

Por una salud de segunda

Araceli Damián\*

En honor a Paco Huerta

El artículo 77 bis de la Ley General de Salud establece que “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.”

El Sistema de Protección Social en Salud, conocido comúnmente como Seguro Popular (SP) ofrece un paquete limitado de servicios de salud a la población no derechohabiente de otros servicios de salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Marina, etc.) De esta forma, el SP refuerza la estructura segmentada de atención a la salud que prevalece en nuestro país, dejando a los más pobres con una atención restringida, como explicaré más adelante.

El diseño del programa partió de un reconocimiento de la inadecuación de los llamados servicios a población abierta que, entre otras cosas, excluyen una parte de elementos básicos de diagnóstico y tratamiento (pruebas de laboratorio, radiología, medicamentos, tratamientos, cirugías, entre otros). Esto lleva a la población a incurrir en gastos elevados de su propio bolsillo, que pueden llegar a ser catastróficos. Sin embargo, su diseño no superó este problema del todo debido a que no se incluyen todos los padecimientos y ni se ofrecen todos los servicios de salud.

El SP responde a una lógica de hacer más “eficiente”, en términos económicos, la atención a la salud de los más pobres. Se asume la existencia de recursos limitados y escasas posibilidades de aumentar la disponibilidad de los mismos. Por tanto, se restringe el espectro de servicios que se ofrece: los derechohabientes del SP podrán recibir consulta externa de primer nivel, así como consulta externa y hospitalización de las especialidades de *medicina básica*: interna, cirugía general, ginecoobstetricia, geriatría.

En consecuencia el SP deja fuera, entre otras especialidades de segundo nivel, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, ortopedia, psicología clínica, epidemiología clínica. Quedan además fuera todos los servicios de tercer nivel,

que comprenden a la rehabilitación y, entre otras, las especialidades de neumología, cardiovascular, neurología, neurocirugía, psiquiatría, gastroenterología, alergología, reumatología, oncología, hematología, endocrinología.

Como se ve el SP 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 una adecuada protección a la salud. Adicionalmente, el SP no incluye las pensiones de sus afiliados, ni los sueldos de quines no puedan trabajar por enfermedad o incapacidad.

El SP incorpora beneficiarios mediante el pago de una cuota anual, no obstante, tiene un régimen no contributivo, cuyos criterios para la selección de quienes entran en esta última categoría no se establecen en la ley. Los montos son progresivos de acuerdo con el nivel de ingreso del hogar. Si bien la ley tampoco establece dichos montos, en la página web de la Secretaría de Salud existe un cuadro dónde se determinan éstos.

El cuadro es confuso. Está presentado de acuerdo con deciles de ingreso (suponemos familiar), sin especificar los rangos que comprende cada decil. Por tanto, es difícil saber a ciencia cierta cuál es la cuota anual dado un determinado nivel de ingreso. Los deciles I y II están exentos de pago.

Las familias ubicadas en el tercer decil de ingreso pagan 640 pesos anuales y los montos aumentan hasta llegar a 6 mil 300 pesos en el decil X. Si alguna persona requiere atención médica no contemplada en el paquete mínimo, la ley establece que se determinarán cuotas “reguladoras” (mejor conocidas como cuotas de recuperación). Con ello, queda anulada la idea de evitar pagos catastróficos en momentos de aguda necesidad del servicio, siendo los más pobres quienes sufrirán las consecuencias.

Actualmente existe una disputa entre el gobierno federal y el del DF dado que el primero intenta incorporar al segundo al programa. El gobierno local ha accedido a pláticas tendientes a establecer el convenio, sin embargo, ha puesto como condición para la firma no cobrar por los servicios prestados, ya que ello es

contrario al programa de atención a la salud vigente en la capital (Programa de Servicios Médicos y Medicamentos para la Población No Asegurada del DF).

Este programa incluye servicios más amplios (sobre todo en lo que respecta a la atención de segundo y tercer nivel, así como de dotación de medicamentos, que incluye, por ejemplo, los retrovirales para quienes sufren de SIDA). Sin embargo, la disputa no se centra en la amplitud de los servicios otorgados, sino que se pone en tela de juicio cuál es el mecanismo mediante el cual el estado debe hacer frente al problema de atención a la salud.

El pago de cuotas anuales anticipadas que exige el SP dejará fuera a muchas familias debido a que no tienen capacidad económica para hacer los pagos anuales requeridos en una sola exhibición. Considerando el porcentaje de pobres reconocidos oficialmente (un poco más del 50% de la población) éstos tendrían que pagar hasta 2 mil 400 pesos en una sola exhibición. Lo que no se tomó en cuenta al diseñar el SP es que esta población dispone de un gasto disponible por persona de veinte pesos con noventa centavos al (del 2000), una vez descontado el gasto que corresponde a alimentación.

La mayoría de los pobres de la ciudad de México se ubican por arriba de los deciles I y II. Por tanto, si se llega a firmar el convenio exigiendo las cuotas anuales, perderán un servicio que actualmente es gratuito, se reducirá el espectro de atención cubierto y, por tanto, se mermará su salud y economía. El gobierno federal insiste en quitar un derecho que disfrutaban los capitalinos, sobre todo los de más bajos ingresos. A cambio ofrece dar un servicio de salud de segunda.

\*El Colegio de México, [adamian@colmex.mx](mailto:adamian@colmex.mx)