

## Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI

### Antecedentes

El Seguro Popular (SP) entró en funcionamiento en 2004 como mecanismo de ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El SP era un esquema de aseguramiento público en salud a través de afiliación voluntaria, dirigido a la población que no contaba con seguridad social vía una relación laboral, con el fin de disminuir sus gastos en salud. La incorporación al SP tenía una vigencia de tres años.

Mediante esta afiliación, las familias beneficiarias recibían el acceso a un conjunto de beneficios de atención médica comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contemplaba 284 intervenciones médicas hasta 2019, agrupadas en 5 conglomerados: prevención y promoción en salud, medicina general y de especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia.

Asimismo, otorgaba acceso a servicios médicos de alta especialidad para la atención de enfermedades de alto costo que podían poner en riesgo la vida y el patrimonio familiar mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el cual era operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El modelo financiero del SPSS se sustenta en un esquema tripartita con aportaciones del gobierno federal, de las entidades federativas y contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica. Las aportaciones al SPSS y el mecanismo de actualización estaban contenidos en la Ley General de Salud.

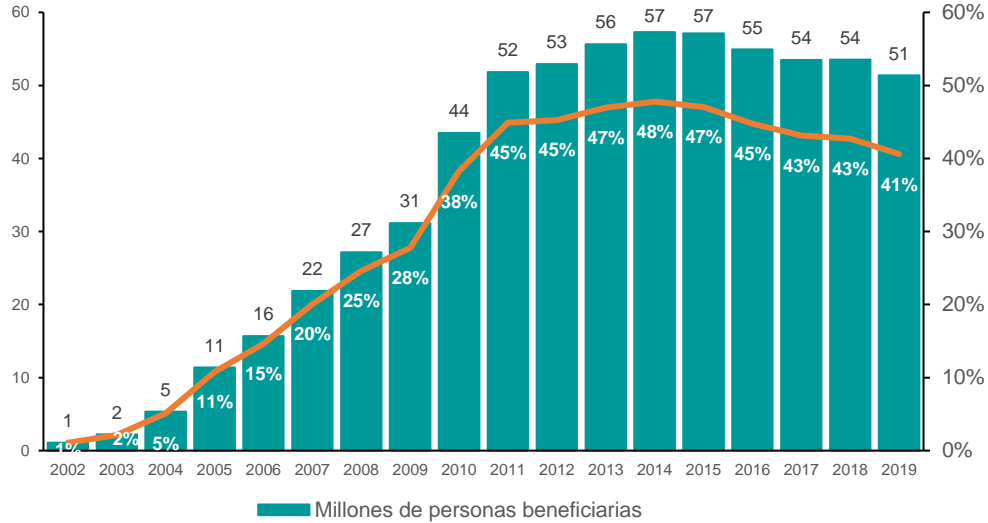
El Gobierno Federal realizaba una aportación anual, por persona afiliada al SPSS, la cual se integraba de los siguientes conceptos:

- 1) Una Cuota Social (CS), equivalente a 3.92% de un Salario Mínimo general vigente diario del 2009, para la Ciudad de México, que se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el ejercicio 2018, el monto de esta aportación era de 1,111.83 pesos, y
- 2) Una Aportación Solidaria Federal (ASF), equivalente a un monto que debe representar al menos una y media veces el importe de la Cuota Social. El promedio nacional para 2018 ascendió a 1,667.74 pesos. Los gobiernos de las entidades federativas efectuaban una Aportación Solidaria Estatal (ASE), por persona afiliada, la cual debe ser, al menos, en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. En 2018, el monto mínimo de este concepto era de 555.91 pesos por persona.

La aportación gubernamental anual por afiliado en el 2018 ascendía en promedio a 3,335.48 pesos por persona.

De esta manera, desde 2002 la afiliación al SP creció gradualmente; la gráfica 1 muestra la evolución de la población afiliada al SP, así como el porcentaje que representaba del total del país.

**Gráfica 1.** Población afiliada al Seguro Popular 2002-2019, según registros administrativos



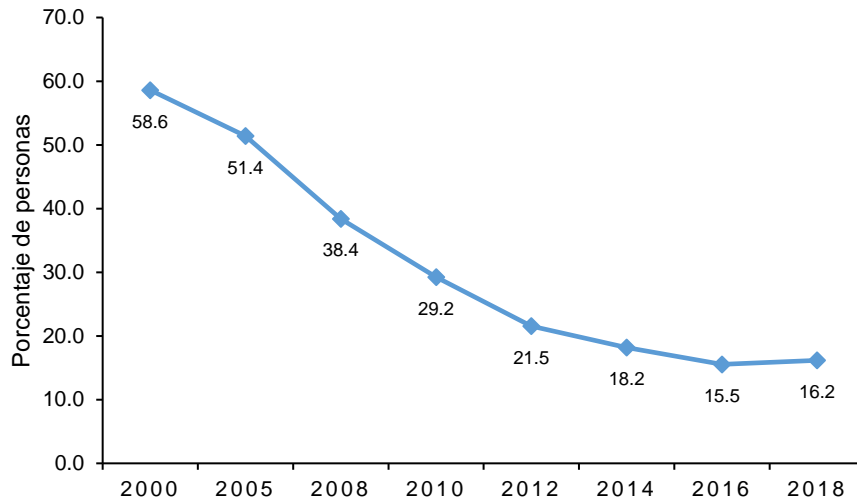
\*Cifras a junio de 2019.

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de Registros Administrativos del Seguro Popular y del CONAPO.

El Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) inició operaciones en 2007. Su objetivo era financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de las niñas y niños menores de cinco años incorporados al SPSS, a través del otorgamiento de intervenciones de salud complementarias a las establecidas en el CAUSES y a los servicios médicos de alta especialidad para enfermedades de alto costo cubiertas por el FPGC. En 2019, se reportaron poco más de 4.4 millones de niños afiliados al SMSXXI.

Para el periodo 2008-2018, la carencia por acceso a servicios de salud (medida únicamente como afiliación) se redujo 22.9 puntos porcentuales. La disminución presentada en este indicador se debió sobre todo al avance en la afiliación al Seguro Popular.

**Gráfica 2.** Evolución del indicador de carencia por acceso a los servicios de salud, México, 2000-2018



Fuente: Estimaciones del CONNEVAL con base en los Censos de Población y Vivienda de 1990 y 2000; el Censo de Población y Vivienda 2005, el MCS-ENIGH de 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

A pesar de esta reducción en la carencia por acceso a los servicios de salud, el sistema de salud mexicano aún enfrentaba numerosos retos, entre los que se identificó mejorar la calidad de los servicios, que era heterogénea entre entidades federativas y municipios, y que además afectaba variables clave como la mortalidad materna.

### Fortalezas del SPSS

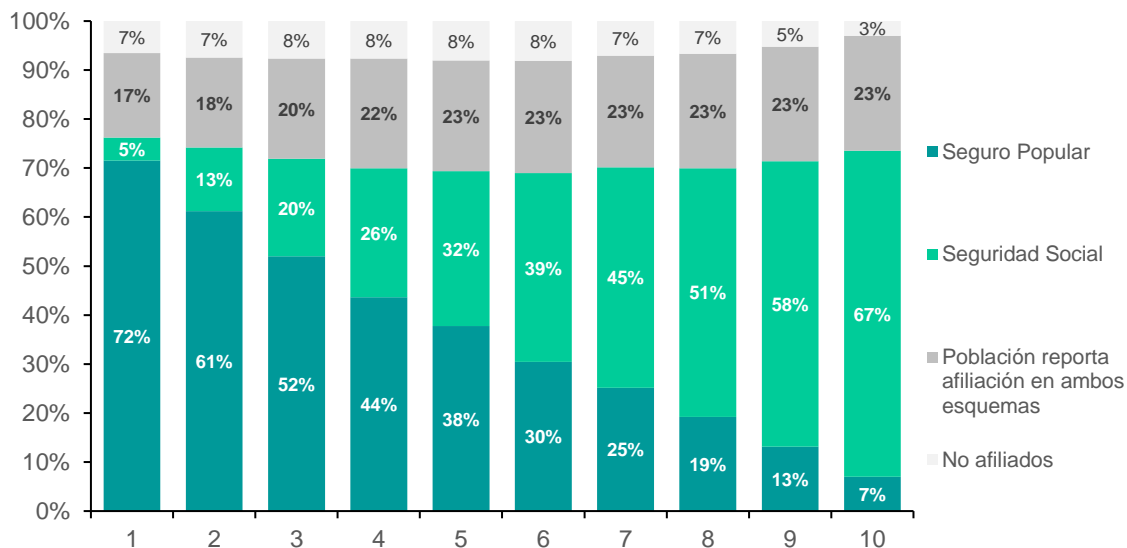
- El SP se consideraba de gran relevancia dado que era el **principal instrumento** con el que contaba el Estado Mexicano **para garantizar el derecho humano de la protección de la salud y disminuir el rezago por acceso a los servicios de salud**, a través de un esquema de aseguramiento público.
- La afiliación al SP creció de manera pronunciada en los últimos años. La población afiliada aumentó **de 15.7 millones de personas en 2006** a alrededor de **51 millones en 2019**, de acuerdo con registros administrativos.
- La evaluación de impacto del SP de 2008 mostró que **la afiliación al SPSS reducía en seis puntos porcentuales la prevalencia del gasto en salud y en tres puntos porcentuales la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud**, y evitaba que miles de familias pusieran en riesgo su estabilidad financiera por cuestiones de salud.
- La reducción general en el gasto de bolsillo por motivo de salud muestra una **mejora en las condiciones en los hogares con mayor vulnerabilidad financiera**.
- Las diferentes evaluaciones con las que cuenta el SP, muestran que el programa tenía una **eficiencia de cobertura por arriba de 99% de su población objetivo**.
- Los hospitales parecían responder a los incentivos del SPSS, en particular, una evaluación al SMSXXI<sup>1</sup> documenta **mejoras en la disponibilidad de recursos en**

<sup>1</sup> BID, (2018).

**salud para la atención hospitalaria. Se observa un aumento de los recursos específicos de la atención neonatal, como incubadoras y cunas, obstétricos y de los médicos especialistas.**

- El efecto del Seguro Popular en cuanto al acceso a servicios de salud es en especial significativo en la población con menores ingresos. Al respecto, **los deciles más bajos de ingreso estaban mayormente afiliados al Seguro Popular.**

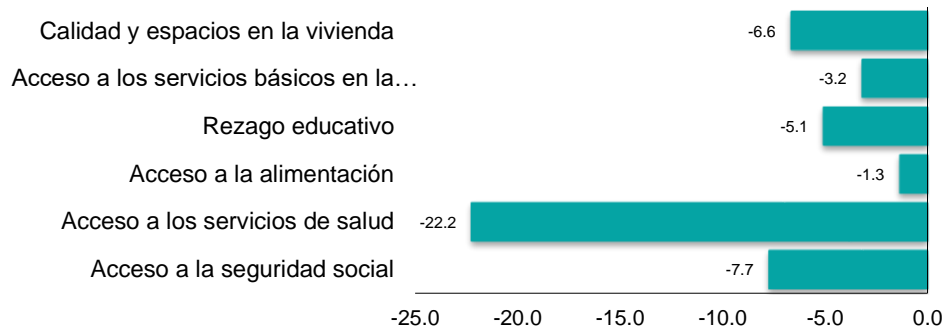
**Gráfica 3.** Composición de la afiliación a la Seguridad Social y al Seguro Popular por deciles de ingreso corriente total per cápita, 2018



Fuente: elaboración de CONEVAL con base en la ENIGH 2018.

- **La población con carencia por acceso a la salud, de acuerdo con la medición de pobreza del CONEVAL, disminuyó alrededor de 22 puntos porcentuales.** Esta es la carencia que disminuyó de manera más pronunciada entre las consideradas para la medición de la pobreza (gráfica 4). La reducción de la carencia de acceso a los servicios de salud coincide con el avance de cobertura del SP.

**Gráfica 4.** Cambio porcentual por carencia social, México 2008-2018



Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en los Censos de Población y Vivienda de 1990 y 2000; el Censo de Población y Vivienda 2005, el MCS-ENIGH de 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

## Retos del SPSS

- El SPSS centraba sus esfuerzos en la afiliación, sin considerar de forma prioritaria **la calidad de los servicios que se brindaban a la población afiliada.**
- El SPSS operaba a través de diferentes catálogos (CAUSES, FPGC, SMSXXI) que definen las intervenciones que son susceptibles de ser ofrecidas por los prestadores, lo cual, **limita la garantía del derecho al acotar la protección a una serie de intervenciones predefinidas.**
- La prestación de los servicios se realizaba, principalmente, a través de los Sistemas Estatales de Salud, los cuales cuentan con una **capacidad de respuesta y calidad de los servicios muy heterogénea entre estados.**
- **No se contemplaban esquemas de incentivos relacionados con financiamiento basado en resultados,** que asociaran las transferencias a las entidades con indicadores de resultados de salud de la población.
- El SP generó **un aumento del uso de servicios de salud que no fue acompañado por un aumento en la capacidad de respuesta de los sistemas estatales** a través del incremento en infraestructura y recursos humanos.
- **Se podían generar incentivos para que los posibles usuarios ocultaran su estatus de afiliación a instituciones de seguridad social** para poder recibir los beneficios del programa en el caso de considerar que los mismos se ajustaran más a sus necesidades, como puede ser la proximidad geográfica de las unidades médicas de atención que, en el caso de las zonas geográficas de más difícil acceso, casi siempre corresponden a unidades de los Servicios Estatales de Salud.
- Sobre la percepción de los beneficiarios, **los aspectos peor valorados del SP se refieren a los tiempos de espera para recibir atención tanto en urgencias como en citas programadas,** así como el surtimiento de medicamentos.
- **Respecto al SMSXXI, este enfocaba sus esfuerzos en la afiliación sin considerar la tutela de los derechos de los beneficiarios.** Esto es que, una vez ingresados al sistema, no había un seguimiento en la atención del beneficiario, de

tal forma que se pudiera conocer si había logrado acceder a la atención requerida de forma oportuna y había logrado resolver sus necesidades de atención.

- Aun cuando las Reglas de Operación del SMSXXI señalaban la importancia de la prevención y atención integral en los primeros años de vida, **el objetivo del programa se enfocaba en la protección financiera de las familias y no en la protección, promoción o restauración de la salud de su población objetivo.**
- **El SMSXXI no contaba con indicadores adecuados** que aportaran información suficiente para emitir un juicio sobre el desempeño del programa.

## BIBLIOGRAFÍA

Banco Interamericano de Desarrollo (2018). Evaluación del impacto del Seguro Médico Siglo XXI: Efectos sobre gasto de bolsillo, egresos hospitalarios, mortalidad, antropometría y morbilidad. Disponible en

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/495825/S201\\_2018\\_Complementaria.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/495825/S201_2018_Complementaria.pdf)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Disponible en

[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (2018a). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018. Disponible en

[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN\\_EJECUTIVO\\_IEPDS2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2018). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016. México.

Knaut et al., (2018). Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. Disponible en

<http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9064/11546>

Pérez-Cuevas, R., Chertorivski, S., Cortés-Gallo, G, Rodríguez-Ortega, E., Caballero, F., Muñoz-Hernández, O., (2012). Lessons learned from the first evaluation of the Medical Insurance for a New Generation: Bridging research and policy. Salud Pública, México.

Pfutze, T., (2014). The effects of Mexico's Seguro Popular health insurance on infant mortality: an estimation with selection on the outcome variable. World Development. Disponible en

<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.02.008>

Sosa, S., (2009). Heterogeneous impact of the "Seguro Popular" program on the utilization of obstetrical services in Mexico, 2001–2006: A multinomial probit model with a discrete endogenous variable. J Health Economics 2009. Disponible en

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.08.002>