

Seguro Popular

Ideas para el debate

Grupo Parlamentario del PRD en la LIX Legislatura
de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión
Av. Congreso de la Unión, núm. 66
Col. El Parque
15969 México, D.F.

Seguro Popular / Ideas para el debate
Clara Brugada Molina (coordinadora)

México, junio de 2004

Cuidado de la edición
Renata Soto-Elizaga

Diseño de interiores
María de Lourdes Álvarez López
Irma Leticia Valera Jaso

Diseño de portada y formación de interiores
María de Lourdes Álvarez López

Corrección
Alberto Lara Castillo
Renata Soto-Elizaga

Asistencia editorial
Susana Nolasco Arano

El texto de este libro está disponible en formato PDF y puede obtenerse en:
«<http://prd.diputados.gob.mx/publicaciones.htm>».
Se autoriza plenamente (y se agradece) su reproducción, siempre y cuando
se cite la fuente.



Centro
de Producción
Editorial

Seguro Popular

Ideas para el debate

Clara Brugada Molina
(Coordinadora)



 Grupo Parlamentario del PRD
Cámara de Diputados
Congreso de la Unión
LIX Legislatura

Grupo Parlamentario del PRD
en la LIX Legislatura de la Cámara de Diputados
del Congreso de la Unión

Mesa Directiva

Pablo Gómez Álvarez, coordinador general; *René Arce Islas*, vicecoordinador general; *Adrián Chávez Ruiz*, presidente de Debates del Pleno; *Elpidio Tovar de la Cruz*, coordinador de Administración Interior; *Inti Muñoz Santini*, coordinador de Comunicación Social; *Horacio Duarte Olivares*, coordinador Jurídico; *Eduardo Espinoza Pérez*, coordinador de Proceso Legislativo; *Inelvo Moreno Álvarez*, coordinador de Desarrollo Económico; *Maria del Rosario Herrera Ascencio*, coordinadora de Desarrollo Rural y Medio Ambiente; *Marbella Casanova Calam*, coordinadora de Equidad Social; *Alfonso Ramírez Cuéllar*, coordinador de Finanzas Públicas; *Emilio Zebadúa González*, coordinador de Política Interior y Reforma del Estado; *Eliana García Laguna*, coordinadora de Seguridad, Justicia y Derechos Humanos; *Clara Brugada Molina*, coordinadora de Política Social; *Juan José García Ochoa*, coordinador de Relaciones Internacionales; *Marcela González Salas*, vicepresidenta de la Cámara de Diputados.

Índice

- 9 Presentación
- 13 El foxismo no es un humanismo:
es un fraude / Diez evidencias sobre
el caso del Seguro Popular
Gustavo Leal F.
- 23 Sistema de Protección Social
en Salud / Seguro Popular
Asa Cristina Laurell
- 29 El Seguro Popular de la Salud,
¿a quiénes beneficia y a qué costo?
Gabriel Lara y Rocío Campos
- 39 Seguro Popular y Oportunidades
Julio Boltvinik
- 45 Anexo
Decreto por el que se reforma
y adiciona la Ley General
de Salud

Presentación

En mayo de 2003, el Ejecutivo Federal publicó la reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), que establece un nuevo modelo de atención médica a la población no integrada a los sistemas formales de seguridad social, es decir, a la llamada población abierta.

Con esta reforma, el gobierno federal se propone ordenar las asignaciones actuales de presupuesto, corregir los desequilibrios financieros y las inercias históricas, transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica y establecer corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y ciudadanía.

Los críticos de la reforma han advertido sobre la inviabilidad técnica, social y financiera del Seguro Popular y han señalado que, con este nuevo mecanismo, el gobierno federal renuncia a su responsabilidad de otorgar servicios gratuitos de salud a la población que no tiene acceso a ellos a través de instituciones de seguridad social.

También se ha referido que el Seguro Popular creará una nueva segmentación en la población abierta, lo cual, lejos de orientarse a la progresividad, abre una nueva brecha entre la población que ya estaba

en desventaja social, especialmente respecto a la protección de su salud.

De igual forma, se ha advertido sobre el costo que tendrá para las finanzas públicas federales y estatales la operación del Seguro Popular, ya que las entidades federativas deberán realizar contribuciones crecientes para financiar este nuevo sistema, lo cual, a la postre, les generará graves presiones financieras, particularmente a los estados más pobres, que concentran las mayores proporciones de población abierta.

Otro aspecto relevante es la inexistencia de condiciones materiales para el funcionamiento óptimo de este nuevo esquema de atención a la salud, ya que prevalece la insuficiencia de infraestructura médica, así como de recursos humanos y financieros para cumplir con las obligaciones que establece la Ley para los Sistemas Estatales de Salud. Esto, según los especialistas, provocará que el segmento de la población que no forme parte del Seguro Popular termine financiando, por medio de cuotas de recuperación, los servicios

que se presten a las familias incorporadas a este nuevo sistema.

Por ser del interés de todos los diputados/as del Grupo Parlamentario del PRD, se presentan en esta publicación los trabajos expuestos en el Seminario, que reúne distintas visiones acerca del Seguro Popular. Gustavo Leal analiza los problemas del diseño, operación y financiamiento. Asa Cristina Laurell revisa cada uno de los componentes de este nuevo sistema, advierte sobre los impactos financieros, principalmente sobre los servicios de salud a cargo de las entidades federativas, y sugiere otras vías para la atención médica de la población abierta y para lograr la cobertura universal y hacer efectivo el derecho a la salud. Gabriel Lara y Rocío Campos (de Fundar) examinan los problemas que enfrenta este esquema para operar como lo marca la Ley, sus requerimientos presupuestarios inmediatos y futuros y la profundización de la brecha de la inequidad entre las regiones y entidades federativas del país. Julio Boltvinik nos presenta un trabajo donde advierte sobre la dualidad y duplicidad que existirá entre el Seguro Popular y el componente de Salud de Oportunidades y abunda sobre las limitaciones conceptuales y de diseño que tiene este programa respecto a la atención a la salud de las familias más pobres del país.

Con estos documentos, el Área de Política Social contribuye a enriquecer el debate sobre la

pertinencia y las implicaciones que tendrá el Seguro Popular en el sistema público de salud, las instituciones, el financiamiento y los servicios de salud a cargo de los estados.

Con ello queremos abrir un espacio de reflexión que nos permita iniciar un análisis integral

de los problemas y retos que enfrenta la salud en México y establecer las líneas fundamentales que se requieren para impulsar la reformas que garanticen la cobertura universal de los servicios de salud.

Dip. Clara M. Brugada Molina
Coordinadora del Área de Política Social
Junio de 2004

El foxismo no
es un humanismo:
es un fraude

Diez evidencias sobre el caso
del Seguro Popular

GUSTAVO LEAL F.*

Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

Primera evidencia:

Saldos parlamentarios de abril de 2003

Ese mes fue aprobada la reforma a la Ley General de Salud para el Seguro Popular. En esta ocasión, la calidad de la labor del Congreso de la Unión resultó inquietante.

La Cámara de Senadores adoptó íntegramente el cuerpo de la reforma, agregando algunas palabras que sólo complicarán su posterior reglamento. Sólo senadores del Partido de la Revolución Democrática votaron en contra. Llamó la atención el voto y defensa a favor de ésta por parte del perredista Demetrio Sodi de la Tijera.

En la Cámara de Diputados la situación fue diferente. En desaseada votación, 105 legisladores de los cerca de 400 que emitieron su voto, la rechazaron tajantemente. El debate, que duró poco más de cuatro horas, tuvo profundas diferencias entre los legisladores. Se dio el caso de un votante cínico que después de aprobarla declaró:

...una ley sin *fondeo*, sin recursos, no es más que un catálogo de buenas intenciones. Esto que aprobamos por premura y por una decisión unilateral del Senado de la República, no cuenta con recursos.

¿Entonces, por qué la aprobó? El responsable de esta declaración era, entonces, presidente de la Comisión de Hacienda. ¿Su filiación? Priista. ¿Su nombre? Óscar Levín Coppel. Pero el gobierno del “cambio” supo premiar su “audacia”: hoy, Levín Coppel es presidente de la Condusef (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros).

Y como sucedió en el caso del Senado de la República, sólo la fracción panista votó entera a favor. Sólo faltaba que el senador panista Javier Corral Jurado escribiera que se trata “de una de las más importantes reformas que se hayan generado en el país en los últimos años”, aunque inexplicablemente “no suscitan el entusiasmo de la mayoría de los medios de comunicación, que no han dado relevancia a las bondades de este trabajo”.

Segunda evidencia:

¿Por qué tiene y tendrá problemas de diseño el Seguro Popular?

La LVIII Legislatura no trabajó suficientemente sobre esta “reforma”.

Las comisiones camarales: *a)* no corrigieron la falta de consulta a la sociedad; *b)* tampoco mejoraron la “identificación” del problema público; *c)* no corrigieron su formulación sesgada; *d)* pasaron por alto su diseño arriba-abajo; y *e)* soslayaron su instrumentación centralista, muy poco operativa y que recarga irresponsablemente los costos decisorios, económicos, organizacionales y médico-clínicos sobre las entidades federativas.

Además, los legisladores tampoco enfrentaron: *a)* los fuertes énfasis financieros del diseño; *b)* la poca o nula visibilidad de sus repercusiones sobre la atención de daños y el nivel de salud de la población; *c)* la formulación de un Paquete Básico Esencial “plus” preventivista y dotado de baja capacidad resolutive médico-clínica; *d)* el enfoque hacia la mercantilización de la atención con subordinación de la práctica médico-clínica; *e)* la ausencia de adecuada perspectiva clínica y clínico-hospitalaria; *f)* su base financiera poco definida; y *g)* la ausencia de evidencia internacional sólida.

Pero para el panista, entonces presidente de la mesa directiva de la Cámara de Diputados, Armando Salinas Torre, la “reforma aporta hacia el proyecto humanista que la sociedad demanda y merece. El acontecimiento merece beneplácito, dado que se sostiene en un enfoque en verdad federalista y democrático”.

Tercera evidencia:

¿Por qué tiene y tendrá grandes problemas la operación del Seguro Popular?

Su problema consiste en que postula una oferta de atención cuyo cumplimiento implica disponibilidad de calidad médica, recursos e infraestructura con los que no se cuenta. Crea expectativas que no podrán ser cumplidas.

Lo demuestran los procesos de no reafiliación de Guerrero y el Estado de México. Pero más pobre es, todavía, su *capacidad* para atender a las poblaciones campesinas. Después de las movilizaciones del El Campo No Aguanta Más, la respuesta gubernamental se resume en las siguientes palabras del coordinador de Procampo, Juan Antonio Fernández Ortiz:

Además de ser mayores de 65 años, con menos de cinco hectáreas y que no estén afiliados ni al IMSS ni al ISSSTE, para disponer del Seguro Popular también es requisito indispensable que los productores tengan una unidad de salud cerca del Centro de Atención para el Desarrollo Rural al que pertenecen.

Procampo no tiene recursos; lo que se destinará a este proyecto de salud forma parte de los 2 800 millones de pesos adicionales que se consiguieron para cumplir los principios del Acuerdo Nacional para el Campo.

Para poder ser beneficiario, los productores deben residir en cualquiera de los ocho estados que firmaron convenio con la Secretaría de Salud: Campeche, Tamaulipas, San Luis Potosí, Baja California, Guanajuato, Sinaloa, Sonora y Zacatecas.

¿Se puede ser aún más restrictivo? No obstante lo cual, desde la Secretaría de Salud, Héctor Hernández Llamas expresó que:

...debido a la limitada infraestructura de clínicas y hospitales en el medio rural, los compromisos del Acuerdo Nacional para el Campo en materia de salud sólo podrán cumplirse en los ocho estados que tienen centros de salud. Además con un *empujoncito* de 50 mil pesos a cada uno podrán funcionar a cabalidad. Están fuera de esta posibilidad las entidades del sur del país, donde las carencias son graves. Los beneficiarios serán elegidos del padrón del Procampo.

Y, con su proverbial *optimismo* de escritorio, Julio Frenk se atrevió todavía a destacar que: “con los

cambios hechos a la Ley de Salud se garantizó la continuidad de IMSS-Oportunidades, el cual será pilar fundamental para el éxito del Seguro Popular”.

A pesar de que, según admitió Javier Cabral Soto, coordinador de IMSS-Oportunidades, el programa: “actualmente tiene saturación de demanda de servicios”.

Y eso no es todo. Aun contando con todos los recursos humanos, físicos y de infraestructura, la operación del Seguro Popular va al fracaso. ¿Por qué? Muy sencillo: además de que su viabilidad depende del magro ingreso disponible de las familias, su mejor puesta en operación sólo puede acabar generalizando la “cultura” del “seguro”; una “cultura” que se traduce en estigmatización de los “pobres” y selección adversa.

Su mejor operación, aun en óptimas condiciones, sólo premiará a aquellos que puedan pagar algo y sacrificará, consecuentemente, a todos los que no puedan: los jóvenes, enfermos crónicos y adultos mayores, entre otros. En una palabra: el Seguro Popular fracasará en la misma

medida en que pretende operar la segregante *cultura* de la *atención administrada* de la salud.

No obstante, después de desayunar con Julio Frenk, Germán Dehesa escribió que “Frenk es una interesantísima conjunción de ciencia, paciencia e inteligencia. No pudo haber expuesto las cosas con mayor claridad y puntualidad. Imaginen la larga negociación con el Poder Legislativo y apreciemos el buen éxito que se obtuvo. Creo que es una ocasión enormemente celebrable y es una iniciativa digna de todo apoyo”.

Cuarta evidencia:

¿“Atención médica integral” sin recursos?

Con poco bombo y deslucido boato, el diputado panista Armando Salinas Torre, el senador priista Fidel Herrera y el gobernador perredista Ricardo Monreal acompañaron a Fox y a Frenk a la ceremonia en la que se suscribió el decreto que legaliza el engendro denominado Seguro Popular. Vicente Fox expresó que:

A partir de enero próximo, las familias incorporadas al sistema actual de Seguro Popular podrán recibir una atención médica integral que incluye consultas, vacunas, medicamento, servicios hospitalarios y de urgencia, servicios de ginecología, pediatría y gerontología.

Los fondos provendrán de un esquema tripartita, en el que el gobierno federal aportará la mayor

parte, las entidades federativas una proporción menor y las familias una cuota acorde con su capacidad de pago.

El diputado Salinas Torre, en su calidad de presidente de la Mesa Directiva de la cámara que aprobó divididamente el engendro, acotó:

Tocó el turno a la salud, y una vez más pudimos comprobar que no es el gran montaje lo que produce resultados, sino la prudencia, el diálogo y la discreción de los actores. El Sistema de Protección Social en Salud reducirá seis veces el gasto mensual para la salud por parte de las familias más pobres, el cual irá de 118 a 20 pesos.

Por su parte, el senador Herrera, en su calidad de presidente en funciones de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, puntualizó: “Quedamos claros al alcanzar el acuerdo: el sistema público de salud no se privatiza”.

Para no quedarse atrás y, tal vez, no levantar polvaredas debido a su filiación perredista, el gobernador Monreal fue aún más lejos, e, invocando a Maquiavelo, advirtió:

Debemos ser enfáticos y categóricos: no estamos de acuerdo con la privatización de la seguridad social. En este momento, todos los estados de la república nos veríamos imposibilitados para

enfrentar la responsabilidad legal de la reforma.

Son tiempos de recordar al político florentino que, al comentar aquellos famosos discursos de Tito Livio, decía que, cuando los ciudadanos elevan con energía sus reclamos y demandas, cuando cuestionan su urgente cumplimiento, es hora de recordarles sus deberes. Si no hay contribución, no habrá recursos y no habrá salud. No habrá cumplimiento de la ley en esta y otras materias.

No pudiendo guardar silencio y flanqueado por su “maestro”, Guillermo Soberón, y el director “financiero” del Instituto Mexicano del Seguro Social, Santiago Levy, el siempre optimista, Julio Frenk, se animó a comunicar que:

El objetivo fundamental de la reforma a la Ley General de Salud es transformar la estructura financiera del sector salud. Con la protección social de la salud avanzamos también en el objetivo de democratizar la salud.

¿Pero es que ofertar un Seguro Popular escasamente “integral” y sin recursos, como advirtió Monreal, equivale, acaso, “a dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales”? ¿Eso es “democratizar” la salud?

Aunque para Luis Felipe Bravo Mena, presidente del PAN, la reforma pone el acento en el “desarrollo de un modelo básico de atención que privilegia las acciones preventivas y un activo involucramiento de los beneficiarios en el autocuidado de su salud”.

La primera felicitación pública a Fox, Frenk y al Congreso de la Unión por la aprobación de la “reforma” provino de la Asociación Nacional de Fabricantes de Medicamentos (Anafam). Poco después, Antonio Pascual Feria, presidente de la Asociación Nacional de Farmacias de México (Anafarmex), aseguraba que, “una vez que entre en vigor el Seguro Popular, el suministro de medicamentos se va a realizar por medio de las farmacias privadas, muchas de las cuales ya se preparan para la certificación requerida y poder así entrarle al juego”.

Quinta evidencia:

Recurso de inconstitucionalidad

Afortunadamente, el Partido de la Revolución Democrática, a través de su expresidenta, Rosario Robles, anunció que promoverá un recurso de inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación contra la “reforma” de Frenk.

Mientras, López Obrador llamó a:

...realizar una reforma legal para que las autoridades garanticen el derecho a la salud, porque de lo contrario no se puede hablar de una sociedad justa.

Sexta evidencia:

El Seguro Popular se pinta de azul

Con tan poco que ofrecer para las elecciones intermedias de 2003, el Partido Acción Nacional de Bravo Mena se acogió tímidamente al cuestionado Seguro Popular:

...uno de los tres ejes centrales en las campañas de los candidatos del PAN es reforzar el sistema de salud, además de elevar la calidad de la educación y propiciar el crecimiento económico.

Y así les fue. Seis de cada diez electores se abstuvieron y un millón de votantes anulaban su boleta en casilla.

Pero el PAN es persistente. Al comunicar su Agenda Legislativa 2003-2006, informó que en el

tema de superación de la pobreza, impulsará el Seguro Popular.

Séptima evidencia:

Truena la operación del Procampo

En franco clima poselectoral y muy poco después de sus alegres declaraciones sobre el aseguramiento rural, Hernández Llamas, de la Ssa, y Fernández Ortiz, del Procampo, reconocieron que, al mes de junio:

...se habían inscrito 26 mil jefes de familia, 3 por ciento de las familias rurales. La cobertura ha sido obstaculizada por carencia de recursos y falta de infraestructura adecuada en las entidades. Aunque el costo real del seguro es de 1 572 pesos por persona, hay un fuerte subsidio. Para el próximo año, la aportación por familia será de 1 200 pesos –equivalente a la séptima parte del costo total del seguro– ya que la cobertura incluirá intervenciones quirúrgicas.

Si este rezago del Seguro Popular “rural” ocurría sobre el padrón “cautivo” del Procampo, ¿qué sucederá con las tendencias de la afiliación “voluntaria” urbana y periurbana?

Ante 66 diputados cenecistas, Julio Frenk todavía se atrevió a solicitarles su “respaldo para impulsar el Seguro Popular y que tenga presupuesto suficiente”.

Octava evidencia:

El jaque de la Conago, julio de 2003

Por si no fuera suficiente, en la reunión que celebró la Conferencia Nacional de Gobernadores en San Luis Potosí el 30 de julio, ésta acordó aplicar la siguiente medida “urgente”:

...otorgar facultades a los estados en la determinación y distribución de los fondos de salud y a que el gobierno federal absorba las repercusiones financieras de la Nueva Ley General de Salud.

Estas medidas constituyen la *memoria de mortaja* del Seguro Popular.

Novena evidencia:

Una presidencia en las nubes

Para Eduardo Sojo, coordinador de Políticas Públicas de la Presidencia, su historia es *la* historia. En su opinión:

...los que analizan y conocen las políticas públicas referentes al sector salud, dicen que la introducción del

seguro de salud es la reforma más importante en los últimos 40 años. Aquí hay algo sólido.

Décima evidencia:

16 eslabones de un rosario de desatinos, imprecisiones y críticas

A todo lo anterior, sería aún preciso agregar:

1. A Santiago Levy, quien propuso extender la cobertura de Progresión Oportunities, sin aludir al Seguro Popular (24 de agosto).

2. Los abiertos rechazos del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) al Seguro Popular (25 de agosto).

3. La supuesta oferta de las autoridades del Procampo para mantener sus apoyos “todo” el sexenio y de los cuales depende el Seguro Popular Rural (27 de agosto).

4. La publicidad a la “reforma de fondo que representa el Seguro Popular”, según Humberto Aguilar, subsecretario de Enlace Legislativo de la Secretaría de Gobernación (28 de agosto).

5. Las supuestas ventajas para “elevar de manera gradual, sostenible y fiscalmente responsable la inversión pública” gracias al Seguro Popular, según Eduardo Sojo, coordinador de Políticas Públicas de la Presidencia de la República (1º de septiembre).

6. La “ampliación de la seguridad social vía el Seguro Popular”, según el tenebroso senador panista Fauzi Hamdan (4 de septiembre).

7. Las expectativas del Seguro Popular como “detonante en las ventas de cadenas farmacéuticas” (4 de septiembre).

8. Las pretensiones de Héctor Hernández Llamas, coordinador del Seguro Popular, para que el IMSS “otorgue servicios a población no derechohabiente y la factura de este servicio sea pagada por el Seguro Popular” (12 de septiembre).

9. Los costos no liquidados que ya está implicando el Seguro Popular en hospitales públicos como el Hospital Central “Ignacio Morones Prieto” de San Luis Potosí (19 de septiembre).

10. La “vanguardia de afiliación al Seguro Popular” que presume el estado de Colima (29 de septiembre).

11. Las “esperanzas de Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros (Bansefi)” para emplear las remesas de los migrantes ofreciendo “productos” como el Seguro Popular (1º y 28 de octubre).

12. La insistencia del SNTSS en que el Seguro Popular es un “proyecto de saliva” (1º de octubre).

13. Las duras críticas del doctor José Narro Robles, director de la Facultad de Medicina de la UNAM, al diseño del Seguro Popular (2 de octubre).

14. Las demoledoras críticas del senador perredista Moreno Brizuela a la inoperancia del Seguro Popular (24 de octubre).

15. La reiterada declaración de la Conago, en su pasada reunión en Durango, en la que volvió a manifestar que, en materia de salud “solicita la puesta en práctica de acciones legales para que el gobierno federal absorba al 100 por ciento las repercusiones financieras de la reforma de la Ley General de Salud o, en su caso, postergar la entrada en vigor” (1º de noviembre).

16. El optimismo irreal con que el presidente Fox sueña el futuro del Seguro Popular y su endeble plan de infraestructura médica (8 de noviembre).

Evidencia final

Puede advertirse que el foxismo no es un humanismo: es un completo fraude. Frente a la pobreza política que se reúne en Vicente Fox y su penoso

gabinetazo, los diputados responsables de la LIX Legislatura deben tomar muy en cuenta que: *a)* como la fracasada “descentralización” de los servicios de salud que emprendiera en los ochenta Guillermo Soberón, la historia, desgracias y desventuras del engendro denominado “Seguro Popular” no ha terminado: su *vía crucis* apenas se inicia, y *b)* ha llegado el momento de que ellos tomen la palabra. Deben evitar manchar su honorable tarea, evitándole a México el anticipado fracaso de ese auténtico fraude que ni es “seguro” ni es “popular”. Ellos pueden, mañana mismo, reorientar todos los recursos del engendro al Programa IMSS-Oportunidades, cuyas clínicas se encuentran saturadas. En ellas, los fondos originalmente programados para ese fantástico “seguro popular” pueden encontrar un sentido genuinamente clínico-sanitario.

Sistema de Protección Social en Salud / Seguro Popular

ASA CRISTINA LAURELL*

* Secretaria de Salud del Gobierno
del Distrito Federal.

Los consensos

- El sistema público de salud está gravemente subfinanciado: los institutos de seguridad social y, particularmente, los servicios para la población abierta, que sólo disponen de 0.75 por ciento del producto interno bruto para atender a un poco más de 50 por ciento de la población
- A raíz de ese subfinanciamiento, se ha dado un deterioro creciente de los servicios, así como desabasto, incluso de insumos críticos, o sea, insumos que si no existen se pone en riesgo la vida del paciente
- La infraestructura, el equipamiento y el personal son insuficientes, particularmente en las entidades federativas con mayor pobreza (Guerrero, Oaxaca, la sierra de Puebla), pero también en algunos estados relativamente prósperos como el Estado de México y Veracruz
- La promoción de la salud, prevención, detección y atención oportunas de las enfermedades son insuficientes
- Faltan financiamientos para el tratamiento oportuno de las enfermedades

- En suma, el derecho constitucional a la protección de la salud es sistemáticamente incumplido o violado

El debate actual

El debate actual gira en torno a la pregunta de cuál es la estrategia capaz de resolver estos problemas, eficaz y ordenadamente, en el menor tiempo posible. Tenemos en realidad tres opciones sobre la mesa:

Opción 1

El SPSS-Seguro Popular, que significa un incremento del presupuesto público federal total de 34 442.4 millones de pesos en siete años, condicionado al aseguramiento voluntario financiado por el gobierno federal, estatal y las familias sin seguridad social.

Opción 2

La que aprobó la Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado y que consiste en un incremento del presupuesto federal en salud para alcanzar cinco por ciento del PIB en 10 años, financiado con recursos fiscales para

resolver los rezagos, revertir el deterioro, fortalecer el sistema público y garantizar la atención requerida oportunamente sin discriminación.

Opción 3

La que sostiene el Gobierno del Distrito Federal (GDF): servicios médicos y medicamentos gratuitos para la población no asegurada mediante registro, incremento de 67 por ciento del presupuesto de salud financiado con recursos fiscales, con repriorización del gasto.

Breviario del Seguro Popular

Criterios de inclusión

- Solicitar inscripción
- Pagar cuota familiar
- Ser residente en México
- No tener seguridad social
- Renovar anualmente la inscripción y el pago

De las familias mexicanas, 14.3 por ciento son candidatas a inscribirse anualmente, o sea que hasta 2010 estaría completa la cobertura (cuestión que yo dudo). Desde mi punto de vista la obligación de pagar una cuota familiar es una violación clara del artículo 4º constitucional.

Criterios de exclusión explícitos

- No reinscribirse o no pagar cuota

- Exclusión definitiva por falsificación de información u omitir darse de baja adquiriendo Seguro Social

Crterios de exclusión implícitos

- Seguro Voluntario: no inscribirse
- Habitar en un lugar donde no se pueda prestar los servicios comprometidos (dicho sea de paso, hay por lo menos ocho estados de la república con un déficit de infraestructura de salud absolutamente grave)
- Vivir en una entidad federativa que no pueda o no quiera pagar la cuota estatal (en la actualidad sólo seis estados están teniendo un gasto con recursos locales en salud que correspondería a lo que es el pago que tendrían que hacer)

Financiamiento

Por cada familia inscrita

- Cuota social federal equivalente a 15 por ciento de un salario mínimo; ésta es la única nueva contribución que se tendría por parte de la federación
- Cuota solidaria federal, mínimo 22.5 por ciento de un salario mínimo, transferido del ramo 33, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud-P (Fassa-P)
- Cuota solidaria estatal, mínimo 7.5 por ciento de un salario mínimo

- Cuota familiar anual, pagada por anticipado, no reembolsable, que según estudio socioeconómico se calcula que sea de 240 a 6 000 pesos
- Cuota reguladora, pagada por el paciente en el uso de ciertos servicios (desincentivar sobreuso de servicios)

Además

- 12 por ciento del total de los recursos federales se retiene para el Fondo de Gastos Catastróficos y Fondo Actuarial

Beneficios

- Paquete de servicios (126 intervenciones - 52 de ellas son actualmente gratuitas para todos) y medicamentos (136), especificados en el Reglamento
- Consulta externa general con medicamentos y hospitalización de especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecobstetricia, geriatría)
- A criterio de la Secretaría de Salud (Ssa), se pueden atender las enfermedades de “gasto

catastrófico” (traumatismos graves, enfermedades cardiovasculares, VIH y síndrome de

inmunodeficiencia adquirida, diálisis y transplantes)

- Todo lo demás lo paga el enfermo

Temas para la discusión sobre presupuesto

Comparación sobre el incremento del presupuesto de salud para población abierta, actual y con el SPSS (millones de pesos)

Fuente Presupuesto	2001	2002	2003	Incremento (% anual)	2010	Incremento (% anual)
Ramo 12 federal	11 890.0	11 365.4	12 631.7	3.1	15 386.0	3.1
Ramo 12 estatal	6 878.8	9 239.4	8 235.3	9.9		
Ramo 33	25 336.7	27 096.2	31 163.4	11.5	44 584.2	
Fassa-P			26 333.1		39 753.9	
Fassa-C			4 830.3		4 830.3	
Cuota social					26 502.6	
Total estatal	32 215.5	36 389.6	39 398.7	11.1	71 086.8	11.5
Total	44 106.4	47 755.0	52 030.4	9.0	86 472.8	9.5

Cualquier recorte del Fassa-33 pone en peligro la operación regular de los servicios en todas las entidades federativas por tres razones:

- 85-92 por ciento del Fassa-33 está destinado al pago del capítulo 1000 (salarios) que está regulado por las condiciones generales de trabajo (CGT), negociadas

entre el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Salud federal

- Todos los estados tienen que prestar servicios a dos grupos: la población no asegurada y la población del Seguro Popular (14.3 por ciento máximo en promedio)
- Si se recortara el Fassa-33, los estados necesariamente tendrían que incrementar las

cuotas de recuperación y/o pedir insumos y medicamentos a la población no asegurada

La cuota estatal para las familias afiliadas al Seguro Popular tiene que obtenerse del presupuesto estatal regular, ¿a costa de qué otros programas?

Según la ley, las entidades federativas asumen el compromiso de prestar los servicios del Seguro Popular. ¿Pueden hacerlo y cuál es el costo político de no hacerlo?

Los nuevos recursos no alcanzan para construir infraestructura, lo cual es además un proceso lento.

El establecimiento del Seguro Popular tiene un costo administrativo. ¿Alcanzan los recursos asignados?

El SPSS tiene el compromiso de aplicarse primero a las regiones más pobres. En éstas no existe la infraestructura para prestar los servicios comprometidos en el Seguro Popular.

¿Pueden y eligen las familias pagar el Seguro Popular, ante tantas necesidades básicas insatisfechas?

Los estados donde se ubican, ¿están en condiciones de pagar la cuota y a costa de qué otros rubros?

¿Cómo van a solucionar las entidades federativas o la federación, la atención médica y el financiamiento de los grupos de enfermedades

incluidos en la ley, considerados de “gasto catastrófico”?

¿Cómo se va a garantizar la portabilidad del Seguro Popular entre entidades federativas, mediante convenios restringidos?

Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado

- Lo que fue aprobado en el Senado es un presupuesto que daría a población abierta 0.2 por ciento del PIB anual durante 10 años
 - Duplicación para 2007
 - Triplicación para 2010
- Gasto de administración menor que el SPSS porque no tiene una estructura administrativa paralela
- Compensar desigualdades históricas del Fassa
- Planeación nacional de gasto de inversión y de operación para compensar desigualdades regionales
- Independiente de la capacidad y voluntad de asegurarse
- Aportación estatal como porcentaje del presupuesto

¿Cuáles son los sistemas de salud más exitosos?

Parámetros

- Universalidad (cobertura)
- Garantía de seguridad “sanitaria” de la sociedad: salud colectiva
- Igualdad de acceso ante la misma necesidad en salud
- Seguridad ante la adversidad; menor costo social e individual

Los mitos desmitificados por la realidad

- La salud no es un bien privado en competencia con otros bienes privados

- La competencia y el mercado no operan en salud
- La mezcla de lo público-privado tiene siempre un principio “ordenador” del sistema en su conjunto, que tiende a ser el mercado
- La separación entre las distintas funciones del sistema de salud incrementa el costo de la administración

Sistema público único

- Sistema con seguro único y prestadores principalmente públicos
- Sistema con seguro único y prestadores mixtos
- Sistemas con varios seguros y varios prestadores
- Sistemas con varios seguros mixtos y prestadores mixtos

El Seguro Popular de la Salud, ¿a quiénes beneficia y a qué costo?

GABRIEL LARA Y ROCÍO CAMPOS*

Reforma del sistema de salud

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se establecen parámetros estratégicos de protección financiera en materia de salud a toda la población para ampliar la cobertura a sectores marginados. Así, se puso en operación el programa Seguro Popular de Salud que buscaba una ampliación de los servicios de salud a las personas que lo contrataran. En 2002 este programa se inició en cinco estados del país y para 2003 se amplió a 20 estados. Sin embargo, en abril de 2003 se reformó la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que representará un cambio sustantivo en la forma como se ofrecerán los servicios a la población abierta. Si bien se conoce como Seguro Popular, su organización es diferente al mecanismo con el que operó los últimos dos años debido a que ya no es un programa de la Secretaría de Salud, sino que ahora es el eje del sistema de salud para la población abierta.

Actualmente la salud para la población abierta presenta una problemática que se refleja en la inequidad en la distribución de las unidades médicas, hospitales, doctores, enfermeras, camas, laboratorios, etcétera; el acceso a aquéllas por parte de los

* Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.

usuarios –en términos de la ubicación geográfica de las clínicas y hospitales y su cercanía a poblaciones marginadas–; y, finalmente, los costos asociados a enfermedades que tienen que ver con el pago de cuotas de recuperación, alimentación y traslados. Un ejemplo de esta situación se puede apreciar en el costo por la atención a un embarazo y parto en hospitales de la Secretaría de Salud en Oaxaca –que es de 1 221 pesos por cada usuaria. Además de este monto, la familia debe hacer gastos indirectos por aproximadamente 3 400 pesos por transporte, alimentación y hospedaje. En total, la cantidad de 4 621 pesos resulta prácticamente inalcanzable para la población cuyos ingresos mensuales van de cero a 2 400 pesos. Por su parte, las instituciones públicas de salud no cuentan con la infraestructura necesaria para enfrentar esta realidad. No disponen de los vehículos de transporte de emergencia ni tienen dinero

para cubrir los gastos de gasolina y honorarios del chofer. De esta manera, las mujeres permanecen en su casa y en muchos casos ello les causa la muerte. Aquellas que lograron llegar a un hospital estaban ya muy graves o no fueron atendidas adecuadamente.¹

Ante esta situación, el gobierno federal propone un sistema alternativo para resolver de manera gradual este rezago a través del Seguro Popular. Los objetivos del Seguro Popular de acuerdo con la Secretaría de Salud confirman el reconocimiento del rezago existente en materia de protección a la salud. De ahí que se haya reformado la Ley General de Salud para poner en marcha un sistema de protección en salud que pretende cambiar la situación con los siguientes objetivos:

- disminuir el gasto de bolsillo
- reducir el riesgo de empobrecimiento de las familias
- preservar la salud de las familias aseguradas por el programa
- fomentar la atención oportuna de la salud
- fortalecer el sistema público de salud, superando la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son
- y garantizar el acceso a medicamentos

¹ Martha A. Castañeda, “El presupuesto para reducir la muerte materna en Oaxaca: seguimiento al programa de Arranque Parejo en la Vida”, en *Presupuesto público y mortalidad materna: seguimiento al programa Arranque Parejo en la Vida*, Fundar, México, 2003.

Cómo va a funcionar el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

En términos prácticos el SPSS –de aquí en adelante Seguro Popular– tiene como objetivo incorporar, a partir de 2004, anualmente a 1'500 000 familias (6'750 000 personas) hasta 2010 y así cubrir a los aproximadamente 45 millones de mexicanos de población abierta. Para su operación, el Seguro Popular contará con la participación de la Federación, los estados y las familias de las que se espera contribuyan en distinta proporción al seguro a partir de cuatro fondos cuyo funcionamiento con base en la Ley General de Salud, recientemente reformada, se describen a continuación:

Cuota social (CS)

De acuerdo con el artículo 77 *bis* 12 de la Ley General de Salud, el gobierno federal pagará por cada familia beneficiaria el equivalente a 15 por ciento de un salario mínimo para el Distrito Federal. Asimismo, la cuota social comprende el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos que representa ocho por ciento de la cuota social para diagnóstico y tratamiento de enfermedades como el cáncer y VIH/sida. En términos del presupuesto, los recursos de la cuota social aparecen en el ramo 12, que corresponde a Salud.

Aportación solidaria federal (ASF)

Según lo establece el artículo 77 *bis* 13, fracción II, de la Ley General de Salud, la aportación solidaria federal proviene de la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. Ésta debe ser 1.5 veces la cuota social. En términos del presupuesto los recursos de la cuota social aparecen en el ramo 33, que corresponde al Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (Fassa).

Aportación solidaria estatal (ASE)

Conforme al artículo 77 *bis* 13, fracción I, los estados deberán aportar por cada familia el equivalente a la mitad de la cuota social que da la federación.

Cuota familiar (CF)

De acuerdo con el artículo 77 *bis* 21 de la Ley General de Salud y las Reglas de Operación e Incidencia de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud, las familias aportarán un monto por afiliación al seguro por decil de ingreso. Se calcula que

el monto promedio anual que cada familia estaría en posibilidad de aportar sería de 1 717.02 pesos. Quedarían exentas del pago de la cuota aquellas familias en los primeros dos deciles de ingreso.

Análisis presupuestario del Seguro Popular

Como ya se ha planteado, la presente situación de atención a la salud de la población abierta no ofrece las condiciones para cubrir las necesidades de gran parte de la población mexicana. Financieramente, el Seguro Popular contará con cuatro fondos para su operación, pero en términos prácticos lo novedoso del sistema es que ahora las familias y los estados contribuirán con recursos. Además, la federación incrementará con dinero extra su participación en el sistema. Esta combinación de fondos pretende subsanar el problema ya identificado. No obstante, la sustentabilidad del Seguro Popular es cuestionable al tomar en cuenta los siguientes elementos.

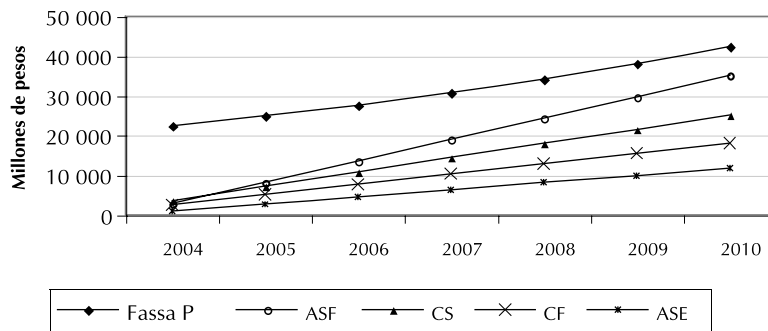
El sistema gira en torno a que las familias se incorporen; cuando esto

sucede, tanto la federación como los estados dan sus aportaciones correspondientes. Pero, debido a que la afiliación es de carácter voluntario y debe renovarse anualmente, existe la posibilidad de que el número de familias oscile y, por tanto, los recursos también estarían sujetos a esta variación y a que no exista una consistencia en los recursos disponibles de un año para otro.

Además, derivado nuevamente de la naturaleza voluntaria del seguro, la población abierta va a ser dividida entre quienes den su aportación y se inscriban al sistema, y quienes decidan no afiliarse. El gobierno federal no puede, mediante una ley, poner a los ciudadanos en la disyuntiva de quedar rezagados –al no entrar al Seguro Popular– o tener que aportar dinero de su bolsillo para estar en otra categoría de atención. En este sentido, las reformas a la Ley abren una importante deficiencia que lejos de apuntar hacia la progresividad, abre una nueva brecha entre la población que ya estaba en desventaja social, especialmente respecto a la protección de su salud.

La aportación extra que otorgará el gobierno federal –llamada cuota social–, así como la participación de los estados, se incrementarán en la medida en que se incorporen familias. En el caso de que las expectativas oficiales de afiliación se cumplieran, los fondos crecerían geométricamente. Esta tendencia se puede apreciar en la gráfica 1.

Gráfica 1: Crecimiento de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud



Fuente: Elaboración propia con datos del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2004, Ley General de Salud y Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud.

Para el cálculo de la Cuota Familiar se utilizó lo que las familias beneficiarias estarían dispuestas a aportar anualmente para cubrir el costo del Seguro Popular de acuerdo con las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud de 2002. Este monto sería de 1 717.02 pesos, por lo que la inscripción de 1.5 millones de familias significaría 2 575 millones de pesos.

De acuerdo con lo propuesto por el Ejecutivo, la cuota social para 2004 será de 3 618'759 149 pesos; lo que conforme a las expectativas oficiales, para el siguiente año deberá ser el doble (debido a que se duplicarían el número de familias inscritas); para el siguiente año, deberá ser el triple; hasta que, en 2010, represente siete veces el monto inicial. El incremento de la cuota social

implicará que a partir de 2010 el presupuesto de la Secretaría de Salud tendrá que incluir un monto de 25 mil millones de pesos extras para financiar el Seguro Popular. Esto representaría el doble de recursos con los que hoy cuenta la Secretaría y pone en duda la capacidad de las finanzas

públicas para financiar tal crecimiento adicional de los recursos de la Secretaría.

Complementariamente, la aportación de los estados también crecería de la misma forma en que ya se ha mencionado. Sin embargo, este dinero tendría que salir de los ingresos propios de los estados, lo que se traduce en un costo financiero diferente para cada entidad participante. Según el índice de marginación 1995 del Consejo Nacional de Población (Conapo), Chiapas, Guerrero y Oaxaca cuentan con los más altos índices de población abierta (es decir, no asegurada), acompañados de un alto índice de marginación; no obstante, éstos serían los estados que más recursos propios tendrían que contribuir al tener más de 65 por ciento de su población fuera de la seguridad social. Por el contrario, Coahuila, Baja California Sur y Nuevo León están por abajo de 16 por ciento de población abierta y, por lo tanto, tendrían que aportar menores recursos que los anteriores estados. En la tabla 1 se puede ver la comparación entre los cinco estados con mayor

porcentaje de población abierta, en contraste con los cinco estados de menor porcentaje de población abierta.

Tabla 1: Población abierta y grado de marginación en estados con menor y mayor nivel de desarrollo

Entidad federativa	Porcentaje de población abierta 1999	Grado de marginación Conapo 1995
Chiapas	75	Muy alto
Oaxaca	73	Muy alto
Guerrero	65	Muy alto
Michoacán	65	Alto
Hidalgo	63	Alto
Chihuahua	17	Bajo
Baja California	16	Muy bajo
Nuevo León	16	Muy bajo
Baja California Sur	14	Bajo
Coahuila	10	Muy bajo

Fuente: Elaboración propia con datos del Conapo y la Ssa.

Podemos decir que dicha situación pone de manifiesto la desigualdad subyacente en la realidad contemporánea de México, en la que estados con poco desarrollo económico no cuentan con opciones para hacerse de mayores recursos y subsanar las inequidades estructurales ya

existentes en el nivel estatal. Más aún, esta transferencia de responsabilidad de la federación hacia los estados obvia el contexto de desigualdades y diferencias regionales que hay en el país.

Hasta ahora se han analizado los recursos extras con los que contaría el Seguro Popular. Cabe mencionar que el actual Fondo de Aportaciones para los Sistemas de Salud (Fassa) de los 31 estados y el Distrito Federal desaparecerá para ser redistribuido en dos fondos: uno de ellos será la Aportación Solidaria Federal (véase gráfica 1) y el otro será el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, que de acuerdo con la nueva ley –artículo 77 *bis* 20– servirá para la rectoría del sistema y la prestación de servicios de salud a la comunidad.

Infraestructura

Hasta ahora se ha expuesto lo relacionado con los recursos extras con los que el sistema contaría, así como sus implicaciones y limitaciones. Sin embargo, la situación de la infraestructura para los servicios de salud de la población abierta es deficiente. A pesar de que en la Ley General de Salud se hace mención de la necesidad de promover el desarrollo en infraestructura, el planteamiento del Seguro Popular en términos presupuestarios, al menos para 2004, no toma en cuenta este problema. Más aún, en los tres años anteriores el gobierno no ha destinado recursos

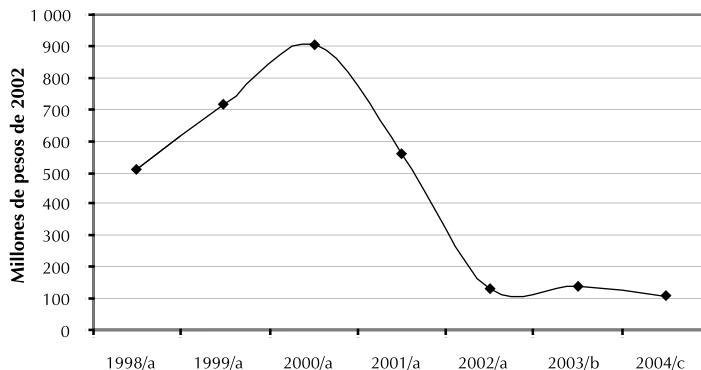
a la infraestructura para el sector salud. En resumen, no se está haciendo un esfuerzo por anticiparse a las necesidades de la población que demande los servicios, o al menos los recursos propuestos para 2004 apuntan hacia esta tendencia. (Véase gráfica 2.)

El hecho de que haya una infraestructura insuficiente inhibe el deseo de las familias por inscribirse a un seguro que en términos prácticos no ofrece instalaciones o unidades mejoradas y, por lo tanto, un mejor servicio al cual ya tienen derecho. Es decir, el seguro no cubrirá –más allá de los medicamentos– nada extra de lo que actualmente los servicios de salud están obligados a otorgar.

Conclusiones

A partir del presente análisis podemos decir que las condiciones socioeconómicas del país –de atraso en infraestructura y marcada desigualdad entre estados– complican de entrada la puesta en marcha del Seguro Popular en los términos en los que éste se tiene contemplado. El

Gráfica 2. Gasto en infraestructura del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud



Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta Pública 1998 a 2002, del Presupuesto de Egresos de la Federación 2003 y del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2004.

/a Ejercido

/b Aprobado

/c Proyecto

hecho de que los estados no recibirán recursos federales adicionales para solventar lo derivado de la aportación solidaria estatal implica que en realidad se trata de una transferencia de responsabilidades del gobierno federal a los estados. Más aún, aquellos estados con mayor necesidad de

contribuir al Seguro Popular por contar con mayor población abierta son también aquellos con menos recursos y posibilidades financieras. Esta situación de desventaja con el tiempo agudizará la presente brecha entre aquellos estados con menor y mayor grado de desarrollo.

Por otra parte, la casi simbólica inversión en infraestructura difícilmente se traducirá en mayores

incentivos para aquellos que consideren la posibilidad de afiliarse al Seguro Popular. Por lo menos en los primeros años el Seguro Popular estará contando con los mismos recursos de salud públicos con los que cuenta el día de hoy. Es decir que, contrariamente a la expectativa de un seguro, el Sistema de Protección Social en Salud no ofrece mayores beneficios a los asegurados en comparación con las obligaciones que ya tenía el gobierno en materia de salud.

Por otra parte, el Seguro Popular está creando una estratificación dentro de la ya marginada población abierta. Esto es evidente cuando vemos que el Seguro Popular, al ser contemplado formalmente como voluntario, permite la posibilidad de que una porción de la población abierta no quede inscrita y, por ende, no tenga

acceso a los recursos a los que contribuirán los distintos actores participantes.

En términos de transparencia cabe mencionar que La Ley General de Salud entra en vigor en marzo de 2004, lo cual no impidió que ya fueran destinados recursos en el presupuesto sin que los criterios para hacerlo sean públicos. También llama la atención que lo etiquetado para la cuota social en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación representa menos de lo que se calcula con la fórmula de la cuota social que propone la ley [$43.65 \text{ SMGDF}^* \times 365 \text{ días} \times 0.15 \times 1\,500\,000 \text{ familias}$].

* Salario mínimo general del Distrito Federal.

Seguro Popular y Oportunidades*

Julio Boltvinik

* Texto publicado en *La Jornada*
el 19 de septiembre de 2003.

El programa social favorito de los dos gobiernos pasados, Oportunidades (antes Progresa), está muy próximo a entrar en crisis como resultado de los avances en la política de salud. En abril de 2003 el Congreso de la Unión aprobó una reforma (publicada el 14 de mayo en el *Diario Oficial de la Federación* y que entrará en vigor el 1º de enero de 2004) a la Ley General de Salud, por la cual se le adiciona un título completo llamado “De la protección social en salud”. Aunque la reforma se basa en una iniciativa del Ejecutivo, a decir del propio Julio Frenk, secretario de Salud, el Congreso le hizo un centenar de cambios. De acuerdo con él, la reforma dará “protección financiera” a los 45 millones que hoy carecen de seguridad social, pues “la reforma contempla *generalizar a toda la población la cuota social aportada por el Estado mexicano* que hoy beneficia solamente a los derechohabientes del IMSS”.¹

¹ Julio Frenk, palabras pronunciadas en la ceremonia en la que el presidente Fox firmó el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Folleto publicado por la Secretaría de Salud con el título *Sistema de protección social en salud / Hacia un sistema universal de salud*.

El punto de partida es el reconocimiento de la total inadecuación de los llamados servicios a población abierta, que, entre otras cosas, excluyen una parte importante de los elementos de diagnóstico y tratamiento (pruebas de laboratorio, radiología, medicamentos, tratamientos, cirugías, entre otros), lo que lleva a la población a incurrir en gastos elevados de su propio bolsillo que, a veces, llegan a ser catastróficos. Éste es un elemento de diagnóstico en el que Frenk ha venido trabajando desde sus años en la Fundación Mexicana para la Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De lo que se trata, entonces, es de que la población no derechohabiente de la seguridad social (la llamada población abierta) reciba una atención más integral a su salud y quede protegida contra estos gastos de bolsillo, otorgándole un servicio que comprenda los elementos que actualmente se excluyen, a cambio de una contribución familiar anual definida en función de la capacidad contributiva de cada familia. No es

claro, sin embargo, que estos propósitos se lograron del todo en el texto del nuevo título de la Ley, como tampoco es claro que los recursos requeridos para hacerla realidad serán realmente movilizados en el largo camino (de 2004 a 2010) que se establece para lograrlo.

El artículo 77 *bis* 1, así como el 36 y 37, establecen el derecho de los beneficiarios “a recibir (...) los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos”. Estos artículos *constituyen a los beneficiarios en derechohabientes*, en agudo contraste con la población abierta y con la de Oportunidades. ¿Cuáles son los servicios y bienes que recibirán los beneficiarios? ¿A qué clase de atención tienen derecho? En un artículo de la Ley orientado a promover la calidad de los servicios se señala:

“La Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal *promoverán las acciones necesarias para que* las unidades médicas (...) que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean *como mínimo* los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría (...)”. (Artículo 77 *bis* 9.)

En el siguiente artículo se hace una declaración más comprometedora: “Los regímenes estatales de Protección Social en Salud proveerán

de manera integral los servicios de salud y los medicamentos asociados”. Más adelante se añade una lista de aspectos que deberán ser considerados para la acreditación de calidad, donde aparecen medidas preventivas, programación de citas para consultas, integración de expedientes clínicos, continuidad de cuidados a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia; y prescripción y surtimiento de medicamentos. Sin embargo, el texto es ambiguo, pues no queda claro si el acreditamiento de calidad es condición indispensable para operar y recibir las aportaciones federales.

No es claro, sobre todo para el no médico, qué se está excluyendo en ese mínimo, que dadas las restricciones financieras se convierte en máximo a pesar del artículo transitorio cuarto, donde se establece la progresiva ampliación del mínimo. Las especialidades básicas mencionadas son apenas una parte de lo que suele concepcuarse como el segundo nivel de atención en salud, dejando fuera, entre otras, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y ortopedia, anatomía, patología, dermatología, radiología, anestesiología, sicología clínica, epidemiología clínica, fisioterapia. Quedan además fuera de ese mínimo los servicios del tercer nivel que comprenden la rehabilitación y, entre otras, las especialidades de neumología, cardiovascular, neurología, neurocirugía, siquiatria, gastroente-

rología, uronefrología, alergología, proctología, reumatología, oncología, hematología, endocrinología.

Como se ve, el Seguro Popular (términos que no utiliza la ley pero que es el nombre que la Secretaría de Salud ha dado al programa que opera la “protección social en salud”) comprende un paquete muy lejano al paquete completo de salud que sí cubren las instituciones de seguridad social y que es el único que garantiza la adecuada “protección social en salud”.

Pero el “paquete de salud” mínimo del Seguro Popular es más amplio que el otorgado actualmente en las unidades médicas a población abierta y que el de Oportunidades. Según las Reglas de Operación de éste (*Diario Oficial de la Federación*, 8 de mayo de 2003), la “atención a la salud se proporciona mediante el Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud, definido por el Consejo Nacional de Salud. Su carácter es principalmente preventivo, sin descuidar aspectos curativos y de control de los *principales* padecimientos” (p. 33). Más adelante en las

mismas reglas de operación se detallan los contenidos del paquete esencial de servicios. Se trata de 13 líneas de acción muy elementales que cubren una parte muy pequeña del espectro de morbilidad de la población: saneamiento básico familiar, planificación familiar, atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido; vigilancia nutricional de menores, inmunizaciones, manejo de diarrea en el hogar, tratamiento parasitario de las familias, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de tuberculosis, prevención y control de hipertensión y diabetes mellitus, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud, y prevención y detección del cáncer cérvico uterino. No incluye ningún tipo de cirugía. Otras omisiones son evidentes: detección del cáncer de mama, de próstata. Pero más grave aún, ¿qué pasa con el cáncer una vez que es detectado? Las Reglas de Operación señalan: “Para procurar atención a los pacientes con problemas complejos que rebasen la

capacidad resolutive del personal de las unidades de salud del primer nivel, éstos deben ser referidos (...) a otros servicios (...)”. En otra parte (p. 33) se advierte: “La atención a familias beneficiarias en unidades de segundo y tercer nivel de la Secretaría de Salud, *está sujeta a las cuotas de recuperación conforme al esquema vigente (...)*” Aunque el paquete esencial de salud de Oportunidades es gratuito, ahí se acaba la gratuidad; tampoco parece haber ninguna regla sobre el suministro de medicamentos. Está claro que Oportunidades *no evita los gastos catastróficos ni empobrecedores en salud.*

Sin embargo, en Oportunidades hay un presupuesto para medicamentos que supera ampliamente el presupuesto usual de las clínicas de primer nivel a población abierta, lo que crea una segmentación en materia de salud entre los beneficiarios y los no beneficiarios, que puede verse como una mayor probabilidad de los primeros de recibir atención médica y medicamentos gratuitos que los no beneficiarios (los sin Oportunidades). Esta segmentación de los servicios de salud hace que en las mismas clínicas, el mismo médico pueda otorgar medicamentos gratuitos (aunque de manera limitada) a unos pacientes y a otros no; que se enfrente, cotidianamente, al dilema ético de respetar su juramento médico de hacer todo lo posible por salvar vidas o respetar las reglas burocráticas que le

prohíben hacerlo. Aunque no tengo los detalles, sé que hay *un médico encarcelado* por haber entregado un medicamento del presupuesto de Oportunidades a una persona sin Oportunidades.

Esta larga descripción ha sido necesaria para mostrar que el paquete de salud del Seguro Popular es más amplio que el de Oportunidades y más reducido que el de las instituciones de seguridad social. Al implantarse de manera masiva, los servicios de salud públicos pasarán de la triple segmentación actual (población abierta, beneficiarios de Oportunidades y derechohabientes de la seguridad social) a una segmentación cuádruple, ya que se añadirán beneficiarios del Seguro Popular.

Para evitar que esto ocurra en el nivel de las clínicas, y el médico se enfrente a tener que tratar de tres maneras distintas a los pacientes (o quizás cuatro si concurren también derechohabientes de la seguridad social, pero descartemos este raro caso en lo que sigue) con los dilemas éticos que ello implica, sugiero que la implantación progresiva del Seguro Popular a que se refiere el artículo transitorio octavo se haga de tal manera que se cubra a todos los habitantes adscritos a una clínica. De esta manera, en cada clínica cubierta sólo permanecería la dualidad entre derechohabientes del Seguro Popular y los beneficiarios de Oportunidades.

La primera y obvia pregunta que debemos hacernos es si tiene sentido que continúen las acciones de salud de Oportunidades en la misma población que ahora recibirá un paquete de salud más amplio. *Permitir la dualidad sería una duplicación absurda.* En todo caso, se tendría que asegurar que todas las acciones de salud de Oportunidades fueran conservadas (o superadas) por el paquete del Seguro Popular. Este es el caso del complemento alimentario o papilla que, de resultar positivas las evaluaciones sobre su uso e impacto, debería ser incluido en el Seguro Popular. Es decir, a partir de la implantación progresiva del Seguro Popular (14.3 por ciento de las familias no derechohabientes cada año) deberían irse eliminando las acciones de Oportunidades en materia de salud, conservando sólo el apoyo monetario para alimentación, sin la condicionalidad de asistencia a la clínica con un calendario determinado, que no está estipulada entre las obligaciones de los derechohabientes del Seguro Popular. En síntesis, el llamado Seguro Popular, en

realidad una derechohabiencia en materia de salud, un avance sustancial en la materia (pero con algunos problemas que analizaré en futuras entregas), hace necesario eliminar

una parte de las acciones en salud de Oportunidades, integrando las que resulten útiles en el propio mecanismo del Seguro Popular, para garantizar la administración unitaria de las clínicas.

Anexo

Decreto por el que se reforma

y adiciona la Ley General

de Salud*

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

Vicente Fox Quesada, presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

Decreto

“El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, decreta:

Se reforma y adiciona la Ley General de Salud

“**Artículo único.** Se adiciona el artículo 3º con una fracción II *bis*, el artículo 13, apartado *A* con una fracción VII *bis* y el título tercero *bis* a la Ley General de Salud con los artículos 77 *bis* 1 al 77 *bis* 41; y se reforma la fracción I del apartado *B* del artículo 13, la fracción IX del artículo 17, el artículo 28 y el artículo 35, de la citada ley, en los términos siguientes.

Artículo 3º

I y II

II *bis*. La Protección Social en Salud;

III a XXVIII

Artículo 13

A

* Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*
el 15 de mayo de 2003.

I a VII
 VII *bis*. Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud;
 VIII a X
 B

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, II *bis*, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3º de esta ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II a VII
Artículo 17

I a VIII
 IX. Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta ley.

Artículo 28. Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas

del Sistema Nacional de Salud, y en los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: la Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal.

Artículo 35. Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.

Título tercero *bis*
De la protección social
en salud

Capítulo I
Disposiciones
generales

Artículo 77 *bis* 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el

artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este título.

Artículo 77 bis 2. Para los efectos de esta ley, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean

los regímenes estatales de Protección Social en Salud.

La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los regímenes estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este título.

Para efectos de este título se entenderá por regímenes estatales, a las acciones de protección social en salud de los estados de la república y del Distrito Federal.

Artículo 77 bis 3. Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponde en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este título.

Artículo 77 bis 4. La unidad de protección será el núcleo familiar, la cual para efectos de esta ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras:

- I. Por los cónyuges;
- II. Por la concubina y el concubinario;
- III. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato, y
- IV. Por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifiquen su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar.

Se considerarán integrantes del núcleo familiar a los hijos y adoptados menores de dieciocho años; a los menores de dicha edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad con las personas señaladas en las fracciones I a III que anteceden; y a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, además de los hijos que tengan hasta veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes.

A las personas de dieciocho años o más se les aplicarán los mismos criterios y políticas que al núcleo familiar.

El núcleo familiar será representado para los efectos de este título por cualquiera de las personas enunciadas en las fracciones I a III de este artículo.

Artículo 77 bis 5. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los regímenes estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, tomando en consideración la opinión de los estados y el Distrito Federal, a través del consejo a que se refiere el artículo 77 bis 33 de esta ley;

II. Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto;

III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada

de servicios a que se refiere el artículo 77 *bis* 18 y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el artículo 77 *bis* 29;

IV. Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los regímenes estatales de Protección Social en Salud, en los términos del capítulo III de este título;

V. Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación a que se refiere el artículo 77 *bis* 6 de esta ley;

VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor;

VII. Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema;

VIII. Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud en los ámbitos federal, estatal, del Distrito Federal y, en su caso, municipal;

IX. Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capacidad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el artículo 77 *bis* 21, en los estados y el Distrito Federal;

X. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración;

XI. Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica;

XII. Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;

XIII. A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social;

XIV. Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud;

XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los

centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud;

XVI. Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, instituciones y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud, y

XVII. Evaluar el desempeño de los regímenes estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B. Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:

I. Proveer los servicios de salud en los términos de este título, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad;

II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud, para lo cual

ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud;

III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren;

IV. Programar, de los recursos a que se refiere el capítulo III de este título, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud;

V. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional en los términos de este título, de conformidad con el artículo 77 *bis* 23 de esta ley;

VI. Realizar el seguimiento operativo de las acciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicite;

VII. Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables;

VIII. Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto, y

IX. Promover la participación de los municipios en los regímenes estatales de Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.

Artículo 77 bis 6. El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, y los gobiernos de los estados y el Distrito Federal celebrarán acuerdos de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Para esos

efectos, la Secretaría de Salud establecerá el modelo nacional a que se sujetarán dichos acuerdos, en los cuales se determinarán, entre otros, los conceptos de gasto, el destino de los recursos, los indicadores de seguimiento a la operación y los términos de la evaluación integral del Sistema.

Capítulo II

De los beneficios de la protección social en salud

Artículo 77 bis 7. Gozarán de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:

I. Ser residentes en el territorio nacional;

II. No ser derechohabientes de la seguridad social;

III. Contar con Clave Única de Registro de Población;

IV. Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 bis 21 de esta ley, y

V. Cumplir con las obligaciones establecidas en este título.

Artículo 77 bis 8. Se considerarán como beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a las personas a que se refieren los artículos 77 bis 3 y 77 bis 4 de esta ley que satisfagan los requisitos del artículo anterior, previa solicitud de incorporación.

Artículo 77 bis 9. Para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en este título.

La Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal promoverán las acciones necesarias para que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud provean como mínimo los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general,

ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, y acrediten previamente su calidad.

La acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar, al menos, los aspectos siguientes:

- I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;
- II. Aplicación de exámenes preventivos;
- III. Programación de citas para consultas;
- IV. Atención personalizada;
- V. Integración de expedientes clínicos;
- VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y
- VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

Artículo 77 bis 10. Los regímenes estatales de Protección Social en Salud proveerán de manera integral los servicios de salud y los medicamentos asociados, sin exigir cuotas distintas a las establecidas en el capítulo V de este título, siempre que los beneficiarios cumplan con sus obligaciones.

Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los regímenes estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en

los términos de este título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud.

Capítulo III
De las aportaciones
para el Sistema de Protección Social
en Salud

Artículo 77 bis 11. El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios en los términos de este capítulo y el capítulo V.

Artículo 77 bis 12. El gobierno federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente a quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. La cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta aportación se hará efectiva a los estados y al Distrito Federal que cumplan con el artículo siguiente.

Artículo 77 bis 13. Para sustentar el Sistema de Protección Social en Salud, el gobierno federal y los gobiernos de los estados y del Distrito Federal efectuarán aportaciones solidarias por

familia beneficiaria conforme a los siguientes criterios:

I. La aportación estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social a que se refiere el artículo anterior, y

II. La aportación solidaria por parte del gobierno federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de esta ley. Dicha aportación deberá representar al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en el artículo anterior.

La fórmula a que hace referencia la fracción II de este artículo incorporará criterios compensatorios con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas para establecer cada uno de los criterios compensatorios y determinará el peso que tendrá cada uno de ellos en la asignación por fórmula. Asimismo,

proporcionará la información de las variables utilizadas para el cálculo.

Los términos bajo los cuales se hará efectiva la concurrencia del gobierno federal y estatal para cubrir la aportación solidaria se establecerán en los acuerdos de coordinación a que hace referencia el artículo 77 *bis* 6 de la Ley.

Artículo 77 *bis* 14. Cualquier aportación adicional a la establecida en el artículo anterior de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal para las acciones de protección social en salud tendrá que canalizarse directamente a través de las estructuras de los servicios estatales de salud.

Artículo 77 *bis* 15. El gobierno federal transferirá a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.

Artículo 77 *bis* 16. Los recursos de carácter federal a que se refiere el

presente título, que se transfieran a los estados y al Distrito Federal no serán embargables, ni los gobiernos de los estados podrán, bajo ninguna circunstancia, gravarlos, afectarlos en garantía, ni destinarlos a fines distintos a los expresamente previstos en el mismo.

Dichos recursos se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto.

Los gobiernos de los estados deberán registrar estos recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines establecidos en el presente título.

El control y supervisión del manejo de los recursos a que se refiere este capítulo se realizará conforme a los términos establecidos en el capítulo VII de este título.

Artículo 77 *bis* 17. De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 *bis* 12 y 77 *bis* 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% de dichos recursos al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el capítulo VI de este título.

Artículo 77 *bis* 18. De la cuota social y de las aportaciones solidarias a que se refieren los artículos 77 *bis* 12 y 77 *bis* 13, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% de dichos

recursos para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios.

Con cargo a esta previsión presupuestal, que será administrada por la Secretaría de Salud, se realizarán transferencias a los estados conforme a las reglas que fije el Ejecutivo Federal mediante disposiciones reglamentarias.

En caso de que existan remanentes de esta previsión presupuestal al concluir el ejercicio fiscal correspondiente, la Secretaría de Salud canalizará dichos remanentes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el capítulo VI de este título.

Al término de cada ejercicio la Secretaría de Salud rendirá al Congreso de la Unión un informe pormenorizado sobre la utilización y aplicación de los recursos del fondo al que se refiere el presente artículo.

Artículo 77 bis 19. Será causa de responsabilidad administrativa el incumplimiento en tiempo y forma de las obligaciones económicas establecidas en este capítulo.

Capítulo IV
Del Fondo de Aportaciones
para los Servicios de Salud
a la Comunidad

Artículo 77 bis 20. El gobierno federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban.

La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de esta ley. Dicha fórmula deberá tomar en cuenta la población total de cada estado y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y a otros

factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad.

La Secretaría de Salud definirá las variables que serán utilizadas en la fórmula de distribución de los recursos del fondo y proporcionará la información utilizada para el cálculo, así como de la utilización de los mismos, al Congreso de la Unión.

Capítulo V

De las cuotas familiares

Artículo 77 bis 21. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud.

Las disposiciones reglamentarias establecerán los lineamientos para

los casos en que por las características socioeconómicas de los beneficiarios éstos no aportarán cuotas familiares.

Artículo 77 bis 22. Las cuotas familiares se recibirán, administrarán y aplicarán conforme a las disposiciones de esta ley y serán destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 77 bis 23. Las cuotas familiares y reguladoras, que en su caso se establezcan, serán recibidas, administradas y ejercidas por los servicios estatales de Salud, a través de los regímenes estatales de Protección Social en Salud, conforme a lo dispuesto por el artículo 77 bis 22.

Artículo 77 bis 24. Los regímenes estatales de Protección Social en Salud deberán presentar a la Secretaría de Salud, conforme a los lineamientos que la misma establezca, los informes que sean necesarios respecto del destino y manejo de las cuotas familiares.

Artículo 77 bis 25. Para la determinación de las cuotas familiares se tomarán en cuenta las condiciones socioeconómicas de los beneficiarios, mediante la aplicación de un instrumento estandarizado fijado a nivel nacional por la Secretaría de Salud, el cual permitirá ubicarlos en el estrato adecuado.

Los niveles de las cuotas familiares podrán ser revisados anualmente tomando como base la

variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Artículo 77 bis 26. El nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 77 bis 27. Bajo el principio de solidaridad social, las cuotas familiares no serán objeto de devolución bajo ninguna circunstancia, ni podrán aplicarse a años subsecuentes en el caso de suspensión temporal de los beneficios de la protección social en salud.

Artículo 77 bis 28. Con el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud, el Consejo de Salubridad General podrá establecer, mediante reglas de carácter general, un esquema de cuotas reguladoras para algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados. En dichas reglas deberá considerarse la posibilidad de que aquellos beneficiarios cuya condición socioeconómica así lo justifique, no cubran las cuotas a que se refiere este artículo.

Capítulo VI

Del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Artículo 77 bis 29. Para efectos de este título, se considerarán gastos catastróficos a los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad

General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.

Con el objetivo de apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos, se constituirá y administrará por la Federación un fondo de reserva, sin límites de anualidad presupuestal, con reglas de operación definidas por la Secretaría de Salud.

Artículo 77 bis 30. Con el objetivo de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, la Secretaría de Salud, mediante un estudio

técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, que por sus características y ubicación puedan convertirse en centros regionales de alta especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia.

Para la determinación a que se refiere el párrafo anterior, la Secretaría de Salud tomará en cuenta los patrones observados de referencia y contrarreferencia, así como la información que sobre las necesidades de atención de alta especialidad le reporten de manera anual los regímenes estatales de Protección Social en Salud o a través de los sistemas de información básica que otorguen los servicios estatales de salud.

Los centros regionales recibirán recursos del fondo a que se refiere este capítulo de conformidad con los lineamientos que establezca la Secretaría de Salud, en las que se incluirán pautas para operar un sistema

de compensación y los elementos necesarios que permitan precisar la forma de sufragar las intervenciones que provean los centros regionales.

Con la finalidad de racionalizar la inversión en infraestructura de instalaciones médicas de alta especialidad y garantizar la disponibilidad de recursos para la operación sustentable de los servicios, la Secretaría de Salud emitirá un plan maestro al cual se sujetarán los servicios estatales de salud y los regímenes estatales de Protección Social en Salud.

No se considerarán elegibles para la participación en los recursos del fondo que se establezca en los términos del presente capítulo las instalaciones médicas de alta especialidad que no cuenten con el certificado que para el efecto expida la Secretaría de Salud, en congruencia con el plan maestro a que se refiere el párrafo anterior.

Capítulo VII

De la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud

Artículo 77 bis 31. Considerando el financiamiento solidario del Sistema de Protección Social en Salud, la Federación, los estados y el Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias, dispondrán lo necesario para transparentar su gestión de conformidad con las normas aplicables en materia de acceso y

transparencia a la información pública gubernamental.

Para estos efectos, tanto la Federación como los regímenes estatales de Protección Social en Salud, a través de los servicios estatales de salud, difundirán toda la información que tengan disponible respecto de universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud, entre otros aspectos, con la finalidad de favorecer la rendición de cuentas a los ciudadanos, de manera que puedan valorar el desempeño del Sistema.

Asimismo, los regímenes estatales de Protección Social en Salud dispondrán lo necesario para recibir y evaluar las propuestas que le formulen los beneficiarios respecto de los recursos que éstos aporten y tendrán la obligación de difundir, con toda oportunidad, la información que sea necesaria respecto del manejo de los recursos correspondientes.

La Secretaría de Salud presentará al Congreso de la Unión un informe semestral pormenorizado de las acciones que se desarrollen con base en este artículo.

Artículo 77 bis 32. El control y supervisión del manejo de los recursos federales a que se refiere este título quedará a cargo de las autoridades siguientes, en las etapas que se indican:

I. Desde el inicio del proceso de presupuestación, en términos de la legislación presupuestaria

federal y hasta la entrega de los recursos correspondientes a los estados y al Distrito Federal, corresponderá a la Secretaría de la Función Pública;

II. Recibidos los recursos federales por los estados y el Distrito Federal, hasta su erogación total, corresponderá a las autoridades de control y supervisión interna de los gobiernos de los estados.

La supervisión y vigilancia no podrán implicar limitaciones, ni restricciones, de cualquier índole, en la administración y ejercicio de dichos recursos;

III. La fiscalización de las cuentas públicas de los estados y el Distrito Federal será efectuada por el congreso local que corresponda, por conducto de su órgano de fiscalización conforme a sus propias leyes, a fin de verificar que las dependencias y entidades del Ejecutivo local aplicaron dichos recursos para los fines previstos en esta ley, y

IV. La Auditoría Superior de la Federación, al fiscalizar la Cuenta Pública Federal, verificará que las dependencias del Ejecutivo Federal cumplieron con las disposiciones

legales y administrativas federales, y por lo que hace a la ejecución de los recursos a que se refiere este título, la misma se realizará en términos de la Ley de Fiscalización Superior de la Federación.

Cuando las autoridades estatales que en el ejercicio de sus atribuciones de control y supervisión conozcan que los recursos federales señalados no han sido aplicados a los fines que señala la Ley, deberán hacerlo del conocimiento de la Secretaría de la Función Pública en forma inmediata.

Por su parte, cuando el órgano de fiscalización de un congreso local detecte que los recursos federales señalados no se han destinado a los fines establecidos en esta ley, deberá hacerlo del conocimiento inmediato de la Auditoría Superior de la Federación.

Las responsabilidades administrativas, civiles y penales que deriven de afectaciones a la Hacienda Pública Federal, a las aportaciones estatales y del núcleo familiar en que, en su caso, incurran las autoridades locales exclusivamente por

motivo de la desviación de los recursos para fines distintos a los previstos en esta ley, serán sancionadas en los términos de la legislación federal, por las autoridades federales, en tanto que en los demás casos dichas responsabilidades serán sancionadas y aplicadas por las autoridades locales con base en sus propias leyes.

Capítulo VIII

Del Consejo Nacional de Protección Social en Salud

Artículo 77 bis 33. Se constituye el Consejo Nacional de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.

Artículo 77 bis 34. El Consejo Nacional de Protección Social en Salud estará integrado por los titulares de la secretarías de Salud, quien lo presidirá y tendrá voto de calidad, de Desarrollo Social y de Hacienda y Crédito Público; por los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; por el secretario del Consejo de Salubridad General; y por los titulares de los servicios estatales de salud de cinco entidades federativas, participantes en el Sistema de Protección Social en Salud y que representen a las distintas regiones del país, a invitación del secretario de Salud, cuya participación se rotará conforme lo disponga el reglamento

de operación de este consejo. Asimismo, se invitará a las sesiones del Consejo a un representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud.

El Consejo Nacional de Protección Social en Salud ejercerá las atribuciones que le otorgue su reglamento interior, que será expedido por el titular del Ejecutivo Federal, en el cual establecerá, asimismo, las reglas para su organización y funcionamiento.

Artículo 77 bis 35. El Sistema de Protección Social en Salud contará con una comisión nacional, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la estructura y funciones que le asigne su reglamento interno. El titular de la Comisión Nacional será designado por el presidente de la república a propuesta del secretario de Salud tras haber recogido las opiniones de los miembros del Consejo a que se refiere este capítulo, que dispondrá para su operación de los recursos que le asigne la Federación.

Capítulo IX

Derechos y obligaciones

de los beneficiarios

Artículo 77 bis 36. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y

tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los regímenes estatales de Protección Social en Salud.

Artículo 77 bis 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

I. Recibir servicios integrales de salud;

II. Acceso igualitario a la atención;

III. Trato digno, respetuoso y atención de calidad;

IV. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud;

V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;

VI. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud;

VII. Contar con su expediente clínico;

VIII. Decidir libremente sobre su atención;

IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos;

X. Ser tratado con confidencialidad;

XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;

XII. Recibir atención médica en urgencias;

XIII. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica;

XIV. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban;

XV. Presentar quejas ante los regímenes estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas, y

XVI. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Artículo 77 bis 38. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán las siguientes obligaciones:

I. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;

II. Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios como documento de naturaleza personal e intransferible y presentarla siempre que se requieran servicios de salud;

III. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;

IV. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;

V. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;

VI. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;

VII. Cubrir oportunamente las cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se le fijen;

VIII. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;

IX. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;

X. Hacer uso responsable de los servicios de salud, y

XI. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud y para la definición del monto a pagar por concepto de cuota familiar.

Capítulo X

Causas de suspensión y cancelación al Sistema de Protección Social en Salud

Artículo 77 bis 39. La cobertura de protección social en salud será suspendida de manera temporal a cualquier familia beneficiaria en los siguientes casos:

I. Cuando no cubra las cuotas familiar o reguladora en la forma y fechas que determine la instancia competente, en su caso, y

II. Cuando el principal sostén de la familia beneficiaria se incorpore a alguna institución de seguridad social federal o estatal.

La cuota familiar amparará a los beneficiarios en el caso de que suceda la suspensión y la reincorporación a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud en un mismo ejercicio presupuestal.

Artículo 77 bis 40. Se cancelarán los beneficios de la protección social en salud y la posibilidad de reincorporación, cuando cualquier miembro de la familia beneficiaria:

I. Realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el Sistema de Protección Social en Salud o afecte los intereses de terceros;

II. Haga mal uso de la identificación que se le haya expedido como beneficiario, y

III. Proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico para determinar su cuota familiar y sobre su condición laboral o derechohabencia de la seguridad social.

En la aplicación de este artículo la Secretaría de Salud tomará como base la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones aplicables.

Artículo 77 bis 41. En los casos en que se materialicen los supuestos a que se refiere este capítulo, los interesados conservarán los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud hasta por un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha de

la suspensión o cancelación. Habiendo transcurrido este plazo, podrán acceder a los servicios de salud disponibles en los términos y condiciones que establece esta ley.

Transitorios

Primero. El presente decreto entrará en vigor el 1º de enero del año 2004.

Segundo. El Ejecutivo Federal deberá emitir el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, en un plazo que no excederá de noventa días contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Tercero. En un plazo similar al que se refiere la disposición transitoria anterior, el Consejo de Salubridad General deberá emitir las resoluciones que le correspondan como consecuencia de este decreto.

Cuarto. Para los efectos del artículo 77 *bis* 1, dentro de los servicios de salud se incluirán progresivamente todas las intervenciones de manera integral, con exclusión de las intervenciones cosméticas, experimentales y las que no hayan demostrado su eficacia.

Quinto. Para los efectos del artículo 77 *bis* 9, los estados y el Distrito Federal acreditarán gradualmente la calidad de las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud.

Sexto. Para efectos del artículo 77 *bis* 7, fracción III, la Cédula del Registro Nacional de Población se exigirá en la medida en que dicho medio de identificación nacional se vaya expidiendo a los usuarios de Protección Social en Salud.

Séptimo. Para los efectos del artículo 77 *bis* 12 de la Ley, la fecha de inicio para el cálculo de la actualización conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor será el primero de enero de 2004.

Octavo. A partir de la entrada en vigor de este decreto, cada año y de manera acumulativa, se podrán incorporar al Sistema de Protección Social en Salud hasta el equivalente a 14.3% de las familias susceptibles de nueva incorporación, con el fin de alcanzar el 100% de cobertura en el año 2010.

En el ejercicio fiscal 2004 y subsecuentes, podrán adherirse las familias cuya incorporación pueda ser cubierta con cargo a los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal, con cargo a los recursos de los programas del Ramo Administrativo 12 Salud del Presupuesto

de Egresos de la Federación y, con cargo a los recursos para la función Salud que el Ejecutivo Federal presente para el Sistema de Protección Social en Salud y que la Cámara de Diputados apruebe.

La cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas, de conformidad con los padrones que para el efecto maneje el gobierno federal.

Noveno. La aportación solidaria de los gobiernos de los estados y el Distrito Federal en términos del artículo 77 *bis* 13, deberá iniciarse en el ejercicio fiscal de su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud.

Décimo. Con el objeto de que los programas en materia de salud se ejecuten de manera más eficiente y eficaz, en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2004 y en los años subsecuentes, los recursos aprobados para la función Salud se identificarán con una estrategia integral que sea congruente con el Sistema de Protección Social en Salud.

Décimo primero. La Secretaría de Salud deberá constituir la previsión presupuestal a que se refiere el artículo 77 *bis* 18 en el ejercicio presupuestal siguiente a aquel en que se apruebe y publique este decreto.

Décimo segundo. A partir del ejercicio fiscal en que se celebre el acuerdo de coordinación

correspondiente, para la entidad federativa suscriptora, el monto total de recursos aprobados del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, establecido en la Ley de Coordinación Fiscal, será utilizado para financiar los recursos que el gobierno federal debe destinar al Sistema de Protección Social en Salud en los términos de los artículos 77 *bis* 13, fracción II, y 77 *bis* 20 de esta ley.

Para los efectos del párrafo anterior, las aportaciones solidarias a que se refiere el artículo 77 *bis* 13, fracción II, de la Ley, se realizarán en la medida en que se incorporen las familias al Sistema en los términos del artículo transitorio octavo y de los acuerdos de coordinación correspondientes, sin afectar la continuidad de la atención de las familias no aseguradas.

El Sistema de Protección Social en Salud dejará sin efectos, respecto de la entidad federativa que se incorpore al mismo, la aplicación de las disposiciones relativas al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud establecidas en los artículos 25, fracción II, 29, 30 y 31 de la Ley

de Coordinación Fiscal, a partir de la fecha en que suscriba el acuerdo de coordinación correspondiente. Lo anterior, sin perjuicio de la continuidad de la atención de las familias no aseguradas que deberá establecerse en el respectivo acuerdo de coordinación. Los recursos necesarios para dar continuidad a dicha atención serán calculados, sólo para efectos de referencia, con base en lo dispuesto en el artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal, una vez descontados los recursos federales que se destinarán para financiar a las familias que se incorporen al Sistema.

Décimo tercero. Para los efectos de los artículos 77 *bis* 13 y 77 *bis* 20 de la Ley, la Secretaría de Salud determinará como punto de partida para el primer cálculo, qué montos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a que se refiere la Ley de Coordinación Fiscal se destinó en el ejercicio fiscal de 2003 para la prestación de servicios de salud a la persona y para la prestación de servicios de salud a la comunidad, respectivamente.

Décimo cuarto. En un plazo que no excederá de noventa días contados a partir de la entrada en vigor de este decreto, la Federación deberá emitir las reglas a que se sujetará el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a que se refiere el artículo 77 *bis* 29.

Para los efectos de dicho artículo, el Fondo incluirá a la entrada en vigor de este decreto, las siguientes categorías:

I. El diagnóstico y tratamiento del cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, lesiones graves, rehabilitación de largo plazo, vih/sida, y

II. Cuidados intensivos neonatales, trasplantes y diálisis.

El Consejo de Salubridad General actualizará periódicamente estas categorías con base en los criterios establecidos en el artículo 77 *bis* 29 de la Ley.

Décimo quinto. El Ejecutivo Federal deberá emitir el Reglamento del Consejo Nacional de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 *bis* 33, en un plazo que no excederá de noventa días contados a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Décimo sexto. El programa IMSS-Oportunidades continuará proporcionando servicios de salud a la población no asegurada, con el mismo modelo de atención con el que opera en la actualidad, para lo cual deberá contar con los recursos

presupuestales suficientes, provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, mismos que se canalizarán directamente a través del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las familias actualmente atendidas por el programa IMSS-Oportunidades podrán incorporarse al Sistema de Protección Social en Salud. En este caso deberá cubrirse al Programa, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, por cada familia que decida su incorporación a dicho sistema, la cuota social y la aportación solidaria a cargo del gobierno federal; la aportación solidaria a cargo de los estados y la cuota familiar en los términos de la presente ley. En cualquier caso, el programa IMSS-Oportunidades seguirá siendo administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social y los bienes muebles e inmuebles con que cuenta, más aquellos que en lo sucesivo adquiera, quedan incorporados al patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a la legislación aplicable.

Décimo séptimo. Para los efectos de la primera integración del Consejo Nacional de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 *bis* 33, se invitará a los titulares de los servicios estatales de salud de las cinco primeras entidades federativas en suscribir el acuerdo de coordinación para su integración al Sistema de Protección Social en Salud, a que se refiere el artículo 77 *bis* 6 de la Ley.

Décimo octavo. El Ejecutivo Federal deberá emitir el reglamento interno de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud a que se refiere el artículo 77 *bis* 35, en un plazo que no excederá de sesenta días a partir de la entrada en vigor del presente decreto.

Décimo noveno. La Secretaría de Salud dispondrá lo necesario para dar continuidad a las acciones derivadas del Programa de Salud para Todos en los mismos términos en que se ha desarrollado a la fecha, hasta en tanto se encuentre en operación plena la ejecución del presente decreto de reformas.

Vigésimo. El Congreso de la Unión en uso de sus facultades legales, podrá a través de sus órganos dar seguimiento al cumplimiento de las normas aprobadas en el presente decreto.

Vigésimo primero. El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, continuará operando conforme al modelo de atención establecido en sus reglas de operación. La Secretaría de Desarrollo Social administrará el padrón de beneficiarios de este

programa, y para su operación se coordinará con la Secretaría de Salud, a fin de evitar duplicidades administrativas.

México, D.F., a 29 de abril de 2003.- Dip. Armando Salinas Torre, presidente.- Sen. Enrique Jackson Ramírez, presidente.- Dip. Adela Cerezo Bautista, secretaria.- Sen. Sara I. Castellanos Cortés, secretaria.- Rúbricas”.

En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su debida publicación y observancia, expido el presente decreto en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la ciudad de México, Distrito Federal, a los catorce días del mes de mayo de dos mil tres.- Vicente Fox Quesada.- Rúbrica.- El secretario de Gobernación, Santiago Creel Miranda.- Rúbrica.

Seguro Popular / Ideas para el debate fue impreso en junio de 2004 en Offset Universal, S.A., bajo el cuidado de Josefina Fajardo Arias. Tiraje: 2 000 ejemplares.

OTROS TÍTULOS DE ESTA COLECCIÓN

Política y género

Marcela Lagarde y de los Ríos (coordinadora)

Voto de los mexicanos en el extranjero /

Constitucionalidad y retos jurídicos

Emilio Zebadúa

Sistema de pensiones en México /

Presente y futuro

Clara Brugada Molina (coordinadora)

De próxima aparición

Derechos y cultura indígenas /

El PRD frente a la reforma constitucional

Marcela Lagarde y de los Ríos

Bernardino Ramos Iturbide

(Coordinadores)

