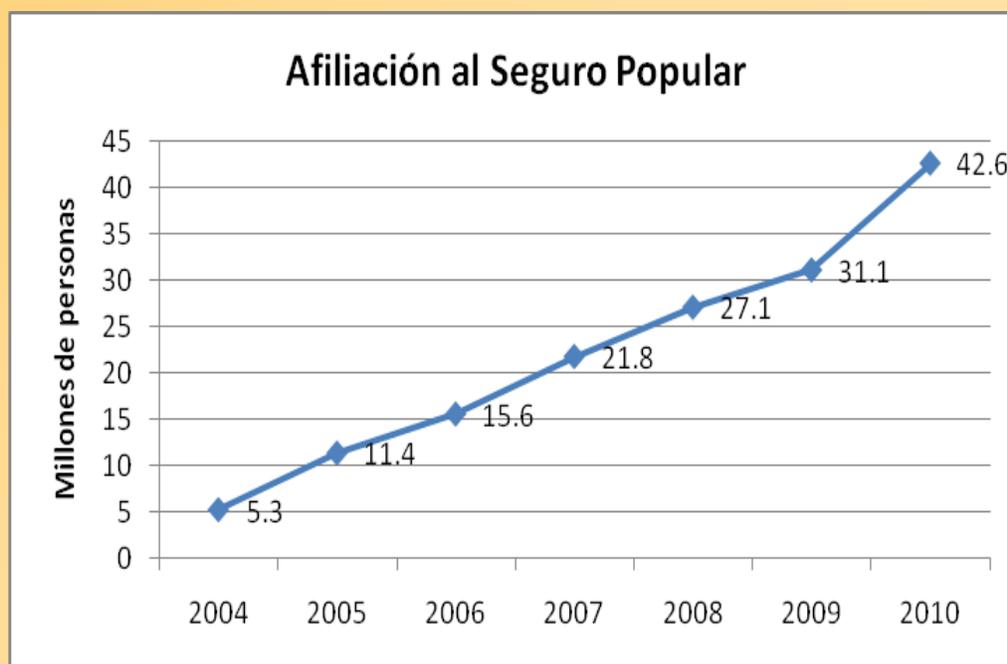
Los datos de la Tabla 1 están ordenados de acuerdo a la columna de gasto privado y puede apreciarse que la mayoría de los países miembros tiene un alto gasto per cápita en salud, con una alta proporción de gasto público y un relativo bajo gasto privado. El promedio de gasto privado en los países de la OCDE es de 20%. En la lista de países resalta México con un alto gasto privado o co-pago.

México: Seguro Popular

En el caso de México, a partir del año 2003 se inició un programa llamado Seguro Popular que tiene por objetivo incorporar en un sistema de protección médica a aquellos ciudadanos que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social y con el objetivo secundario de evitar los gastos catastróficos de la población pobre. El seguro popular permite financiar la atención prestada por la infraestructura descentralizada del sector salud e incrementar los recursos materiales y humanos.. Entre los objetivos generales del Sistema se encuentra la cobertura universal.

En la gráfica 2 puede apreciarse el crecimiento exponencial del registro de ciudadanos, este toma en cuenta padrones de otros programas federales y los considera población objetivo; el Sistema de Protección Social en Salud reporta que tiene un objetivo de registro para 2012, de 49 millones de personas.

Gráfica 2



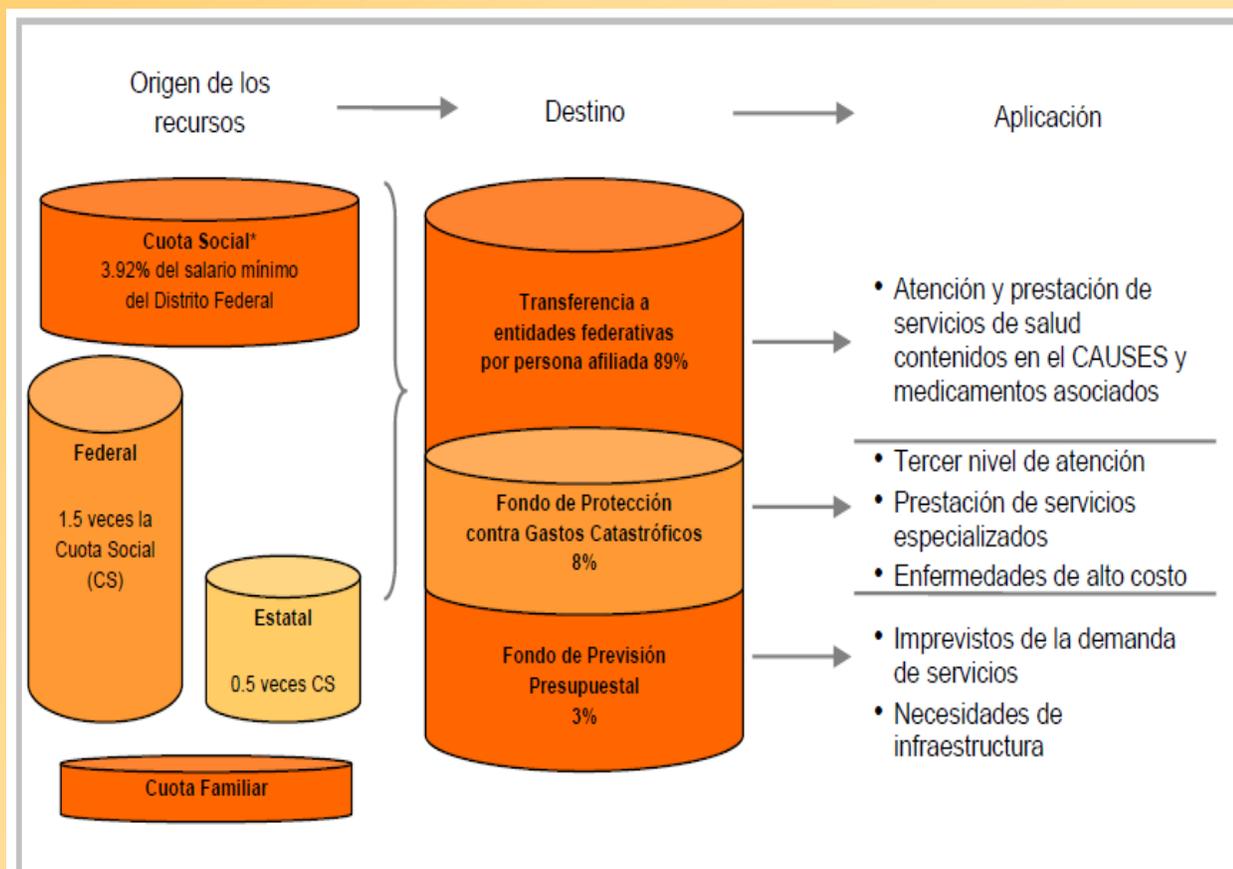
Fuente: Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud, Informe de resultados, 2010.

Los avances reportados muestran una cobertura en materia de salud prácticamente total en más de la mitad de los estados de la República y un consiguiente aumento de las transferencias de recursos federales a los sistemas de salud de los estados que prácticamente cubren todos los costos (83.3%) del servicio otorgado (véase Tabla 2), el resto es cubierto por el estado y por la familia si tiene poder adquisitivo (véase Tabla 4).

La cobertura de servicios de

salud del Seguro Popular se encuentra limitada a los descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causas), la lista cubre cerca del 100% de los servicios de primer nivel y 85% de los de segundo nivel y hospitalización y cirugía. La selección de tratamientos se base en criterios epidemiológicos por área de especialidad y de acuerdo al presupuesto existente- En la tabla 3 pueden apreciarse los conglomerados de enfermedades atendidas, donde cada

Tabla 2
ORIGEN, DESTINO Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS



* Actualización anual con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Fuente: CNPSS, Secretaría de Salud.

Fuente: Sistema de protección de la salud, Informe de resultados, enero-junio 2010, Secretaría de Salud

intervención puede agrupar un número determinado de enfermedades. Entre todas las intervenciones se cubren 1407 enfermedades.

Al comparar el seguro popular con otros seguros puede observarse (Tabla 4) una clara diferencia entre

los seguros no contributivos y los contributivos. Destacan dos elementos, los costos y la cobertura disímil de los servicios. Es claro que la enorme diferencia en el pago realizado por las familias para cubrir el riesgo de enfermedad no puede deberse a una diferencia

Tabla 3



Fuente: CAUSES 2010, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2010.

sustancial en los tratamientos, en todo caso se debe a acuerdos entre los organismos y los sectores de la población a los que sirven. En el caso de los seguros contributivos, la proporción del salario básico promedio pagada por este seguro representa el más bajo de los pagos, en el caso de los no contributivos, el seguro de gastos médicos mayores es desproporcionadamente más caro. El pago no necesariamente cubre los costos de los servicios si nos atenemos a los reportes financieros de las instituciones, en el IMSS, por

ejemplo, los dos seguros el obligatorio y el voluntario, presentan un creciente déficit atribuido por el Instituto al cambio de la estructura demográfica y su consecuente perfil epidemiológico.

En lo que respecta a la cobertura, esta es igualmente disímil y llegado el caso de elegir, no hay forma de identificar cuál de todos los servicios ofrece mejor calidad por el precio cobrado.

Tabla 4
Comparativo de costos anuales por familia y cobertura de seguros médicos, 2010

Tipo de seguro no contributivo	Aportación del estado	Aportación familiar promedio anual	Cobertura
Seguro Popular	\$2436.22	Ingreso \geq 50,000 anuales x decil, a partir del tercer decil 2.6% promedio del ingreso corriente anual. Cuota por decil de ingreso anual familiar iii-----714.0 iv-----1400.0 v-----2075.0 vi-----2833.6 vii-----3647.9 viii-----5650.4 ix-----7519.0 x-----11378.9	Catálogo Universal de Servicios de Salud. 100% de tratamientos de 1er nivel, incluye medicamentos y servicio dental básico. 95% de tratamientos de acciones hospitalarias de 2do nivel y tercer nivel de atención. (Limitado a los que no tienen seguridad social contributiva).
Seguro de salud para la familia IMSS	Sin Datos	Cuota anual por rango de edad 0 a 19 años \$1,321 20 a 39 años \$1,547 40 a 59 años \$2,307 60 más años \$3,472	Atención de primer, segundo y tercer nivel. (Limitado a los que no tienen seguridad social contributiva y no tienen enfermedades preexistentes crónicas)
Seguro de gastos médicos mayores	Ninguna	Promedio de la industria 25 mil pesos por familia joven.	Atención de tercer nivel con un límite de 1 millón de pesos por tratamiento.
Tipo de seguro contributivo			
Seguro médico trabajador ISSSTE	13.12% del SBC (\$2310 anual tomando el salario promedio de los cotizantes al ISSSTE).	2.75% del SBC (\$924 anual tomando el salario promedio de los cotizantes al ISSSTE).	Atención de primer, segundo y tercer nivel.
Seguro médico trabajador IMSS	13.9% Diferencia entre SBC y 3 SMGDF. .5% SBC. (\$3608.4 anual tomando el salario promedio de los cotizantes al IMSS).	.40% del SMGDF .25% del Salario Básico (\$304 anual, tomando el salario promedio de los cotizantes al IMSS).	Atención de primer, segundo y tercer nivel.

Fuentes: Ley del ISSSTE, Ley del Seguro Social, Sistema de protección de la salud, Informe de resultados, enero-junio 2010, Secretaría de Salud, Para el seguro de salud para la familia comunicación directa al IMSS.

Nota: Los cálculos se hacen a partir de los promedios de cotización reportados por las instituciones.

Cobertura universal

La importancia de una cobertura universal de aseguramiento médico es crucial; la mayoría de los estudios han mostrado que no sólo mejora las condiciones de vida de la población, sino que contribuye a una percepción de seguridad y de equidad entre los miembros de una sociedad (2). En este tenor, las evaluaciones externas realizadas al Seguro Popular han mostrado una disminución en los gastos privados y por consiguiente una reducción de los gastos catastróficos en la población objetivo (3). Sin embargo, la cobertura universal requiere un cuidadoso manejo de los recursos materiales y humanos, así como de los padrones de asegurados,

(2) Laurie Garret, "All for universal health coverage", *The Lancet*, 374, 2009.

(3) Gary King et al, "Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme", *The Lancet*, 373, April 2009.

(4) ASF, Análisis del informe de resultados 2008. Funciones de desarrollo social,

especialmente cuando se tratan de sistemas mixtos, contributivos y no contributivos.

En la mayoría de los países que poseen sistemas mixtos, existe la posibilidad de errores de registro, tanto por sobrestimaciones de familiares no registrados, como duplicidades, así como faltantes. Utilizando el último corte en 2009 de los reportes oficiales del IMSS, del ISSSTE y del Seguro Popular por estado, se aprecia en la tabla 5 que en algunos estados el número de derechohabientes ha superado a la población. Esto puede deberse a las estimaciones de familiares de derechohabientes que realizan el IMSS y el ISSSTE; dichas estimaciones son consignadas por los informes de la Auditoría Superior de la Federación con diferencias de 13.5 millones de personas para el IMSS y de 2.4 millones de personas para el ISSSTE (4).

Tabla 5
Derechohabiencia oficial en las tres principales instituciones, 2009

Estado	IMSS ¹	Seguro Popular ²	Issste ³	Suma de derechohabientes	Porcentaje en relación a la población en 2009	Población 2009 ⁴
República	49,134,310	31,132,949	11,589,483	91,856,742	85.4%	107,550,697
Distrito Federal	7,298,549	1,108,461	3,152,488	11,559,498	130.7%	8,841,916
Campeche	412,019	362,705	92,130	866,854	108.9%	795,982
Colima	333,691	234,625	74,979	643,295	107.1%	600,924
Aguascalientes	696,191	392,765	124,908	1,213,864	106.3%	1,141,946
Zacatecas	673,598	622,934	151,382	1,447,914	104.9%	1,379,752
Tabasco	684,009	1,259,003	164,300	2,107,312	102.8%	2,050,514
Nayarit	418,865	399,759	158,677	977,301	100.8%	969,540
Querétaro	1,093,387	515,916	122,639	1,731,942	100.7%	1,720,556
Sinaloa	1,507,770	770,155	343,907	2,621,832	98.8%	2,652,451
B. California Sur	321,667	123,015	113,053	557,735	98.6%	565,400
Tamaulipas	1,787,693	983,673	372,554	3,143,920	98.5%	3,193,017
Coahuila	1,788,952	469,323	288,374	2,546,649	96.9%	2,628,942
Guanajuato	2,399,741	2,080,049	396,352	4,876,142	96.7%	5,044,735
Nuevo León	3,347,270	611,148	231,474	4,189,892	94.2%	4,448,068
Durango	734,422	383,101	314,097	1,431,620	92.3%	1,550,417
San Luis Potosí	1,099,801	861,518	273,176	2,234,495	89.9%	2,484,949
Quintana Roo	714,867	315,719	123,299	1,153,885	87.8%	1,314,062
Jalisco	4,009,078	1,710,472	371,729	6,091,279	86.8%	7,016,595
Chihuahua	1,963,164	665,328	296,507	2,924,999	86.2%	3,391,617
Yucatán	877,020	618,059	158,964	1,654,043	86.1%	1,921,959
Sonora	1,387,130	511,152	240,730	2,139,012	85.2%	2,510,562
Morelos	608,164	603,442	199,615	1,411,221	84.3%	1,674,795
Hidalgo	718,267	1,072,325	243,973	2,034,565	84.0%	2,421,606
Tlaxcala	295,154	533,082	113,448	941,684	83.0%	1,134,844
Baja California	1,724,713	594,928	155,614	2,475,255	78.2%	3,165,776
Michoacán	1,387,030	1,231,370	397,840	3,016,240	76.1%	3,964,009
Guerrero	736,633	1,146,246	481,752	2,364,631	75.3%	3,140,529
Oaxaca	756,348	1,547,336	360,873	2,664,557	75.0%	3,550,788
Veracruz	2,572,934	2,392,627	475,914	5,441,475	74.8%	7,278,690
Chiapas	811,912	2,069,736	288,465	3,170,113	70.3%	4,507,177
Puebla	1,605,814	1,571,934	328,606	3,506,354	62.0%	5,651,371
México	4,368,457	3,371,043	969,314	8,708,814	58.7%	14,837,208

1 IMSS, *Memoria estadística 2009*, Coordinación de afiliación al régimen obligatorio, (www.imsss.gob.mx, acceso 1 de febrero de 2011).

2. Sistema de protección de la salud, Informe de resultados, enero-junio 2010, Secretaría de Salud.

3. ISSSTE, Anuario estadístico 2009, (www.issste.gob.mx, acceso 1 de febrero de 2011).

4. Estimación de CONAPO, (www.conapo.gob.mx, acceso 1 de febrero de 2011).

INEGI ofrece una estimación de la derechohabiencia en el país en la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009 (ENESS), basada en un módulo de la encuesta periódica más grande del país la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. La ENESS recoge datos de 76 428 hogares en el país y reporta los siguientes datos:

La diferencia entre las cifras oficiales y las que muestra la encuesta (Tabla 6) se deben, en el caso del IMSS y del ISSSTE, a

estimaciones sobre los familiares no registrados en las unidades familiares de los trabajadores. El caso del Seguro Popular es más complicado pues cada familia es registrada y dada de alta, a menos que se les registre sin que ellos estén enterados o se encuentren doblemente afiliados. Un adecuado padrón de derechohabientes se vuelve relevante mientras no se homologuen los servicios y la calidad de éstos entre los distintos proveedores.

Tabla 6

Estimaciones de la ENESS sobre derechohabiencia nacional en servicios médicos, 2009

Tipo de institución	Personas (Millones)
IMSS	34.5
ISSSTE	6
SPSS-SSA	18.9
Otra pública	3.4
Institución privada	1
Total	63.8

Fuente: INEGI, ENESS, 2009.

**Centro de Estudios Sociales
y de Opinión Pública**

Cámara de Diputados
Av. Congreso de la Unión No. 66
Col. El Parque, Del. Venustiano Carranza
C.P. 15969 México, D.F.
Teléfono: 55-5036-0000
Ext. 55237
Correo: cesop@congreso.gob.mx

El Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública a través de este documento, **En contexto**, entrega a los legisladores federales información generada por instituciones y especialistas que, por la importancia de su contenido, ponen **en contexto** los temas más relevantes de la agenda legislativa y de los problemas nacionales.