

V PREMIO OISS

“¿Cómo facilitar la cobertura de colectivos desprotegidos por la Seguridad Social?”



OISS

ORGANIZACIÓN
IBEROAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL

www.oiss.org

**EL SEGURO MÉDICO PARA UNA
NUEVA GENERACIÓN
EN MÉXICO**

TLAHUIZCALPAN

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. MARCO LEGAL DEL SEGURO MÉDICO PARA LA NUEVA GENERACIÓN	10
1.1 Antecedentes	10
1.1.1 La Reforma del Sistema Nacional de Salud	12
1.1.2 Sistema de Protección Social en Salud	13
1.1.3 Plan Nacional de Desarrollo	14
1.1.4 Programa Nacional de Salud	15
1.1.5 Seguro Popular	17
1.1.6 Convenio de colaboración del Sector Salud	18
1.2 La Estructura del Seguro Médico para la Nueva Generación	20
1.2.1 Generalidades	20
1.2.2 El propósito del seguro	21
1.2.3 Mecanismo operativo	22
1.2.4 Condiciones de afiliación	22
1.2.4.1 Condiciones para el otorgamiento de los beneficios	23
1.2.4.2 Contratación, inscripción e inicios de Servicios	24
1.2.4.3 Las prestaciones del seguro	24
1.2.4.4 Vigencia de las prestaciones	25
1.2.5 La naturaleza y Características de los niños protegidos	26
1.2.6 El derecho humano a la atención médica.	30

1.2.7	Cobertura de aseguramiento	31
1.2.8	Calidad de servicios	32
CAPÍTULO II. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDICIONES DE SALUD, DEMOGRÁFICAS, Y SOCIALES DE LOS NIÑOS CUBIERTOS EN EL SEGURO MÉDICO PARA LA NUEVA GENERACIÓN.		
		33
2.1	Análisis en salud y enfermedad de los bebés y niños protegidos	33
2.1.1	Condiciones Socio-Sanitarias.	34
2.1.2	Análisis de las principales enfermedades	41
2.1.2.1	Población de asegurados niñas de 0 a 6 años	47
2.1.2.2	Población de asegurados niños de 0 a 6 años	49
2.1.3	Mortalidad general y por causas	51
2.1.3.1	Desnutrición.....	54
2.1.3.2	Infecciones parasitarias	55
2.1.3.3	Accidentes.....	56
2.2	Análisis demográfico	57
2.2.1	Evolución de las tasas de natalidad 2006-2012	57
2.2.1.1	Evolución de las tasas de mortalidad infantil 2006-2012	58
2.2.2	Nacimientos de niños	60
2.2.3	Distribución geográfica	61
2.2.3.1	Urbanos.....	62
2.2.3.2	Rurales	63
2.3	Análisis social	64
2.3.1	Los bebés y niños en el contexto familiar	64

2.3.2	Hogares en riesgo de empobrecimiento	65
2.3.3	Los grupos de mayor vulnerabilidad.	67
2.3.4	Derechos humanos y violencia intrafamiliar	68
	CAPÍTULO III. MODELO DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE FINANCIAMIENTO EN EL SEGURO MÉDICO DE LA NUEVA GENERACIÓN	70
3.1	Características del Modelo	70
3.1.1	Mercado de Compraventa de servicios médicos	70
3.1.1.1	Financiadore	71
3.1.1.2	Prestadore	71
3.1.1.3	Usuariore	71
3.1.2	Funcionamiento y Viabilidad	71
3.1.2.1	Oferta	72
3.1.2.2	Demanda	72
3.2	El Financiamiento del Seguro	72
3.2.1	Fuentes, fondos y destinos de los recursos	74
3.2.1.1	Aportaciones del Gobierno Federal	75
3.2.1.2	Aportaciones del Gobierno Estatal	78
3.2.1.3	Otros ingresos	79
3.3	Los gastos del Seguro	83
3.3.1	Gastos en salud	84
3.3.2	Estimación del gasto 2006-2012	84
3.3.2.1	Costos Unitarios por nivel atención médica	86
3.4	Métodos actuariales de valuación	92

3.4.1	Regímenes financieros	93
3.4.2	Método de proyección 2006-2012	93
3.4.3	Prima Nivelada	94
CONCLUSIONES		99
BIBLIOGRAFÍA		103
GLOSARIO DE ABREVIATURAS		106
ANEXO		¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es analizar y evaluar el marco legal y el esquema de financiamiento del Seguro Médico para una Nueva Generación y su introducción en el mercado de compra venta de servicios médicos entre las instituciones del sector salud y el gobierno o federal, haciendo un análisis socio-demográfico de los niños nacidos en el presente sexenio.

A partir de enero del 2007 dio comienzo de manera oficial “el Seguro Médico para una Nueva Generación”, el cual ofrece cobertura médica a todos los niños mexicanos nacidos en territorio nacional a partir del 1° de diciembre del 2006, y que no se encuentren adscritos a ningún esquema de seguridad social tradicional como el IMSS o el ISSSTE, garantizándoles a estos niños recibir atención médica gratuita integral de la más alta calidad en las instituciones de salud que estén más cerca de su domicilio.

Con el objetivo de mejorar la salud de las familias de menores ingresos, disminuir los índices de mortalidad en menores de cinco años y avanzar hacia un esquema de aseguramiento universal, arrancó el Seguro Médico para una Nueva Generación”, con el cual se prevé beneficiar durante el presente sexenio a 743 mil niños por año. Este nuevo servicio no implicará una carga extra en las instituciones, por lo que se establecerán sistemas de compensación presupuestal entre las mismas.

Este seguro contribuirá a fortalecer la red de prestadores de servicios y coadyuvará a alcanzar el objetivo de reducir la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años para el 2015. En principio suscribieron el compromiso 59 organismos, secretarías de Salud de 15 estados y del DF, los institutos nacionales de salud, el IMSS, el ISSSTE, las Secretarías de la Defensa y Marina, así como la Asociación Nacional de Hospitales Privados y la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.

La tesis se presenta *grosso modo* en tres capítulos:

En el capítulo 1 se describe el marco legal, el propósito y la estructura del Seguro Médico para la Nueva Generación, analizando los antecedentes, las causas y los motivos de la regulación y bajo que condiciones se otorgará este seguro, además de describir las características de los niños protegidos, la cobertura y la calidad de servicio a los que éstos tienen derecho.

En el capítulo 2 se muestra la población infantil asegurada, las principales enfermedades y factores a los que se enfrentan los niños y niñas menores de 6 años, realizando un análisis de la evolución de las tasas de natalidad y mortalidad neonatal y bajo qué circunstancias sociales se encuentran los niños cubiertos por el Seguro Médico para una Nueva Generación.

En capítulo 3 se muestra el esquema de financiamiento mediante un mercado de compraventa de servicios médicos entre el Gobierno Federal y las Instituciones del Sector Salud, se realizará un modelo de valuación proyectado a este sexenio tomando en cuenta las

aportaciones realizadas por las diferentes instituciones, así como los gastos que este seguro representara al 2012.

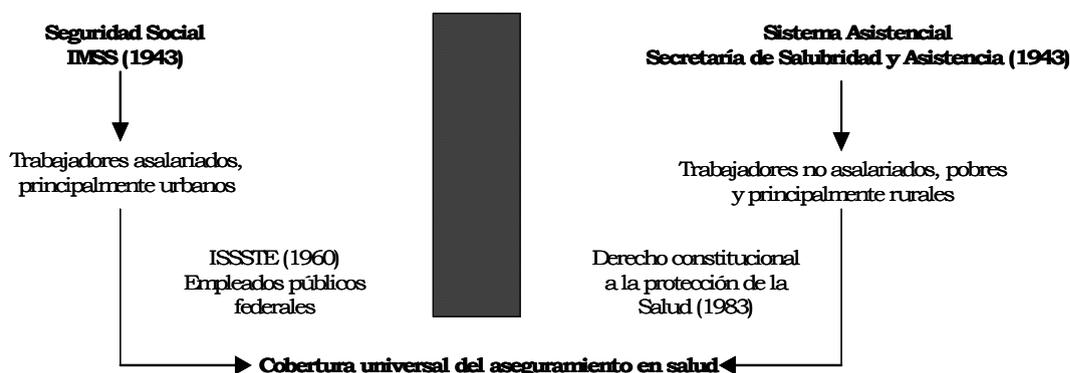
CAPÍTULO I. MARCO LEGAL DEL SEGURO MÉDICO PARA LA NUEVA GENERACIÓN

1.1 Antecedentes

Los sistemas de salud de la mayor parte de los países de América Latina se componen por tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados, que presentan distintos grados de desarrollo según el país de que se trate. En el caso de México, estos tres subsistemas han mantenido un desarrollo fragmentado del sistema de salud desde su fundación en 1943 con la fundación del IMSS la creación y posteriormente la Secretaría de Salubridad y Asistencia (15 de octubre de 1943) y la creación del ISSSTE (diciembre 1959) ¹. (Figura 1.1)

Figura 1.1

Hacia un sistema universal de salud



Fuente: Elaboración propia a partir de el Sistema de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud, 2005.

¹Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Primer a edición 2005. Secretaría de Salud.

De esta manera, el sistema de salud de México se caracteriza, hoy en día, por el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, resultado de la fragmentación institucional asociada a la condición socioeconómica y principalmente laboral de la población.²

Adicionalmente, a la condición laboral que diferencia a los derechohabientes de una Institución como el IMSS o el ISSSTE, de aquellos que no tienen una condición laboral que les permita accesibilidad a los servicios de salud, existe otra problemática en salud en México derivado de las transiciones epidemiológica y demográfica que se reflejan en una mayor demanda de servicios de salud y por lo tanto como fuertes presiones financieras sobre el mismo sistema de salud, ocasionado la “no universalidad” establecida en el artículo 4 de la carta magna³ y de la Ley General de Salud⁴, quedando a cargo del Estado la protección social en salud del 57.8 por ciento de los mexicanos que no tienen un esquema de protección, por carecer de una condición laboral que les permita acceder a los servicios médicos de las instituciones de mayor cobertura como el IMSS o el ISSSTE⁵.

² Ibid

³ En el artículo 4, se indica que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral”.

⁴ El artículo 77 de la Ley General de Salud dice que: “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud”.

⁵ Según el registro del censo de población y vivienda del año 2006, el **57.8** por ciento del total de la población del país no está asegurada por alguna institución de seguridad social.⁵

1.1.1 La Reforma del Sistema Nacional de Salud

Como se mencionó en el apartado anterior, México experimenta desde la creación del Sistema Nacional de Salud, un fuerte desafío para hacer frente a las presiones financieras y prestación de los servicios de salud que se derivan principalmente de las transiciones demográfica y epidemiológica, que aunada a las condiciones tecnológica, económica y política imponiendo al sector la invariabilidad financiera y la inequidad e igualdad en la accesibilidad de la atención a la salud.

Por este motivo, el 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforman y adiciona la Ley General de Salud (LGS) para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Esta reforma surge de la necesidad de proveer una alternativa de protección social en salud –mediante un nuevo esquema de aseguramiento público en salud para la población que actualmente no cuenta con acceso a mecanismos de protección social en salud como es la seguridad social. Ello es parte de la estrategia para garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud para todos los mexicanos bajo un sistema de aseguramiento universal en salud, sin distinción de su condición social, laboral y económica.⁶

⁶ Ibidem

1.1.2 Sistema de Protección Social en Salud

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) proporciona protección financiera a las personas que no son derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De esta forma, los grupos de población beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos.

Los principios que fundamentan al SPSS son:

- universalidad;
- portabilidad nacional;
- priorización explícita de intervenciones;
- prepago de servicios de salud;
- solidaridad financiera;
- subsidiariedad; y
- presupuestación democrática y rendición de cuentas.

El esquema de financiamiento que se establece en la Ley General de Salud (LGS) para el SPSS se sustenta en reglas claras que definen derechos y obligaciones para la aportación y concurrencia de recursos para la salud también busca la reducción del pago de bolsillo que realizan las familias al momento de recibir los servicios de acuerdo con sus necesidades de salud.

A su vez contribuye a mejorar el acceso a servicios de salud integral a las familias más vulnerables, evita gastos catastróficos en salud, promueve la equidad en salud al permitir que los que más tienen aporten más y los que más necesiten reciban más, además de promover la igualdad en el ejercicio del derecho a la salud, y por tanto aportar al bienestar general de la población en una acción de legítima justicia social.⁷

1.1.3 Plan Nacional de Desarrollo⁸

Este Plan Nacional de Desarrollo tiene como finalidad establecer los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que durante la presente Administración deberán regir la acción del gobierno. El Plan establece los objetivos y estrategias nacionales que serán la base para los programas sectoriales, especiales, institucionales y regionales. Está estructurado en cinco ejes rectores:

1. Estado de derecho y seguridad.
2. Economía competitiva y generadora de empleos.
3. Igualdad de oportunidades.
4. Sustentabilidad ambiental.
5. Democracia efectiva y política exterior responsable.

El eje rector que compete como marco normativo a este estudio, es el tercero denominado Igualdad de oportunidades. En este sentido, el Plan establece los siguientes objetivos en torno a la salud de los mexicanos:

⁷ Ibidem

⁸ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Presidencia de la República

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
3. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
5. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

Por otro lado en este mismo eje rector, se encuentra un objetivo específico encaminado a la atención de la niñez mexicana, el cual viene descrito de la siguiente manera:

1. Promover el desarrollo sano e integral de la niñez mexicana garantizando el pleno respeto a sus derechos, la atención a sus necesidades de salud, alimentación, educación y vivienda, y promoviendo el desarrollo pleno de sus capacidades.

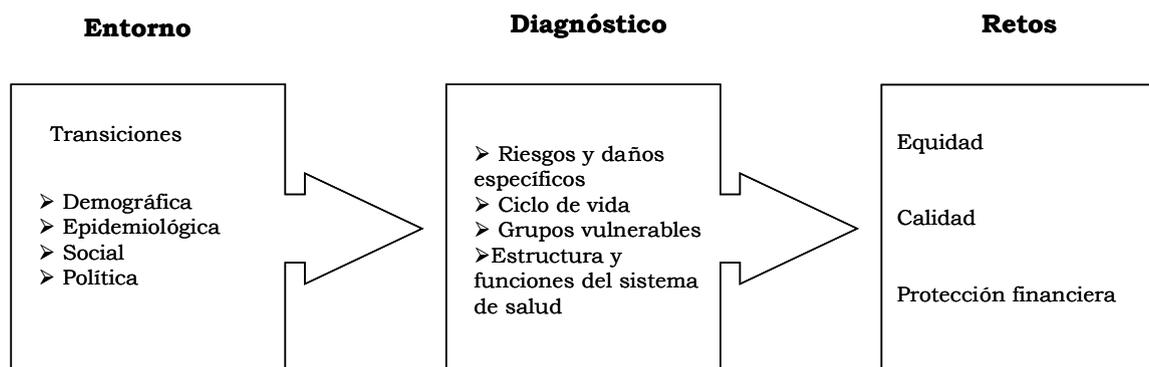
1.1.4 Programa Nacional de Salud

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) presentó un diagnóstico puntual de la problemática del sistema que toma en cuenta riesgos y daños específicos, un enfoque de la salud a partir de ciclos de vida, la situación particular de grupos vulnerables y el desempeño del sistema de salud con base en su estructura y funciones. Derivado de este diagnóstico se identifican tres retos a los que se enfrenta el sistema de salud para llevar a

cabo su objetivo fundamental: mejorar las condiciones de salud de la población. Estos retos son: equidad, calidad y protección financiera (figura 1.2)

Figura 1.2

Retos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001 -2006



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud, 2005.

El PRONASA se propone enfrentar estos retos mediante el cumplimiento de cuatro objetivos sustantivos y un quinto objetivo instrumental:

- 1 mejorar la salud de los mexicanos;
- 2 abatir las desigualdades en salud;
- 3 garantizar un trato adecuado;
- 4 asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud; y
- 5 fortalecer el sistema de salud.

Durante este sexenio 2006-2012 se pondrá especial atención en mejorar las condiciones laborales de los trabajadores, prevenir enfermedades crónicas, impulsar el Seguro Popular e integrar las instituciones del Sector Salud, además se buscará que el proyecto de visión de la salud tenga una perspectiva al año 2030.

En el área de igualdad de oportunidades, donde la salud tiene una participación fundamental, se establecerán programas prioritarios como el fortalecimiento del Seguro Popular, en el cual se reforzarán los mecanismos de vigilancia de aplicación de los recursos, para que se haga realidad la premisa de que a más dinero, más salud y la estrategia de incorporación prioritaria a este esquema de seguridad social de las familias sin seguridad social donde nazca un bebé.

1.1.5 Seguro Popular

El Seguro Popular (SP), es el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud, el cual tiene como objetivo acercar los servicios de salud a la población no asegurada y a su vez disminuir el riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud. La operación de este seguro es regulada por el Catálogo Universal de Servicios de Salud que establece el servicio para 249 intervenciones diferentes⁹, seleccionadas con base en su importancia epidemiológica, la demanda de atención y la capacidad instalada para proporcionar estos servicios; con ello se estima que se cubre el 100 por ciento de la atención médica que se registra anualmente.

⁹ Ver anexo 1

Se creó en 2001 y se llevó a cabo en cinco estados del país, en 2002 fueron afiliadas 295 mil 513 familias en 14 entidades federativas, para el 2003, el sistema operó en 21 estados, logrando que 622 mil 819 familias se afiliaran, en el 2004, el Seguro Popular cerró con 1 millón 563 mil familias afiliadas, con operación en 30 estados de la República Mexicana, al concluir el año 2005, la cifra de beneficiarios aumentó a 3 millones 555 mil 977 familias en todo el país.

Como ya se mencionó el SP se caracterizó por ser un seguro público y voluntario, dirigido a las familias sin seguridad social en materia de salud, con el fin de evitar su empobrecimiento por causa de gastos catastróficos en salud. La operación de este seguro incorporó a las familias de bajos ingresos ubicadas en los primeros seis deciles de la distribución del ingreso.

1.1.6 Convenio de colaboración del Sector Salud

El Compromiso Nacional para el Seguro Médico para una Nueva Generación es el convenio que se llevó a cabo con la participación de instituciones públicas y privadas del país con el fin de que se ofrezcan todas las intervenciones pediátricas, tratamientos asociados, medicamentos e insumos, además de lograr la universalización en la prestación de los servicios y reducir la inequidad en el acceso.

Las instituciones privadas de México, legítimamente forman parte del Sistema Nacional de Salud, de ahí la importancia de promover su certificación, contribuir a la formación y

desarrollo de capacidades de sus profesionales y de crecer con base en el pleno conocimiento e intercambio de las experiencias adquiridas, que conllevan una conciencia más comprometida de servicio para alcanzar los más altos estándares de calidad en la prestación de la atención médica.

Se han desarrollado estrategias de reorganización efectiva de servicios de salud a nivel nacional en ámbitos ambulatorios y hospitalarios, además de la realización de convenios con instituciones privadas para sufragar el requerimiento de servicios a través de la optimización de recursos que permitan lograr una atención universal.

Esta reorganización ha permitido detectar falta de infraestructura para proporcionar a la población objetivo una oportuna atención, por lo que se han diseñado estrategias de vinculación con instituciones del sector público para ampliar la red de proveedores de servicios para los usuarios afiliados a estos programas, a través de la firma de convenios interinstitucionales con el IMSS y el ISSSTE.

El Programa de Integración de las instituciones públicas del Sector Salud, como son Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, a fin de que en las áreas donde no haya servicios de la Secretaría, por ejemplo, pero sí del IMSS, la población se pueda atender ahí y viceversa, de tal forma que realmente haya acceso universal a los servicios.

Se tiene el diseño del Programa Nacional de Prevención en Salud, que será una muestra de integración de las instituciones públicas con un objetivo prioritario como es la prevención.

El Sector Salud se apoyará en la subrogación de servicios privados en lugares donde no existe el IMSS, ISSSTE o Seguro Popular, para garantizar la atención a la población que lo requiera y podrá ser con médicos, enfermeras e incluso parteras capacitadas, se incentivará el trabajo de los empleados de salud de zonas apartadas y se pondrá en marcha un programa de caravanas de la salud para acercar los servicios a través de unidades móviles.

1.2 La Estructura del Seguro Médico para la Nueva Generación

El SMNG, como todo seguro, es creado para disminuir el riesgo, en este caso el de muerte en la población infantil que no tiene acceso a la seguridad social, por lo que también tiene condiciones para que se otorguen los beneficios, prestaciones, vigencia, cobertura entre otras cosas.

1.2.1 Generalidades

El Seguro Médico para la Nueva Generación ofrece:

- Acceso equitativo a la atención.
- Trato digno y atención de calidad.
- Protección financiera a la población no asegurada.
- Elimina cuotas de recuperación y establece un esquema de aseguramiento con aportaciones de las familias.

- Un paquete explícito de servicios de salud que cubre las enfermedades más frecuentes.
- Garantiza el abasto de medicamentos asociados al paquete de intervenciones.
- Promueve formas innovadoras de mejoramiento en el acceso a los servicios de salud.
- Programación de exámenes preventivos.
- Programación de citas para consulta.
- Integración de expedientes clínicos.
- Mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- La posibilidad de interponer quejas, reclamos o sugerencias sobre la atención brindada, así como recibir respuesta escrita sobre las mismas.

1.2.2 El propósito del seguro

El propósito del seguro es brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud, este seguro es un programa para las y los niñas nacidos a partir del 1° de diciembre del año pasado, buscando reducir la mortalidad de los niños y niñas del país, y con esto impulsar el desarrollo social de la población, particularmente de aquella que habita en los municipios más pobres y alejados del país.

1.2.3 Mecanismo operativo

El Seguro Popular, brinda sus beneficios a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud en las instalaciones médicas que conforman la Red del sistema . Estos Regímenes pueden ser:

- a) No contributivo: familias con insuficiencia o carencia de ingresos, clasificadas en los deciles I y II de la distribución de ingresos.
- b) Contributivo: familias clasificadas en los deciles III al X de la distribución de ingresos.

Este seguro opera en todas las entidades federativas del país, gracias al esfuerzo conjunto entre los distintos niveles de gobierno, coordinado por la federación.

1.2.4 Condiciones de afiliación

Para obtener el Seguro Médico para la Nueva Generación es necesario cumplir con las condiciones:

- 1.- Ser residente en territorio nacional,
- 2.- No ser derechohabientes de la seguridad social (IMSS o ISSSTE),
- 3.- Presentar original y entregar copia simple de los siguientes documentos:

- Comprobante de domicilio.
- Clave Única de Registro de Población (CURP) o algún documento oficial que la contenga, en caso de no contar con ella, copia del acta de nacimiento de cada uno de los integrantes de la familia.
- Identificación oficial con fotografía del titular de la familia.
- Si es el caso, comprobante de estudios de los hijos solteros de entre dieciocho y veinticinco años de edad, que acredite que se encuentran cursando estudios de educación media o superior.
- Si es el caso, comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio del Gobierno Federal que contenga número de folio.
-

1.2.4.1 Condiciones para el otorgamiento de los beneficios

A todas las familias que solicitan su incorporación al Seguro Popular se les aplica un estudio socioeconómico para ubicar a la familia dentro de uno de los diez deciles (niveles) de ingresos.

Las familias que se ubiquen en los dos primeros deciles de ingresos son considerados como no contributivas, por lo tanto es totalmente gratuito, igualmente para las familias ubicadas en el decil III, por tratarse de familias con al menos un integrante de hasta 5 años cumplidos.

Para las familias ubicadas en los deciles IV al X deberán cubrir la cuota familiar que les corresponda, las cuales van desde \$964.10 hasta \$13,518.86 por familia al año.

1.2.4.2 Contratación, inscripción e inicios de Servicios

Como ya se comentó en apartados anteriores, éste seguro es para todas aquellas familias que tengan un niño o niña nacido a partir del 1° de diciembre del 2006 y que no tienen ninguna seguridad social, es decir, no están afiliados al IMSS o al ISSSTE. La inscripción del seguro es gratuita y sólo requiere llenar una solicitud y presentar los documentos correspondientes.

Una vez que el niño o niña, y en caso de ser necesario también la familia, se hayan afiliado a este seguro, se podrá contar con los servicios que este brinda en la institución de salud, ya sea pública o privada, que se encuentre más cerca de su lugar de origen.

1.2.4.3 Las prestaciones del seguro

- Detección y prevención.
- Medicina ambulatoria.
- Odontología.
- Salud reproductiva.
- Rehabilitación.
- Urgencias.

- Hospitalización.
- Cirugía.
- Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos:
 - a) Cáncer.
 - b) VIH/SIDA
 - c) Cuidados intensivos neonatales.
 - d) Problemas cardiovasculares.
 - e) Transplantes.
 - f) Diálisis.
 - g) Lesiones graves.
 - h) Rehabilitación a largo plazo.
 - i) Enfermedades cerebro vasculares.

1.2.4.4 Vigencia de las prestaciones

Tomando como base que la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar tiene una validez de tres años, la vigencia expirará dependiendo del régimen contributivo donde se ubique la familia:

-Régimen no contributivo: Tendrán reafiliación automática durante los tres años de validez de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar.

-Régimen contributivo: Podrán reafiliarse mediante la acreditación del pago de la cuota que les corresponda, durante la validez de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar.

1.2.5 La naturaleza y Características de los niños protegidos

En regiones indígenas, como en Tehuipango, Cuicatlán -Zongolita y Miahuitlanla tasa de mortalidad infantil es de 66.9, 60.2 y 58.6 respectivamente. En relación a los servicios de salud el 87.6% de la población no es derecho habiente, mientras que a nivel nacional es de 57%.

Es por estas razones que el Seguro Médico de la Nueva Generación va enfocado a niños y niñas que viven en zonas de extrema pobreza y que carecen de atención médica, para evitar que las tasas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años sean cada vez más altas debido a que no tiene acceso a la salud.

A continuación se presentan algunos indicadores en la población de 0 a 4 años en donde podemos apreciar:

1. Porcentaje que utiliza los servicios de salud.
2. Porcentaje según tipo de institución de salud.
3. Indicador de Mortalidad.
4. Defunciones por grupo de edad.

Cuadro 1.1

Distribución porcentual de la población total según condición de uso de servicios de salud para cada sexo y grupo de edad, 2000

Sexo Grupos de edad	Total	Usuaría	No usuaria	No especificado
Hombres	47,258,265	96	3	1
0 a 4 años	5,485,973	95.8	2	2.2
Mujeres	49,756,602	96.7	2.3	1
0 a 4 años	5,305,420	95.8	2	2.2

FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal.

Cuadro 1.2

Distribución porcentual de la población usuaria de según tipo de institución de salud para cada sexo y grupo de edad, 2000

Sexo Grupos de edad	Población usuaria	Seguridad social	Servicios médicos privados	Servicios a población abierta
Hombres	45,352,031	38.5	34.7	26.8
0 a 4 años	5,256,931	35.6	32.6	31.8
Mujeres	48,119,229	39.4	33.7	26.9
0 a 4 años	5,080,100	35.5	32.6	31.9

FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos de la muestra censal.

Cuadro 1.3

Indicador de Mortalidad Infantil

Indicador	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tasa bruta de mortalidad	4.9	4.8	4.7	4.7	4.7	4.6	4.6	4.7	4.7	4.8	4.9
Tasa de mortalidad infantil	26.7	26	25.3	24.4	23.3	22.4	21.4	20.5	19.7	18.8	18.1

FUENTE: Para Tasa de mortalidad infantil: CONAPO. Indicadores demográficos básicos, 1990 -2030. www.conapo.gob.mx (22 de septiembre de 2006).

FUENTE: Para Tasa bruta de mortalidad y Esperanza de vida: CONAPO, INEGI y COLMEX. Conciliación demográfica 2006. www.conapo.gob.mx (22 de septiembre de 2006).

Cuadro 1.4**Defunciones generales por grupos de edad y sexo, 1995 – 2005**

Grupos de edad Sexo	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Defunciones totales	430 278	436 321	440 437	444 665	443 950	437 667	443 127	459 687	472 140	473 417	495 240
Menores de 1 año	48 023	45 707	44 377	42 183	40 283	38 621	35 911	36 567	33 355	32 764	32 603
Hombres	27 237	25 916	25 165	23 557	22 754	21 793	20 302	20 734	19 008	18 524	18 214
Mujeres	20 718	19 726	19 145	18 548	17 463	16 769	15 487	15 690	14 236	14 163	14 318
No especificado	68	65	67	78	66	59	122	143	111	77	71
1 a 4 años	10 680	10 375	9 371	8 541	7 774	6 963	6 620	6 831	6 700	6 608	6 469
Hombres	5 734	5 630	5 044	4 628	4 256	3 726	3 613	3 758	3 655	3 604	3 514
Mujeres	4 943	4 742	4 326	3 912	3 515	3 236	2 996	3 067	3 036	2 996	2 953
No especificado	3	3	1	1	3	1	11	6	9	8	2

FUENTE: INEGI. Estadísticas de Mortalidad

1.2.6 El derecho humano a la atención médica.

El Gobierno Federal es el responsable, de conformidad con el marco jurídico interno e internacional,¹⁰ de hacer efectivo el derecho de los habitantes de la República a gozar de la protección adecuada de sus derechos humanos, para lo cual dispone de recursos y capacidades que deben hacerse efectivos, por lo que toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos del Gobierno Federal y de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Es así, que el Gobierno Federal en coparticipación con los estados se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, o cualquier otra condición social, además de que reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental.

¹⁰ Los Estados miembros de la OMS acordaron importantes principios relacionados con la salud pública que son establecidos en el preámbulo de su Constitución, la cual fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” de la ONU protege “...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...” y el Protocolo de San Salvador protege “el derecho a la salud”. Adicionalmente, la protección de la salud como un derecho humano se encuentra consagrada en 18 de las 35 Constituciones de los Estados Miembros de la OPS.

Entre las medidas que deben de tomar el Gobierno Federal y los estados a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho son:

- a La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.
- b La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

1.2.7 Cobertura de aseguramiento

La familia afiliada al Seguro Popular así como el recién nacido tienen derecho a recibir el tratamiento de las enfermedades incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud¹¹ el cual cubre el 100% de los servicios médicos que se prestan en los centros de salud (primer nivel) y el 95% de las acciones hospitalarias (segundo nivel) y los medicamentos asociados, así como las consultas y tratamientos. Asimismo, aquellas enfermedades incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Los recién nacidos estarán protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, pero sobre todo en el primer mes de vida, que es donde se presenta el mayor número de casos de muerte infantil neonatal.

¹¹ Ver anexo 1

1.2.8 Calidad de servicios

El Seguro Popular para una nueva Generación se apoya en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud para brindar un mejor servicio, esta Cruzada tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud tanto públicas como privadas servicios más efectivos, para mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos, asegurar un trato digno a los pacientes.

La cruzada incluye procesos permanentes de mejora del desempeño y de transparencia, que permitirán a las instituciones de salud rendir cuentas claras a todos los mexicanos. Colocar a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud.

La visión del sistema es contribuir significativamente a mejorar las condiciones de salud de todos los mexicanos, proporcionar atención integral de alta calidad a la población y protegerla de gastos excesivos provocados por la atención de sus necesidades de salud.

Entre los principales retos que habrá de superar se encuentran:

- La baja calidad, en promedio, de los servicios de salud;
- La heterogeneidad del servicio a nivel nacional;
- La percepción generalizada de una mala calidad del servicio; y
- La información deficiente y poco confiable.

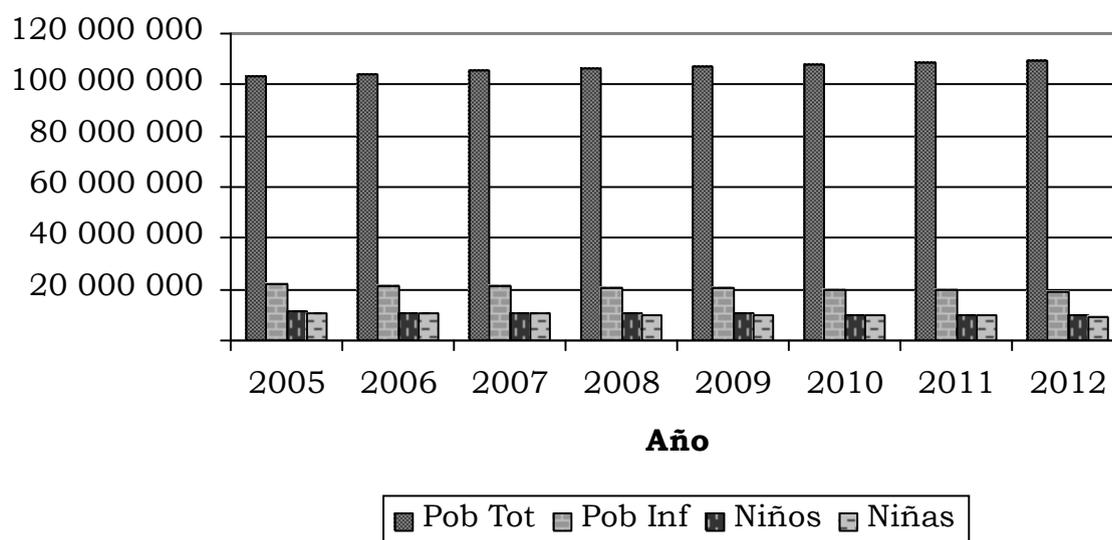
CAPÍTULO II. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONDICIONES DE SALUD, DEMOGRÁFICAS, Y SOCIALES DE LOS NIÑOS CUBIERTOS EN EL SEGURO MÉDICO PARA LA NUEVA GENERACIÓN.

2.1 Análisis en salud y enfermedad de los bebés y niños protegidos

En el 2006, el total de la población de México fue de 104 millones de habitantes, de los cuales 21 millones, aproximadamente, lo conformaban la población infantil, constituido por casi 11 millones de niños y cerca de 10.5 millones de niñas, aproximadamente, de entre 0 a 9 años de edad, representando un quinto de la población total en el año pasado; como se puede observar en la Gráfica 2.1, la población infantil va en decremento, mientras que la población total va creciendo, lo que significa que el país está en proceso de envejecimiento.

Gráfica 2.1

Proyección de la población total contra población infantil por sexo



FUENTE: Elaboración propia en base a las proyecciones de la población 2005 -2050 CONAPO

A continuación se presentarán las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población infantil, niños y niñas de entre 0 y 9 años de edad; además se analizarán con que tipo de seguridad social cuentan así como a que institución están afiliados.

2.1.1 Condiciones Socio-Sanitarias.

Todo individuo desde que nace tiene el derecho a la salud, es por esto que tan to el Gobierno Federal como el estatal, tiene la obligación de brindar todos los servicios de salud a todas las

personas, así como la obligación de brindar atención a las personas con enfermedades, las cuales pueden ser provocadas por:

- Infecciones parasitarias: Son provocadas por la invasión de los tejidos del cuerpo por microorganismos que se reproducen y multiplican, produciendo enfermedad por medio de múltiples mecanismos (lesión celular, toxinas, etc.).
- Crónico-degenerativas: Son enfermedades que van avanzando progresivamente hasta que terminan con la vida de la persona.
- Lesiones: Según la OMS, es toda alteración del equilibrio biopsicosocial, lo que significa que es un daño o perjuicio, moral o físico o de cualquier índole que causa detrimento a una persona.

En el cuadro 2.1, se presentan las consultas por especialidad, médico familiar y por urgencias, así como también por edad de la población infantil, para atenderse de las enfermedades provocadas por infecciones parasitarias, crónico -degenerativas y/o lesiones.

Cuadro 2.1
Consultas por edad y sexo

Edad	1° vez					1° vez				
	Niños					Niñas				
	Esp	MF.	Urg	Total	%	Esp	MF.	Urg	Total	%
0	14,502	17,977	101,287	133,766	57.28	11,899	14,472	75,274	101,645	57.14
1	801	13,162	13,470	27,433	11.75	616	10,036	8,760	19,412	10.91
2	1,131	6,519	15,619	23,269	9.96	873	5,641	11,279	17,793	10
3	634	3,906	8,326	12,866	5.51	575	3,662	6,297	10,534	5.92
4	876	3,076	8,695	12,647	5.42	725	2,967	6,260	9,952	5.59
5	138	2,355	2,383	4,876	2.09	90	2,176	1,715	3,981	2.24
6	460	2,052	4,808	7,320	3.13	415	1,779	3,443	5,637	3.17
7	435	1,602	2,437	4,474	1.92	380	1,400	1,765	3,545	1.99
8	444	1,354	2,013	3,811	1.63	341	1,071	1,483	2,895	1.63
9	342	1,078	1,640	3,060	1.31	337	994	1,164	2,495	1.41
Total	19,763	53,081	160,678	233,522	100	16,251	44,198	117,440	177,889	100

FUENTE: Elaboración propia en base a la Dirección de Prestaciones Médicas, División Técnica de Información Estadística en Salud, IMSS

Se puede observar que el grueso de la población infantil que acudió a una consulta por vez primera, fueron los recién nacidos, con un total de 57.28% para los del sexo masculino y 57.14% para los del sexo femenino; además también se ve que la población masculina es la que con mayor frecuencia va en busca de atención médica.

En el cuadro 2.2, se presenta el número de consultas que se dieron después de haber tenido una consulta previa, así como la edad y el sexo de los que tuvieron acceso a este servicio.

Cuadro 2.2
Consultas por edad y sexo

edad	Subsecuentes					Subsecuentes				
	Niños					Niñas				
	Esp	M.F.	Urg	Total	%	Esp	M.F.	Urg	Total	%
0	16,767	20,608	419	37,794	39.64	14,393	16,216	346	30,955	39.37
1	769	17,296	439	18,504	19.41	955	12,214	745	13,914	17.7
2	1,666	7,808	254	9,728	10.21	1,453	5,983	544	7,980	10.14
3	1,236	4,635	134	6,005	6.31	1,130	3,775	358	5,263	6.7
4	1,949	3,803	118	5,870	6.16	1,792	2,949	366	5,107	6.5
5	207	3,274	82	3,563	3.73	325	2,542	283	3,150	4
6	1,118	2,865	75	4,058	4.25	1,011	2,193	268	3,472	4.41
7	1,205	2,297	44	3,546	3.71	1,144	1,815	173	3,132	3.98
8	1,162	2,049	38	3,249	3.41	1,119	1,595	154	2,868	3.65
9	1,144	1,831	45	3,020	3.17	1,118	1,526	143	2,787	3.55
Total	27,223	66,466	1,648	95,337	100	24,440	50,808	3,380	78,628	100

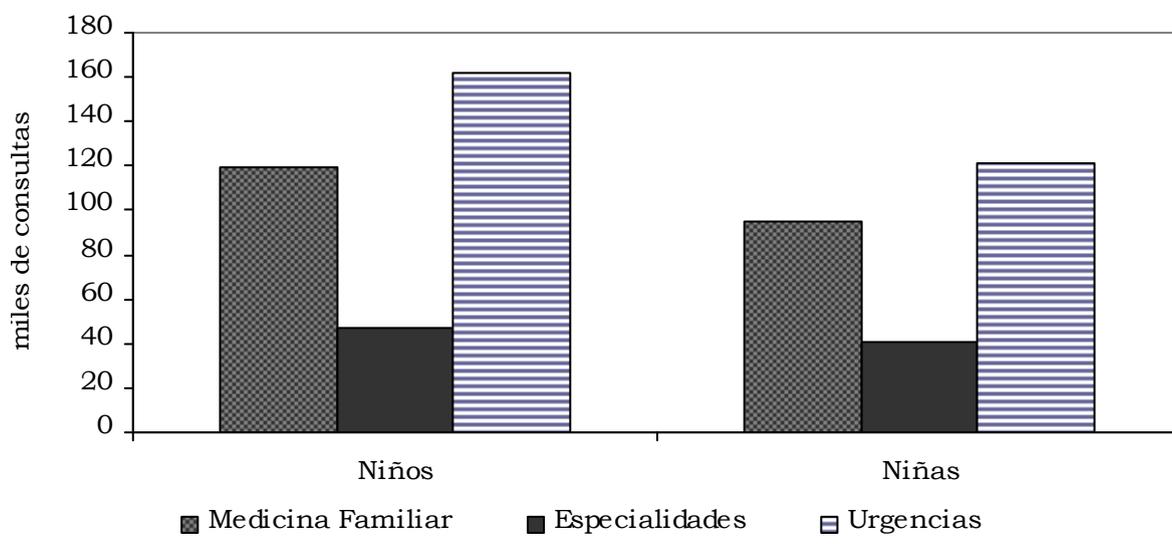
FUENTE: Elaboración propia en base a la Dirección de Prestaciones Médicas, División Técnica de Información Estadística en Salud, IMSS

Se puede notar que el grupo que más recurre a consultas médicas, después de haber tenido anteriormente este servicio, continúa siendo de los recién nacidos con 39.64% para los niños y 39.37% para las niñas, aunque ya no acuden en su mayoría para una urgencia sino para consultas de medicina familiar, y esto se debe a que en consultas subsecuentes ya se sabe el padecimiento y los síntomas de las enfermedades, además de que ya se tiene un antecedente después de haber tenido la primer consulta.

El tipo de consulta más requerida por la población infantil es la de urgencia, ya que los niños acudieron a ésta en un 49.38% de las veces (gráfico a 2.2), mientras que las niñas lo hicieron en un 47.10%, las consultas de medicina familiar tienen un importante incremento cuando se trata de consultas subsecuentes.

Gráfica 2.2

Tipo de consultas de primera vez y subsecuentes por sexo

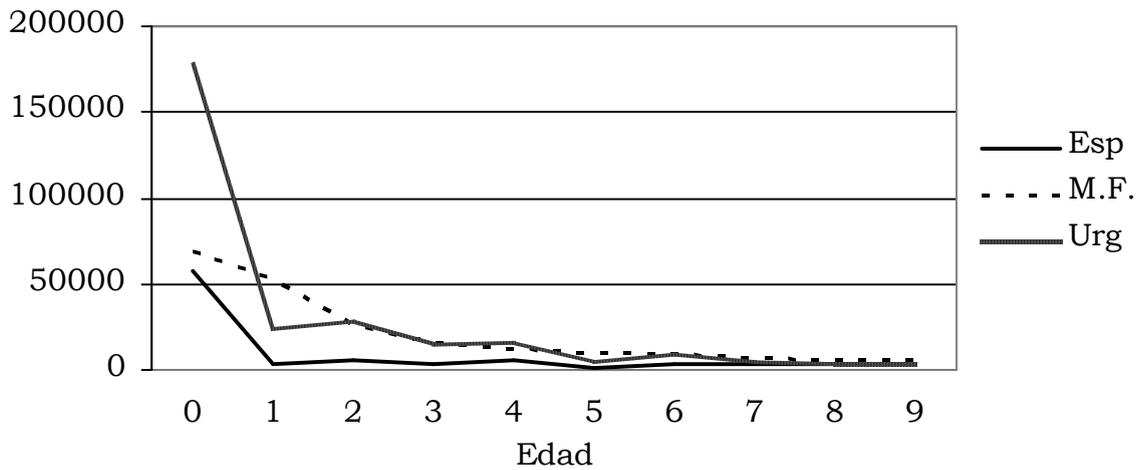


FUENTE: Elaboración propia en base al Cuadro 2.1 y Cuadro 2.2

A continuación se presenta, en la gráfica 2.3, el comportamiento del tipo de consulta que toma la población infantil (tanto niños y niñas) de acuerdo a su edad cumplida.

Gráfica 2.3

Tipo de consulta de primera vez y subsecuentes por edad

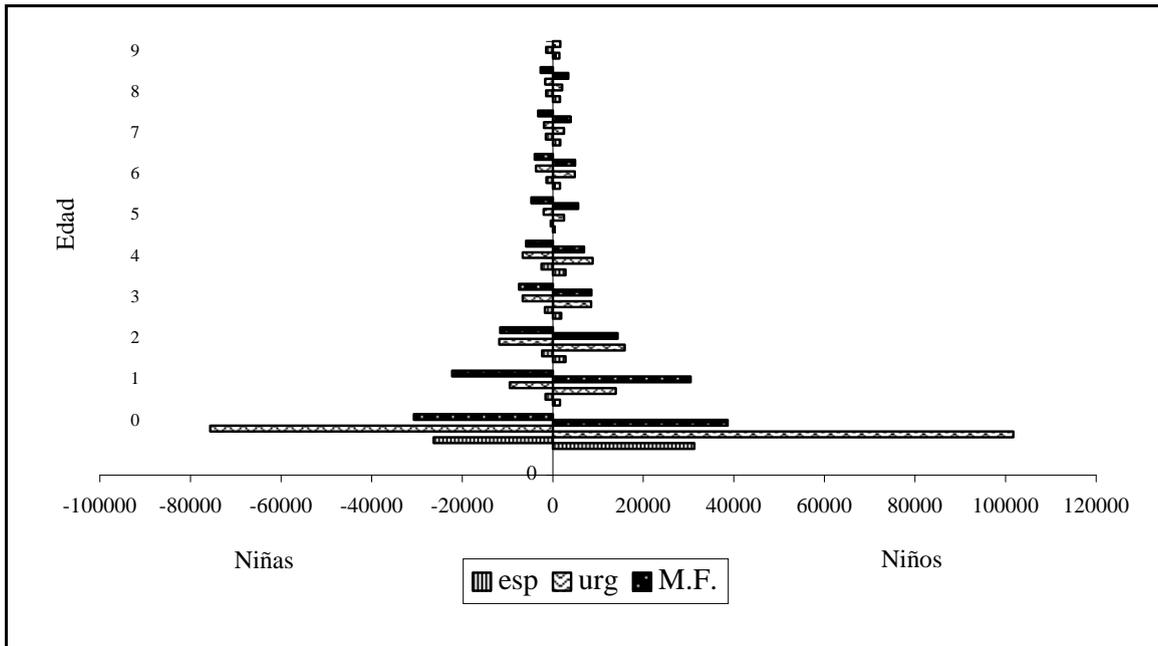


FUENTE: Elaboración propia en base al Cuadro 2.1 y Cuadro 2.2

Se puede observar que la tendencia de las consultas baja dramáticamente a partir del primer año de vida cumplido y que esto se debe, en gran medida, a las campañas de salud que emprenden todas las instituciones de este sector. A continuación se presenta en las gráfica 2.4 la tendencia de las consultas por edad y sexo.

Gráfica 2.4

Tipo de consulta por edad y sexo



FUENTE: Elaboración propia en base al Cuadro 2.1 y Cuadro 2.2

Con esta gráfica, se observa que dentro de la población infantil, el sexo masculino, es el grupo que más acude a las consultas médicas, y sobretodo a la edad de 0 a 12 meses, esto en gran medida porque es cuando este sexo es mayor que la población femenina.

2.1.2 Análisis de las principales enfermedades

Con el transcurrir de los años, la medicina ha evolucionado para tratar de erradicar enfermedades que eran mortales en años y épocas pasadas, ahora con ayuda del Gobierno Federal y el Programa Nacional de Salud, apoyado por las diferentes instituciones de salud se busca llegar a todas las poblaciones que carecen de atención médica con la finalidad de prevenir y combatir las principales enfermedades que atacan a la población infantil desde que nace hasta que tienen 9 años de edad.

En el cuadro 2.3, se presentan las principales enfermedades que son más comunes en los recién nacidos, las cuales son, en su mayoría, infecciones parasitarias y esto es debido a que en el primer año de vida el ser humano es más propenso a contraer este tipo de enfermedades debido a los hábitos alimenticios que haya tenido la madre durante el embarazo y que tiene durante el periodo de lactancia, ya que es ella quien por medio del cordón umbilical y la leche materna ayudarán a que el sistema inmunológico del menor sea bueno o malo para combatir las infecciones.

Cuadro 2.3

Principales enfermedades en menores de 1 año

Tipo	Orden	Clave CIE10	Descripción
Infecciosas Parasitarias	1	P07 P59 P39 P92 P38	Trastornos relacionados c/duración corta de la gestación y c/bajo peso al nacer Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas Otras infecciones específicas del periodo perinatal problemas de la ingestión de alimentos del recién nacido Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve
Infecciosas Parasitarias	2	J21 J20 J18 J22 J11	Bronquiolitis aguda Bronquitis aguda Neumonía, organismo no especificado Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores Influenza debido a virus no identificado

Continúa

Tipo	Orden	Clave CIE10	Descripción
Crónico- Degenerativas	3	Q24	Otras malformaciones congénitas del corazón
		Q21	Malformaciones congénitas de los tabiques cardiacos
		Q20	Malformaciones congénitas de las cámaras cardiacas y sus conexiones
		Q22	Malformaciones congénitas de las válvulas pulmonar y tricúspide
		Q23	Malformaciones congénitas de las válvulas aórtica y mitral
Infecciosas Parasitarias	4	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
		A06	Amebiasis
		A08	Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados
		A04	Otras infecciones intestinales bacterianas
		A05	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas
Infecciosas Parasitarias	5	E44	Desnutrición proteicoalorica de radio moderado y leve
		E46	Desnutrición proteicoalorica, no especificada
		E43	Desnutrición proteicoalorica severa, no e especificada
		E45	Retardo del desarrollo debido a desnutrición p roteicoalorica
		E41	Marasmo nutricional

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Dirección de Prestaciones Médicas, División Técnica de Información Estadística en Salud, IMSS

En los niños de 1 a 9 años, las enfermedades por infecciones parasitarias ya no son un problema y esto es gracias a los programas de vacunación que implementan los distintos Gobiernos. En el cuadro 2.4 se presentan las 10 principales enfermedades que acechan a esta parte de la población infantil, las cuales son en su mayoría las crónico-degenerativas, sin dejar de incluir en éstas los accidentes y las lesiones.

Cuadro 2.4
Principales enfermedades en niños de 1 a 9 años

Tipo	Orden	Clave CIE 10	Descripción
crónicas degenerativas	1	I24	Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón
		I25	Enfermedad isquémica crónica del corazón
		I20	Angina de pecho
		I21	Infarto agudo del miocardio
		I22	Infarto subsecuente del miocardio
crónicas degenerativas	2	E10	Diabetes mellitus insulino dependiente
		E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente
		E14	Diabetes mellitus no especificada
		E12	Diabetes mellitus asociada con desnutrición
		E13	Otras diabetes mellitus especificadas

Continúa

crónicas degenerativas	3	K76 K72 K74 K73 K70	Otras enfermedades del hígado Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte Fibrosis y cirrosis del hígado Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte Enfermedad alcohólica del hígado
crónicas degenerativas	4	I61 I69 I62 I60 I67	Hemorragia intraencefálica Secuelas de enfermedad cerebrovascular Otras hemorragias intracraneales no traumáticas Hemorragia subaracnoidea Otras enfermedades cerebrovasculares
infecciosas parasitarias	5	P39 P07 P37 P61 P81	Otras infecciones específicas del periodo perinatal Trastornos relacionados c/duración corta de la gestación y c/bajo peso al nacer Otras enfermedades infecciosas y parasitarias Congénitas Otros trastornos hematológicos perinatales Otras alteraciones de la regulación de la temperatura en el recién nacido

Continúa

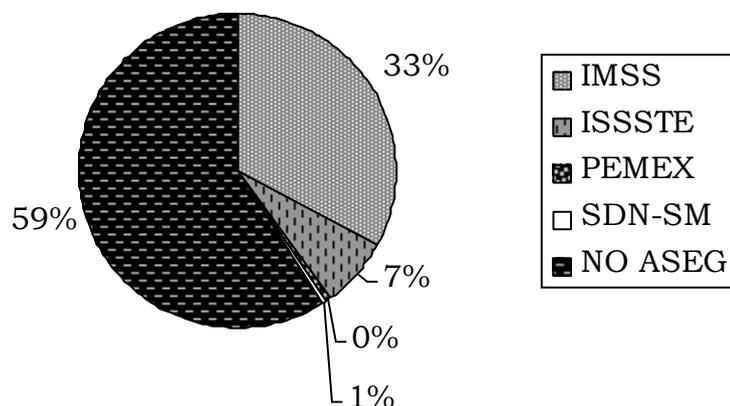
Tipo	Orden	Clave CIE 10	Descripción
crónicas degenerativas	6	J42 J44 J41 J40 J67	Bronquitis crónica no especificada Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas Bronquitis crónica simple y mucopurulenta Bronquitis, no especificada como aguda o crónica Neumonitis debida a hipersensibilidad al polvo orgánico
lesiones	8	Y05 Y00 Y06 Y07 X89	Agresión sexual con fuerza corporal Agresión con objeto romo o sin filo Negligencia y abandono Otros síndromes de maltrato Agresión con otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas
infecciosas parasitarias	9	J20 J21 J18 J22 J11	Bronquitis aguda Bronquiolitis aguda Neumonía, organismo no especificado Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores Influenza debido a virus no identificado
crónicas degenerativas	10	N18 N04 N13 N12 N05	Insuficiencia renal crónica Síndrome nefrotico Uropatía obstructiva y por reflujo Nefritis tubulointersticial no especificada como aguda o crónica Síndrome nefrítico no especificado

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Dirección de Prestaciones Médicas, División Técnica de Información Estadística en Salud, IMSS

2.1.2.1 Población de asegurados niñas de 0 a 6 años

La población infantil femenina representa hoy en día el 9.76% de la población total, pero no todo este porcentaje está afiliado o cuenta con algún tipo de seguridad social, de los 10 millones de niñas que viven hoy en día aproximadamente, sólo el 41.03% cuenta con seguridad social, lo que significa que más de la mitad de esta población no está asegurada. (Gráfica 2.5).

Gráfica 2.5
Porcentaje de niñas aseguradas por institución 2006

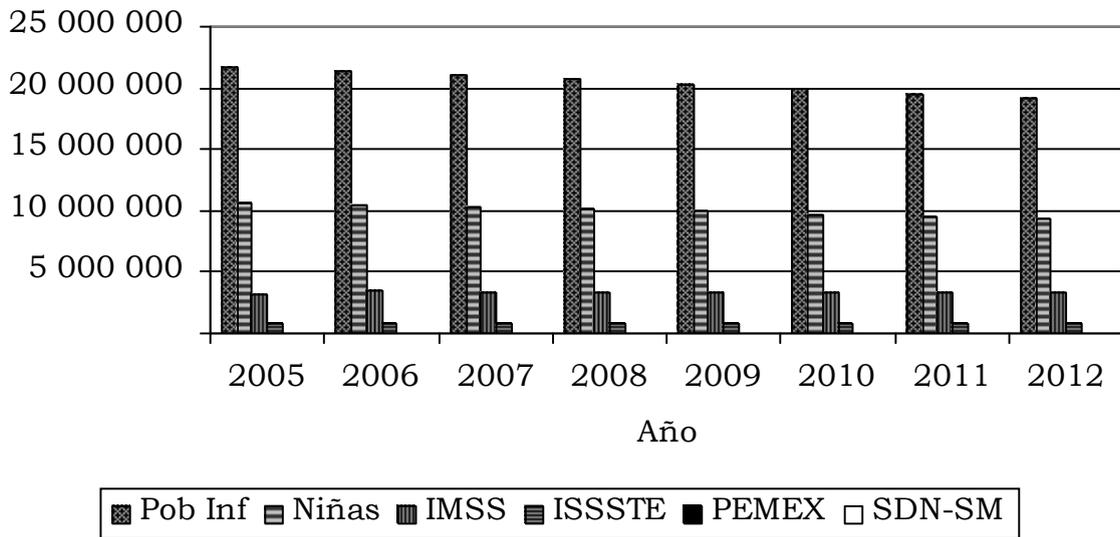


FUENTE: Elaboración propia a partir de las proyecciones de la población 2005-2050, CONAPO. SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 11, 13, 15, 17, 19, 21 y 22. México, D.F. Para 2003 y 2004: IMSS. Memoria Estadística 2003 y 2004. México ISSSTE. Agenda Institucional, Septiembre de 2005. PEMEX. Gerencia de Servicios de Salud. Noviembre, 2005. SM. Dirección General Adjunta de Sanidad Naval. Noviembre, 2005.

A continuación se presenta en la gráfica 2.6, la evolución de la población femenina, las niñas que contarán con algún tipo de seguridad social y aquellas niñas que tendrán la oportunidad de afiliarse al Seguro Médico para una Nueva Generación.

Gráfica 2.6

Proyección de niñas aseguradas por institución contra población infantil



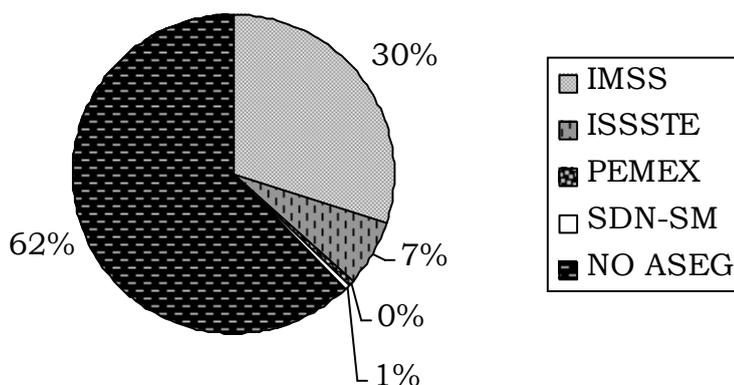
FUENTE: Elaboración propia a partir de las proyecciones de la población 2005-2050, CONAPO. SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 11, 13, 15, 17, 19, 21 y 22. México, D.F. Para 2003 y 2004: IMSS. Memoria Estadística 2003 y 2004. México ISSSTE. Agenda Institucional, Septiembre de 2005. PEMEX. Gerencia de Servicios de Salud. Noviembre, 2005. SM. Dirección General Adjunta de Sanidad Naval. Noviembre, 2005.

2.1.2.2 Población de asegurados niños de 0 a 6 años

El 10.2% de los 105 millones de mexicanos que somos hoy en día, corresponde a la población infantil masculina, dentro de los cuales 4 millones están afiliados al IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN o SM, por lo que aproximadamente 7 millones de niños de 0 a 9 años no tienen acceso a los servicios médicos y a la atención médica. (Gráfica 2.7)

Gráfica 2.7

Porcentaje de Niños Asegurados por Institución 2006



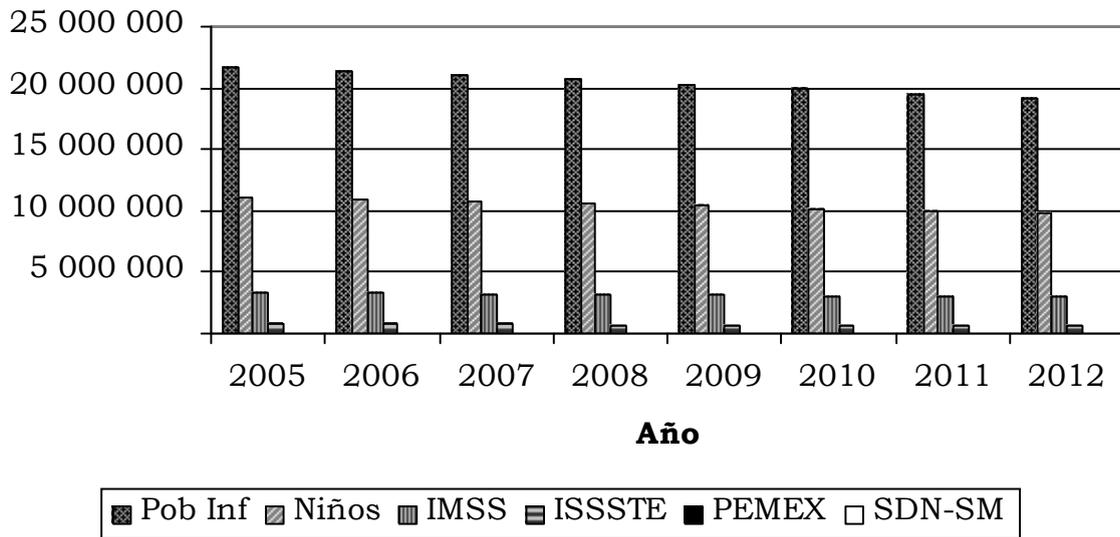
FUENTE: Elaboración propia a partir de las proyecciones de la población 2005 -2050, CONAPO. SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 11, 13, 15, 17, 19, 21 y 22. México, D.F. Para 2003 y 2004: IMSS. Memoria Estadística 2003 y 2004. México ISSSTE. Agenda Institucional, Septiembre de 2005. PEMEX. Gerencia de Servicios de Salud. Noviembre, 2005. SM. Dirección General Adjunta de Sanidad Naval. Noviembre, 2005.

Al igual que la población infantil femenina, la población infantil masculina presentará con el correr de los años un leve decremento en su población, por lo que a continuación se presenta la evolución de este grupo que contará con seguridad social. (Gráfica 2.8)

Gráfica 2.8

Niños Asegurados por Institución vs Población

Infantil

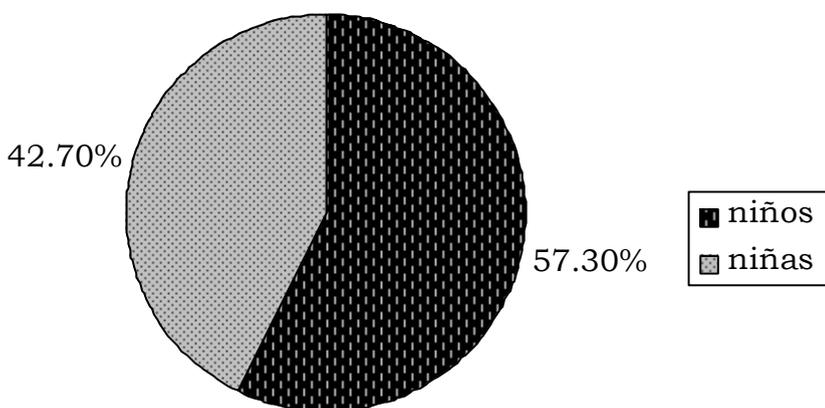


FUENTE: Elaboración propia a partir de las proyecciones de la población 2005 -2050, CONAPO. SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 11, 13, 15, 17, 19, 21 y 22. México, D.F. Para 2003 y 2004: IMSS. Memoria Estadística 2003 y 2004. México ISSSTE. Agenda Institucional, Septiembre de 2005. PEMEX. Gerencia de Servicios de Salud. Noviembre, 2005. SM. Dirección General Adjunta de Sanidad Naval. Noviembre, 2005.

2.1.3 Mortalidad general y por causas

En los primeros años de vida, y en particular durante el primero, el riesgo de morir es mayor que en los subsecuentes. En el 2006, se registraron 37 mil 249 defunciones de niños de 0 a 9 años; 65 de cada 100 fueron de menores de un año. La proporción de muertes de menores de un año representa 7.1% del total de fallecimientos ocurridos en el año. Entre la población infantil fallecen más niños que niñas, tan sólo en el 2006, de las defunciones registradas, aproximadamente el 57% pertenecían a la población infantil masculina (Gráfica 2.9).

Gráfica 2.9
Porcentaje de defunciones 2006

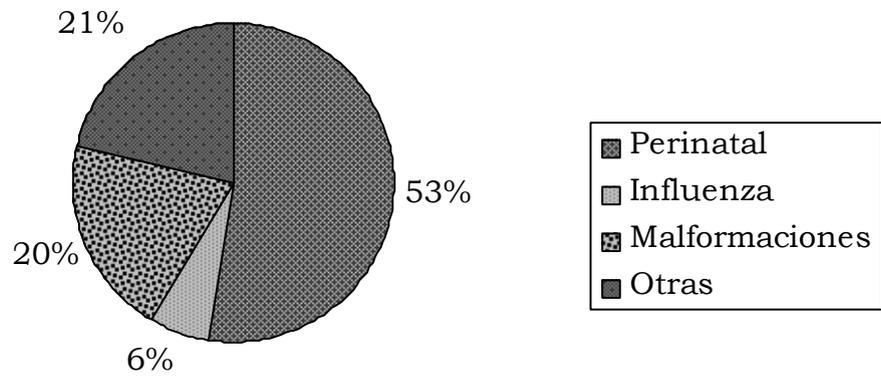


FUENTE: Elaboración propia a partir de INEGI, Estadísticas Demográficas.

Las principales causas de mortalidad de los menores de un año se asocian con ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y la influenza y neumonía (gráfica 2.10).

Gráfica 2.10

Principales causas de mortalidad en menores de 1 año

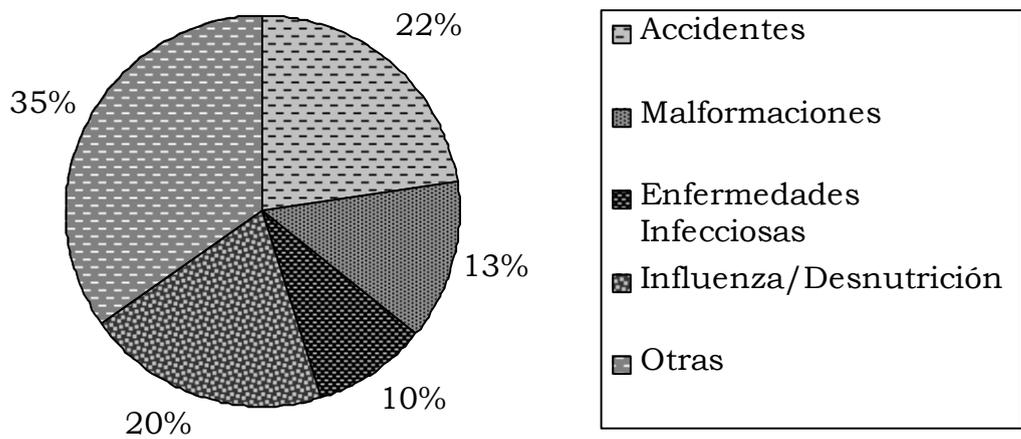


Fuente: Elaboración propia a partir de INEGI, Estadísticas Demográficas.

De los decesos registrados de infantes de 1 a 4 años, las principales causas fueron por accidentes, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, enfermedades infecciosas intestinales, influenza y neumonía, tumores malignos y/o diversas deficiencias nutricionales (gráfica 2.11).

Gráfica 2.11

Principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años

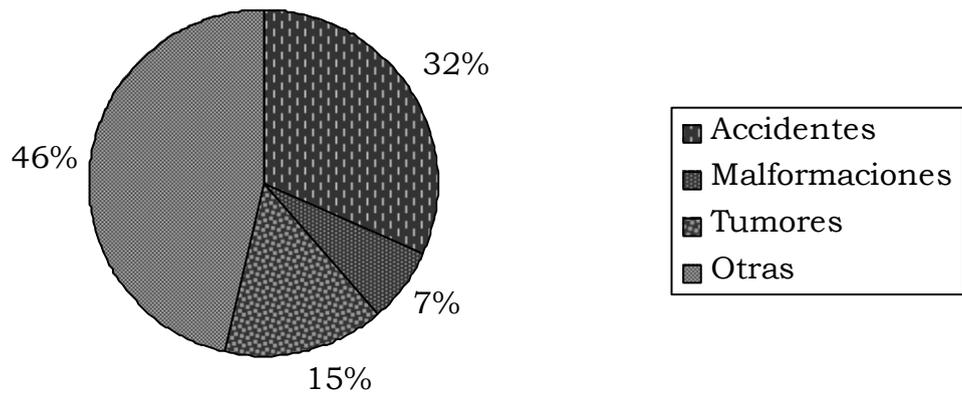


FUENTE: Elaboración propia a partir de INEGI, Estadísticas Demográficas.

Por otra parte, las principales causas de muerte de niños de 5 a 9 años de edad son por accidentes, tumores malignos y malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, principalmente (gráfica 2.12).

Gráfica 2.12

Principales causas de mortalidad en niños de 5 a 9 años



FUENTE: Elaboración propia a partir de INEGI, Estadísticas Demográficas.

2.1.3.1 Desnutrición

La presencia de desnutrición se relaciona con la ingesta inadecuada de nutrientes, su absorción deficiente, o su pérdida sistemática anormal como consecuencia de episodios de enfermedad¹² (como diarreas o infecciones respiratorias).

Aunque una mala nutrición produce estragos entre la población en general, sus efectos resultan más nocivos cuando se padece en los primeros años de vida. Los niños en edades tempranas se encuentran en una etapa crítica de crecimiento y maduración que se puede ver gravemente alterada por el déficit nutricional.

Una infancia desnutrida resulta más adelante en la vida en múltiples desventajas tanto físicas como cognitivas y aumenta la propensión a enfermedades crónicas e incapacidades. Así, el

¹² SSA, 1994; Sandoval, et al., 2002; Sepúlveda, 1990; Lutter, et al., 1989

desarrollo de las capacidades de las personas requiere de una condición nutricional adecuada desde la infancia temprana.

Aunque en México la desnutrición infantil continúa siendo un problema de salud pública, en los últimos años la incidencia de este fenómeno ha disminuido al tiempo que se han reducido las pronunciadas diferencias regionales.

- La forma más extrema de desnutrición, la emaciación o bajo peso para la talla, prácticamente ha sido erradicada. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, sólo 1.6% de los niños menores de 5 años padece este tipo de desnutrición.
- Actualmente, 12.7% de los niños menores de 5 años tiene una talla baja para la edad. En 1999, año en que se realizó la medición anterior, la población infantil con desmedro, como llaman los médicos a esa deficiencia, era de 17.8%. La mejoría fue de 28.7%.

2.1.3.2 Infecciones parasitarias

Según datos de CONAPO, es la segunda causa de muerte en la población infantil con 12.6% de los decesos que ocurren en este grupo poblacional.

Entre las principales infecciones parasitarias que provocan la muerte a los niños menores de 1 año se tienen:

- Afecciones originadas en el periodo perinatal con el 50.7% de los decesos de este grupo.
- Infecciones respiratorias agudas bajas con el 8.2%.
- Infecciones intestinales con el 4.2%.

Las principales infecciones parasitarias que son causal de muerte entre la población infantil de 1 a 9 años se tienen:

- Afecciones originadas en el periodo perinatal con el 4.1% de las muertes de este grupo.
- Infecciones respiratorias agudas bajas con el 2.9%.

2.1.3.3 Accidentes

La OMS define al accidente como un hecho súbito de presentación rápida o instantánea, inesperado, producido por situaciones y actos inseguros previos al momento que tiene lugar, seguido de lesiones o la muerte y/o daños materiales que pueden interrumpir un proceso de producción y en el que el factor humano interviene como elemento causal la mayor parte de las veces.

La Ley General de Salud define al accidente como el hecho súbito que ocasiona daños a la salud y que se produce por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.

El CONAPO, destaca que entre la población infantil, actualmente, los accidentes representan la principal causa de muerte, pues provocan uno de cada cuatro decesos (26%), casi el doble

de la segunda y tercera causas de decesos, que son infecciones parasitarias (12.6%) y tumores (11.8%). De los fallecimientos por accidentes, 40% están vinculados con percances automovilísticos.

2.2 Análisis demográfico

La demografía tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas, en cuanto a su tamaño, su estructura y su distribución y cómo estas cambian a través del tiempo debido a la mortalidad y natalidad principalmente.

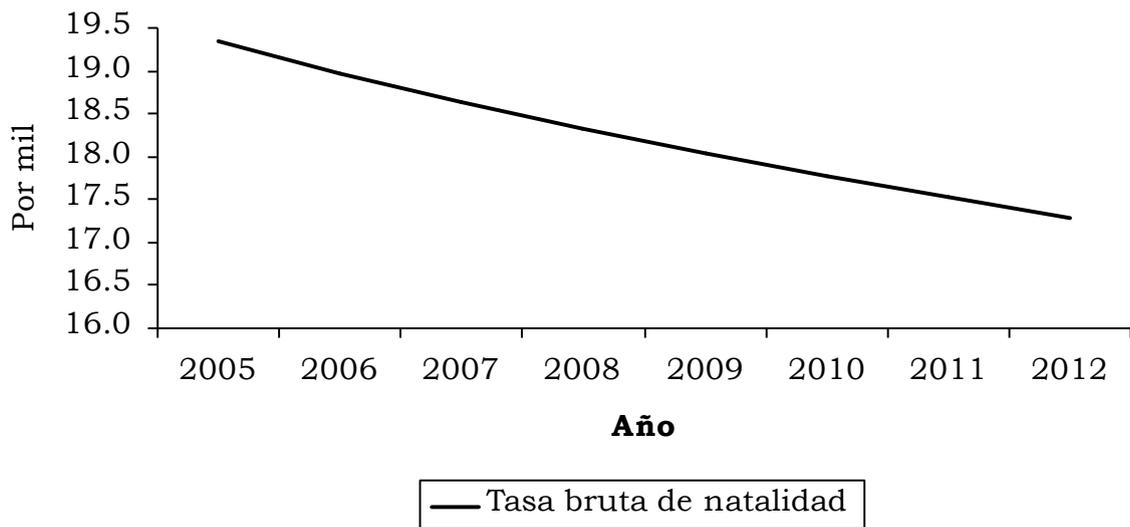
2.2.1 Evolución de las tasas de natalidad 2006-2012

Debido a los cambios sociales y demográficos que tienen impacto en la sociedad, la tasa de natalidad ha ido disminuyendo y esta tendencia seguirá tal y como se puede apreciar en la gráfica 2.13. Esto es resultado de programas que implementa el Gobierno Federal como es el caso de “PLANIFICA” que es difundido por la mayoría de las instituciones de salud y por los Gobiernos Estatales.

Cabe mencionar que otro factor importante para que este índice tenga esta tendencia es el impacto que ha tenido la mujer en los últimos años en el campo profesional. Además de que cada vez más es más costoso darle una buena calidad de vida a los niños debido a que muchas veces no se cuenta con recursos para mantener, la nutrición, la educación y el vestido de éstos.

Gráfica 2.13

Proyección de la tasa bruta de natalidad



FUENTE: Elaboración propia a partir de las proyecciones de la población 2005-2050 CONAPO

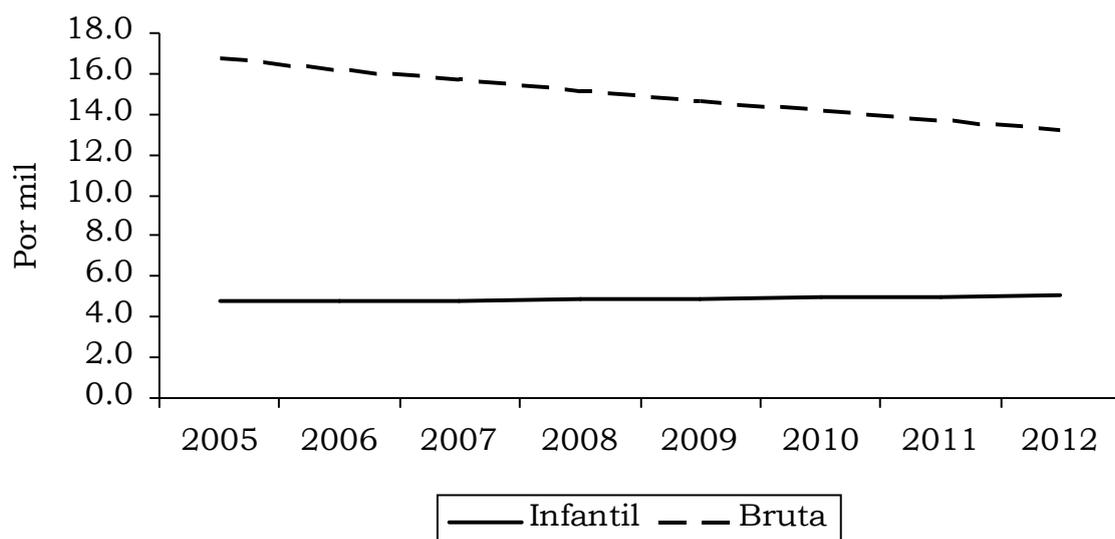
Es importante mencionar que con este gráfico se puede decir que de los casi 20 nacimientos que se tenían por cada 1000 habitantes en el 2005 se llegará a casi 17 nacimientos por cada 1000 habitantes en el 2012, lo que provocará un envejecimiento poblacional en México.

2.2.1.1 Evolución de las tasas de mortalidad infantil 2006-2012

A través del tiempo, México ha reducido sus índices de mortalidad (gráfica 2.14), esto en gran medida debido a la expansión de los servicios educativos orientados a la prevención y a la infraestructura sanitaria desarrollada en las últimas décadas.

Gráfica 2.14.

Proyección de la tasa de mortalidad infantil contra tasa bruta de mortalidad



FUENTE: Elaboración propia a partir de las proyecciones de la población 2005 -2050 CONAPO

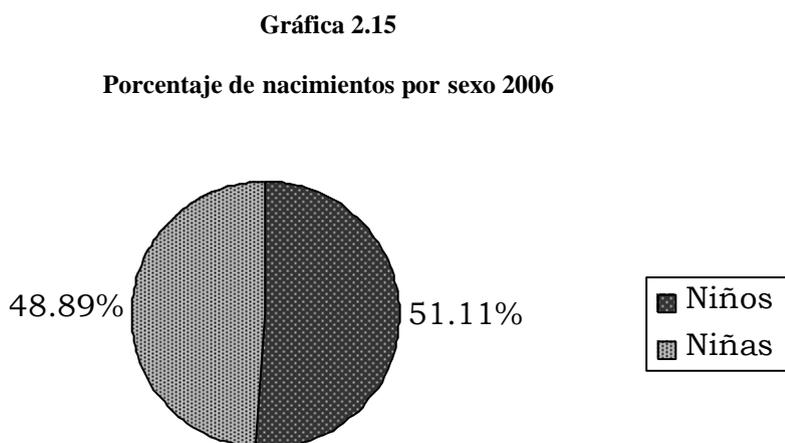
Se aprecia en esta gráfica que mientras que la tasa bruta de mortalidad decrece debido al avance que ha tenido la medicina en los últimos años y que se espera que tenga en los años siguientes, la tasa de mortalidad infantil tiene un incremento poco considerable.

En general, la tasa de mortalidad infantil se mantiene constante entre las 4 y 5 defunciones por cada 1000 niños y esto es debido a los avances que ha tenido tanto el Gobierno Federal como los Gobiernos Estatales para acercar los servicios y la atención médica con apoyo de las diferentes instituciones de salud a todas las zonas que no cuentan con estos servicios. Cabe señalar que gracias a los avances tecnológicos la medicina ha tenido grandes avances en los

últimos años logrando erradicar algunas de las enfermedades que eran causa de muerte por medio de diferentes programas de vacunación.

2.2.2 Nacimientos de niños

Es importante señalar que en México nacen más niños que niñas, en el 2006 nacieron poco más de 1 millón de niños, mientras que los nacimientos de las niñas ascendieron a los 970 mil; lo que significa que aproximadamente el 51% de los nacimientos registrados en el país eran de niños. (Gráfica 2.15).



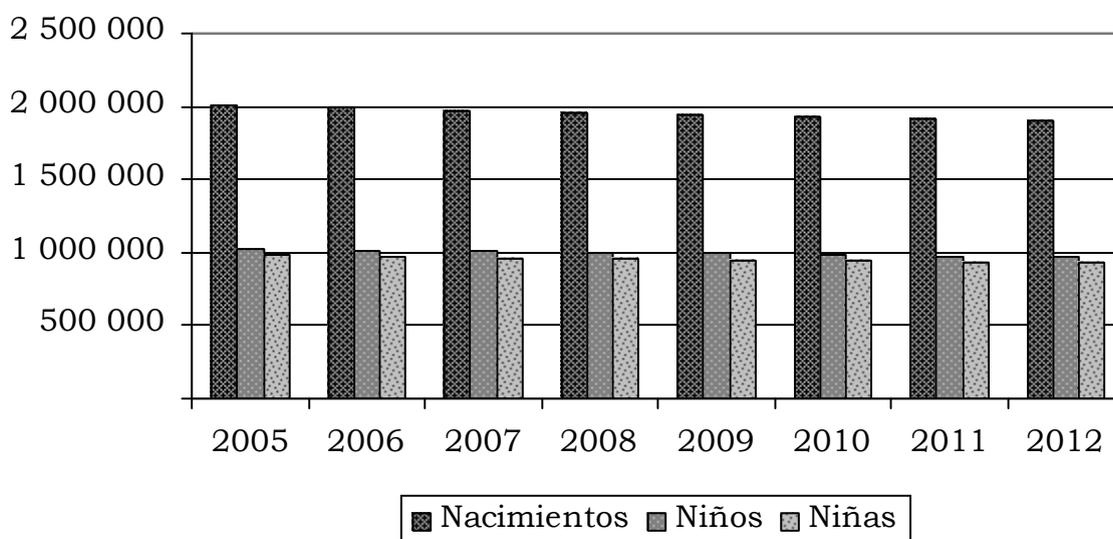
FUENTE: Elaboración propia a partir de las proyecciones de la población 2005-2050 CONAPO

En la siguiente gráfica (2.16) se proyectan los nacimientos hasta el año 2012, y se observa que este índice (nacimientos) se comporta de manera muy similar a la tasa bruta de natalidad, además de que continuará la tendencia en los años posteriores de que los nacimientos sean en

su mayoría masculinos teniendo un diferencial con respecto a los nacimientos de niñas de aproximadamente 4%.

Gráfica 2.16

Proyección de los nacimientos por sexo



FUENTE: Elaboración propia a partir de las proyecciones de la población 2005-2050 CONAPO

2.2.3 Distribución geográfica

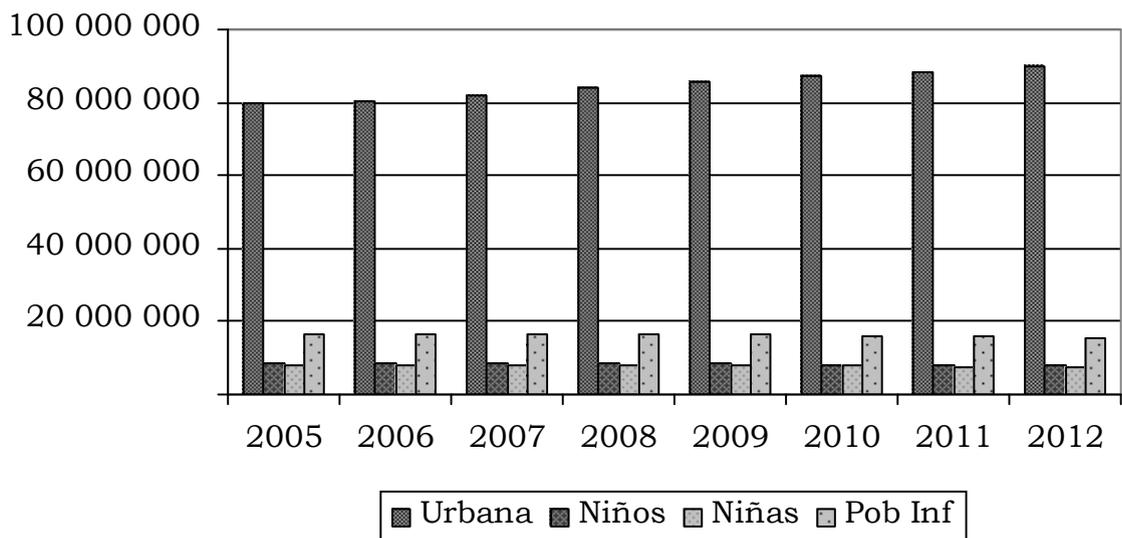
La distribución territorial de la población en México, se ha caracterizado por dos fenómenos demográficos predominantes: la concentración y la dispersión poblacional. Esta dualidad se expresa en un alto volumen de población localizado en un número reducido de ciudades, al mismo tiempo que se presenta un gran número de asentamientos humanos dispersos a lo largo del territorio nacional.

2.2.3.1 Urbanos

De acuerdo con el INEGI, una población se considera urbana cuando viven más de 2500 personas. En 1950, poco menos de 43% de la población en México vivía en localidades urbanas; para el 2005, esta cifra aumentó a casi 77%. En base a esto se hace una proyección lineal de los niños que vivirán en poblaciones urbanas dentro del país, calculando que para el 2012 cerca del 17% de la población infantil vivirá en zonas urbanas del 82% de la población total (gráfica 2.17).

Gráfica 2.17

Población infantil urbana por sexo



FUENTE: Elaboración propia en base a INEGI Estadísticas por Tema, proyecciones de la población 2005-2050 CONAPO.

En el 2000, el Sistema Urbano Nacional estaba formado por 364 ciudades: 42 zonas metropolitanas y 322 localidades y conurbaciones mayores de 15 mil habitantes, donde residen 64.9 millones de personas, dos terceras partes de la población nacional.

Este sistema lo integran:

- Ciudades grandes: constituidas por más de un millón de habitantes.
- Ciudades medias: son poblaciones entre 100 mil y menos de un millón de habitantes.
- Ciudades pequeñas: compuestas entre 15 mil y menos de 100 mil habitantes.

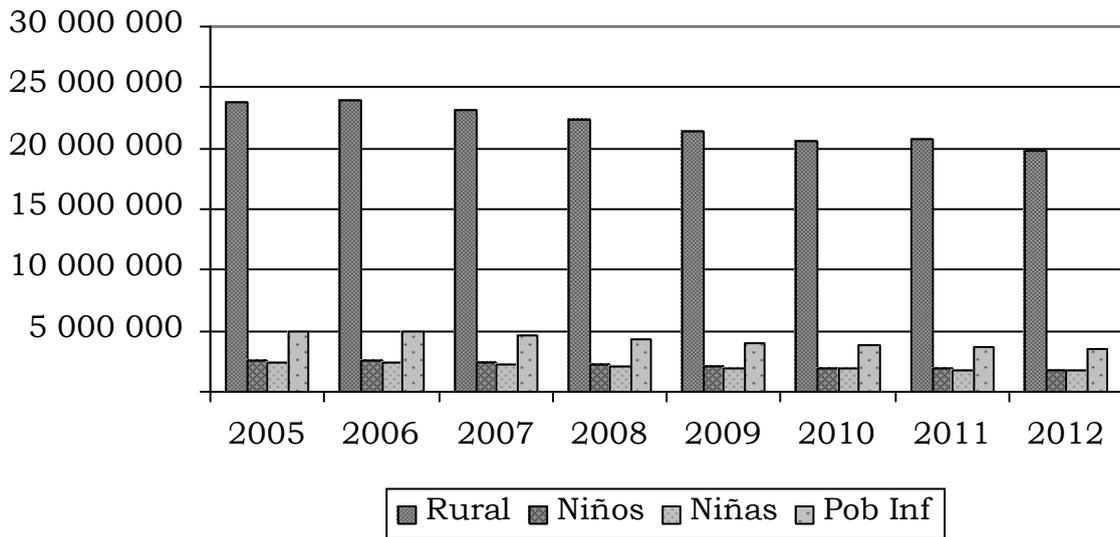
2.2.3.2 Rurales

Una población se considera rural cuando tiene menos de 2500 habitantes. El porcentaje de personas que habitan en comunidades rurales ha disminuido, en 1950, representaba más del 57% del total de la población del país; en el 2005, esta cifra disminuyó hasta ubicarse en casi 23%.

Haciendo una proyección con datos del CONAPO se calcula la población infantil que habitará en localidades rurales hasta el año 2012 como se demuestra en la gráfica 2.18, el cual indica que la población que habita en estas zonas disminuirá y esto principalmente es por la fuente de trabajo.

Gráfica 2.18

Proyección de la población infantil rural por sexo



FUENTE: Elaboración propia a partir de de INEGI Estadísticas por Tema, proyecciones de la población 2005-2050 CONAPO.

2.3 Análisis social

2.3.1 Los bebés y niños en el contexto familiar

El estudio sobre la familia mexicana dice que la familia nuclear en México está compuesta por 4.5 miembros en promedio, lo cual habla de que son padre, madre y entre dos y tres hijos por pareja.

El 81% de las familias están encabezadas por un hombre y el 19% por una mujer. Esto indica que el modelo tradicional de mamá, papá e hijos, sigue imperando en nuestra sociedad.

Cuando ocurre el nacimiento dentro de una familia, este se vuelve la principal atención de los padres, quienes tienen la obligación de asegurar el bienestar de esta población. Los bebés juegan un papel fundamental en el plano familiar, ya que son la principal causa de gasto dentro de esta misma, debido a las enfermedades que se presentan en esta población además de todos los gastos que un nuevo miembro de la familia conlleva, en este primer año de vida, los padres tratan de brindarle principalmente salud, alimentación y vestido, para su crecimiento óptimo futuro, cayendo muchas veces en gastos excesivos y/o catastróficos. Muchas veces los padres dejan de atenderse ellos mismos o los demás miembros de la familia con tal de asegurar la salud de los bebés.

2.3.2 Hogares en riesgo de empobrecimiento

En todo sistema de salud se persiguen tres objetivos básicos:

1. Mejorar el nivel y la distribución de las condiciones de salud de la población,
2. Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y
3. Promover un financiamiento justo del sistema, que proteja a las familias contra el riesgo de empobrecimiento por atender sus necesidades de salud .

Estos objetivos están estrechamente vinculados con los tres grandes retos identificados en el Programa Nacional de Salud 2006-2012 que son: equidad, calidad y protección financiera.

Este último concepto significa en términos prácticos:

- garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios básicos de salud de alta calidad independientemente de su capacidad de pago y
- minimizar el riesgo de los hogares de incurrir en gastos catastróficos por atender sus necesidades de salud.

En México, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), utilizando una metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud, estimó el porcentaje de hogares con gastos catastróficos para el periodo 1992-1998. La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED), hizo lo propio para el periodo 1994-2000 utilizando las Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) realizadas por INEGI. En ambos casos se estimaron cifras nacionales.

El porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud mide el gasto en salud de los hogares incluyendo las aportaciones a la seguridad social, impuestos, y pago de bolsillo por bienes y servicios en relación con su capacidad de pago.

La capacidad de pago se define como el remanente del gasto total en todos los bienes y servicios del hogar una vez descontado el gasto dedicado a satisfacer las necesidades básicas de subsistencia (definidas sobre una línea de pobreza); a este concepto la OMS lo llama

ingreso efectivo. Cuando el gasto en salud supera el 30% de la capacidad de pago, entonces se incurre en gastos catastróficos.

2.3.3 Los grupos de mayor vulnerabilidad.

El sector salud es complejo por su fragmentación. Existe una baja calidad y utilización de los servicios, así como una alta incidencia de gastos catastróficos, sobretodo entre la población más vulnerable. Si bien el Seguro Médico para una Nueva Generación incrementará significativamente sus recursos, es necesario reforzar los incentivos para mejorar la calidad de los servicios y fortalecer el marco de rendición de cuentas.

Por ende este seguro trata de llegar a los grupos más vulnerables de la población como lo son, los grupos indígenas que muy difícilmente tienen acceso a los servicios médicos debido a la lejanía de éstos de sus comunidades o localidades, a su vez otro grupo muy vulnerable es la población que vive en extrema pobreza que no cuenta con los recursos necesarios para adquirir atención médica y que además no cuentan con seguridad social, en general las poblaciones rurales.

Por eso en estos grupos las tasas de mortalidad infantil son altas, debido a que no se atienden a tiempo en alguna institución de salud ya que no cuentan con los recursos necesarios para solventar la situación, o muchas veces incurren en gastos catastróficos ya que utilizan más del 30% de su capacidad de pago por motivo de salud.

2.3.4 Derechos humanos y violencia intrafamiliar

La Convención Internacional de los Derechos de la Niñez (CIDN) constituyó un instrumento fundamental para construir una nueva visión sobre la infancia y, por ende, para establecer compromisos y lineamientos para garantizar los derechos establecidos en la misma en correspondencia al ideal de máxima supervivencia y desarrollo.

Desde su creación los países partes, firmantes de la CIDN, se comprometieron (en el artículo 4) a adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos establecidos en la misma.

En el entendido de que las leyes constituyen un marco propicio para establecer las prioridades del desarrollo de un país y por ende, son el origen de las políticas públicas, el compromiso establecido en la CIND pronto sirvió para que diversos organismos, como el Comité de los Derechos del Niño de la ONU (organismo encargado de supervisar el cumplimiento de la Convención en los países partes) insistieran en la necesidad de armonizar las leyes para garantizar su aplicación en el corto y en el largo plazo.

En México durante los 10 años de vigencia de la CIDN ocurrieron diversas reformas legislativas relacionadas con los derechos de la niñez, sobre todo a partir de la segunda mitad de los años noventa. Estas reformas tocaron aspectos como la violencia intrafamiliar, las adopciones, la tipificación de delitos cometidos contra niñas y niños, entre las principales; sin embargo también ocurrieron reformas en el sentido contrario sobre todo en el ámbito penal. En abril de 2000, el legislativo aprobó la Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, reglamentaria del artículo 4º Constitucional.

Estas medidas deben ser consideradas como un paso fundamental en materia de protección de los derechos de la niñez, principalmente porque introducen por primera vez en la historia del país, el concepto de niña, niño y de sus derechos, aspectos que resultan fundamentales para un trato diferente hacia esta población.

Así por ejemplo, se establece el derecho a la salud pero no a los servicios de salud, a la seguridad social e incluso al seguro social como se garantiza en la CIDN.

CAPÍTULO III. MODELO DE ATENCIÓN MÉDICA Y DE FINANCIAMIENTO EN EL SEGURO MÉDICO DE LA NUEVA GENERACIÓN

3.1 Características del Modelo

3.1.1 Mercado de Compraventa de servicios médicos

Un mercado es cualquier conjunto de transacciones, acuerdos o intercambios de bienes y servicios entre compradores y vendedores. En contraposición con una simple venta, el mercado implica el comercio regular y regulado, donde existe cierta competencia entre los participantes.

En materia de salud, el mercado de compra-venta de servicios médicos está regulado por la Secretaría de Salud y la competencia existe entre todas las instituciones prestadoras de este tipo de servicios como lo es IMSS, ISSSTE y las instituciones privadas.

Existen tres partes que son indispensables para que se lleve a cabo este mercado, las cuales son:

3.1.1.1 Financiador

Es la persona física o moral que aporta un capital determinado a las instituciones de salud, principalmente públicas y de carácter social, para que éstas mantengan una economía estable y eficiente, así como también seguir sus actividades comerciales, lo que trae como consecuencia, otorgar un mayor aporte al sector económico al cual participan.

3.1.1.2 Prestador

Se consideran prestadores de servicios médicos las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares, que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica

3.1.1.3 Usuario

Los usuarios de los servicios médicos son las personas que solicitan, requieren y obtienen dicho servicio de los prestadores de servicios médicos para proteger, promover y restaurar su salud física o mental.

3.1.2 Funcionamiento y Viabilidad

La forma de funcionar en materia de financiación, es a través de gravámenes sobre salarios, en parte a cargo del empresario y de los entes involucrados; siendo este último menor que el anterior.

3.1.2.1 Oferta

En este caso se definirá la oferta como la cantidad de bienes o servicios que los prestadores de servicios médicos están dispuestos a ofrecer a un precio y cantidad dado en un momento determinado. La oferta está determinada por factores como el precio del capital y mano de obra, la mezcla óptima de los recursos antes mencionados, entre otros.

3.1.2.2 Demanda

La demanda en los servicios médicos se define como la cantidad de bienes o servicios que los usuarios están dispuestos a comprar a un precio y cantidad dado en un momento determinado. La demanda está determinada por factores como el precio del bien o servicio, la renta personal y las preferencias individuales del consumidor.

3.2 El Financiamiento del Seguro

La seguridad social se soporta normalmente por medio de las aportaciones que cubren los sectores directamente beneficiados, de tal suerte que se distribuya la carga económica, tomando en cuenta la situación que cada uno de estos sectores guarda en la compensación del servicio.

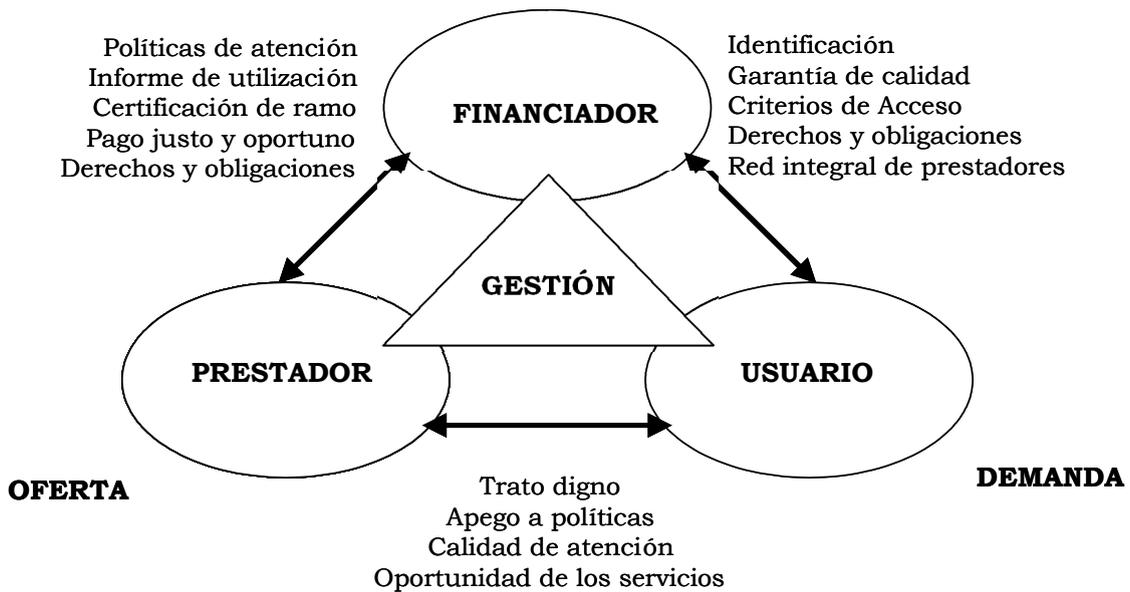
En estas condiciones se reviste al órgano encargado de proporcionar los servicios de características particulares que le permiten ser un ente liquidador y receptor directo de cuotas.

Inicialmente trabajadores y patrones soportaban el impacto económico de la seguridad social, porque a dichos sectores se dirigía la misma; a medida que se amplía el radio de acción de esta clase de servicios públicos exigibles, mayor número de personas intervienen en su soporte financiero, incluyendo al Estado, que tiene que cubrir la diferencia mediante subsidios o entregas complementarias, que nivelan el soporte económico de este costoso servicio.

A continuación se presenta en la figura 3.1, el esquema de financiamiento del seguro y el papel en el que se encuentra cada uno de los entes que participan en él, así como la interrelación que tiene cada una de las partes de este sistema.

Figura 3.1

Esquema de Financiamiento del Seguro



FUENTE: Elaboración propia a partir de la Metodología de costeo para intervenciones de salud.

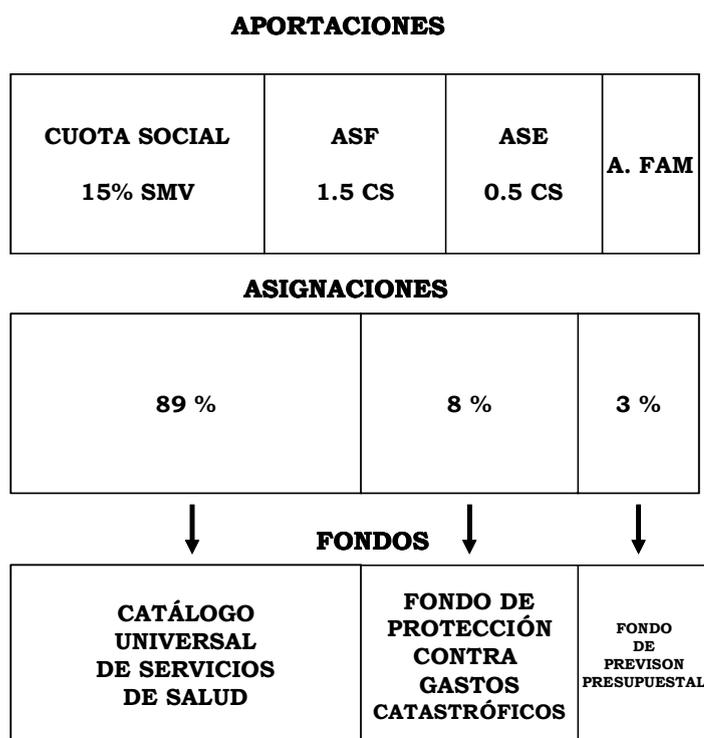
3.2.1 Fuentes, fondos y destinos de los recursos

El SPSS necesita de diferentes aportaciones por parte del Estado y del Gobierno Federal, para poder financiar todos los gastos en que incurra el Seguro Médico para la Nueva Generación.

A continuación se presenta la figura 3.2, en donde se puede apreciar de donde provienen todos los ingresos que tiene el SPSS.

Figura 3.2

Ingresos, Asignaciones, Fondos



FUENTE: Elaboración propia a partir de la metodología de costeo para intervenciones de salud.

Se observa que el ingreso se conforma por la Cuota Social, Aportación Solidaria Federal, Aportación Solidaria Estatal; por cada familia beneficiaria –afiliada- (Tabla 3.1) y por el salario mínimo vigente para el Distrito Federal, de las cuales el 89% de lo que se obtenga van al Fondo del Catálogo Universal de Servicios de Salud, 8% al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el 3% al Fondo de Previsión Presupuestal.

Tabla 3.1

Proyección SM y Familias Afiliadas por año al SP

Año	Familias Afiliadas	SM*
2006	3,555,972	48.67
2007	6,800,000	50.37
2008	8,285,699	52.14
2009	9,771,398	53.96
2010	11,257,097	55.85
2011	12,742,796	57.80
2012	14,228,495	59.83

* Pesos constantes de cada año

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Secretaría de Salud 2007

3.2.1.1 Aportaciones del Gobierno Federal

El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social¹³ por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud, que de acuerdo en el artículo 77 Bis 12 de la LGS, es

¹³ Cantidad de dinero que el Gobierno Federal deposita al trabajador en su cuenta individual por cada día de salario cotizado

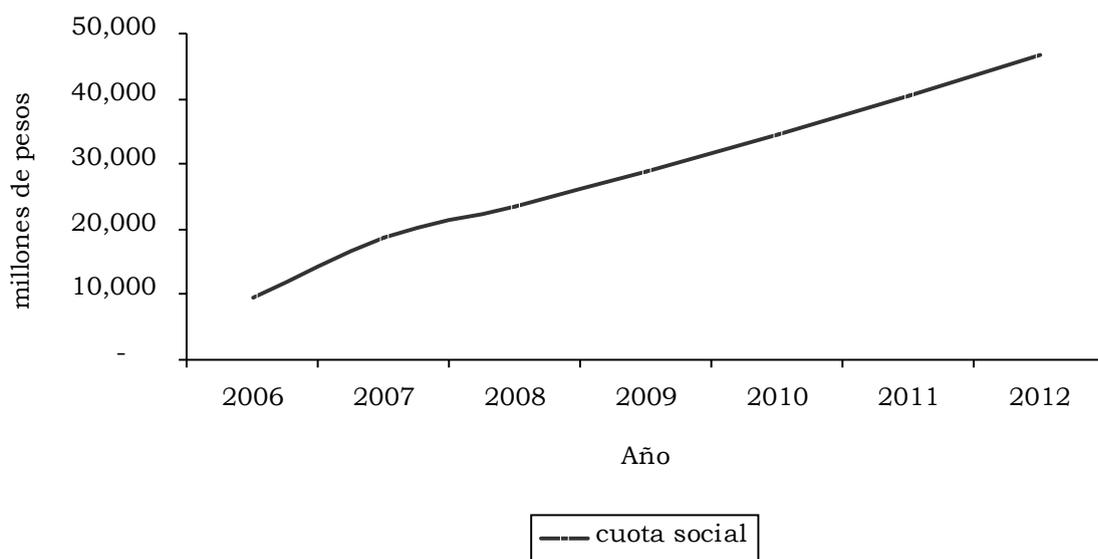
equivalente al 15% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. Dicha cantidad se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Esta aportación se hará efectiva a los estados y al Distrito Federal que aporten, por familia beneficiaria, el equivalente a la mitad de la cuota social destinada por el Ejecutivo Federal ; que en conjunto suma al menos una y media veces el salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal.

Dicha aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona. En la Gráfica 3.1, se presenta la proyección del ingreso anual del periodo 2006-2012 que la Secretaría de Salud tendrá por concepto de la Cuota Social.

Gráfica 3.1

Proyección del ingreso: cuota social 2006-2012



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Secretaría de Salud 2007

Es importante señalar que tiene un crecimiento considerable en este sexenio, y esto es debido, principalmente, al número de familias que se estarán afiliando al SMNG. Además de que esta fórmula podrá incorporar 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.

Otra aportación que realiza el Gobierno Federal es la Aportación Solidaria Federal ¹⁴ (ASF), que conforme a la LGS, corresponde a una y media veces la Cuota Social, esta aportación se expresa como un monto anual por familia. Sin embargo, al depender directamente del monto de la Cuota Social, el valor anual está sujeto a la actualización trimestral conforme al INPC.

La Tabla 3.2, presenta el ingreso que se percibirá en el presente sexenio, que al igual que la CS, tiene un crecimiento sorprendente debido a todas las familias que se afiliarán a este seguro por la falta de seguridad social.

Tabla 3.2
Ingreso: ASF 2006-2012

Año	ASF*
2006	14,213,304,538
2007	28,131,053,153
2008	35,476,975,135
2009	43,302,651,116
2010	51,632,665,121
2011	60,492,734,359
2012	69,909,758,428

* Pesos constantes de cada año

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Secretaría de Salud 2007

¹⁴ Es el monto equivalente a 1.5 veces la Cuota Social en promedio nacional.

Estas aportaciones no limitan la capacidad del financiamiento estatal a su propio Régimen de Protección Social en Salud; así, podrán incorporar cualquier aportación adicional a la establecida y serán canalizadas directamente a través de las estructuras de los servicios estatales de salud.

3.2.1.2 Aportaciones del Gobierno Estatal

El artículo 77 Bis, fracción I de la Ley establece que "... la aportación solidaria estatal mínima por familia será equivalente a la mitad de la cuota social a que se refiere el artículo anterior."

Los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales recibirán, administrarán y ejercerán las cuotas familiares de los beneficiarios de Régimen estatal de Protección Social en Salud. Estas cuotas familiares serán destinadas específicamente al abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema.

La Tabla 3.3, muestra de cuanto será el ingreso que tenga el SNSS de año 2006 al 2012, y su crecimiento también es debido al número de familias que se afiliarán, como pasa con la CS y la ASF.

Tabla 3.3

Ingreso: ASE 2006-2012

Año	ASE*
2006	4,737,768,179
2007	9,377,017,718
2008	11,825,658,378
2009	14,434,217,039
2010	17,210,888,374
2011	20,164,244,786
2012	23,303,252,809

* Pesos constantes de cada año

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la Secretaría de Salud 2007

3.2.1.3 Otros ingresos

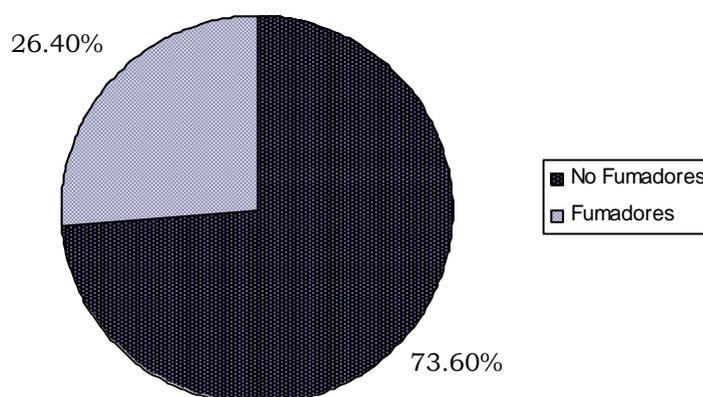
Según con el Convenio Marco¹⁵ de la OMS para el control de tabaco, que establece disposiciones a seguir en materia de protección contra la exposición del humo del tabaco, la reglamentación de los productos del tabaco, el empaquetado y el etiquetado de los mismos, se aportará la cantidad de 5 centavos por cigarro consumido, lo que da un total de 1 peso por cajetilla, lo que está ocasionando a que los propios fumadores aporten una parte de lo que posiblemente llegue a ser su tratamiento.

En el 2006, aproximadamente el 26.4% de la población mexicana era fumadora ; es decir, 27.5 millones de personas fumaban en este año en México. (Gráfica 3.2)

¹⁵ Instrumento legal que fue adoptado en diversos tratados de derechos humanos y de preservación del medio ambiente. Se considera un hito histórico por ser el Primer Tratado Mundial de Salud Pública de la historia de la humanidad

Gráfica 3.2

Población fumadora



FUENTE: Elaboración propia en base a las proyecciones de la población 2005 -2050 CONAPO y estadísticas de Phillips Morris.

Para ese año, el consumo de cigarros en México fue de 2,365 millones de cajetillas con 20 cigarros cada una, lo que quiere decir que se vendieron alrededor de 47,300 millones de cigarros que se fuma solamente entre un cuarto de la población total de país (27.5 millones de personas), esto quiere decir que una persona fumadora consume aproximadamente 85.8 cajetillas anuales, lo que significa que se fuma alrededor de 5 cigarros por día. (Tabla 3.4). En general, la población fumadora aporta \$2,365 millones para el Sector Salud, particularmente para el SPSS.

Tabla 3.4

Consumo de cigarros 2006 en México

	Cajetillas	Cigarros
Total	2,365,000,000	47,300,000,000
Anual*	85.80	1,716
Mensual*	7.15	143
Semanal*	1.79	36
Diario*	0.25	5

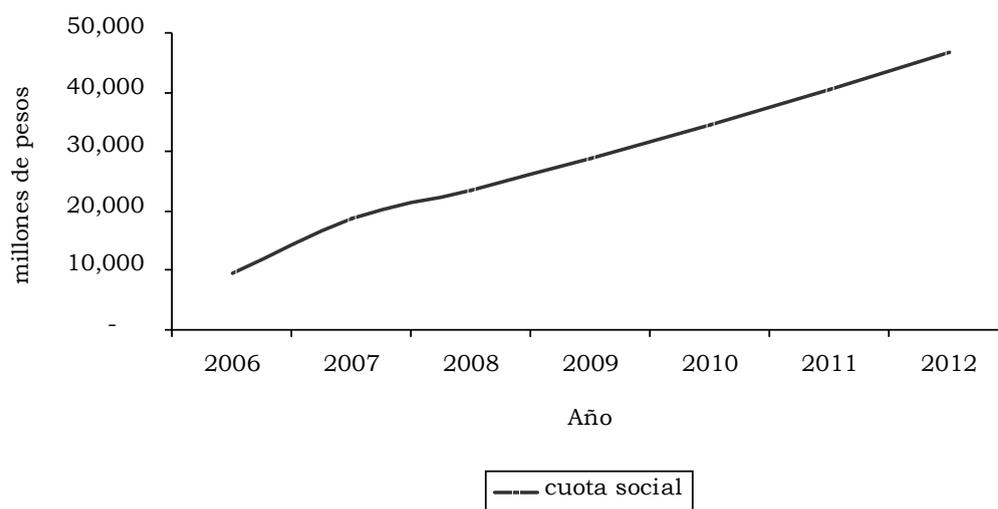
* Por persona

FUENTE: Elaboración propia en base a información obtenida de Phillip Morris

A continuación se presenta la Gráfica 3.3, en ella se aprecia el ingreso que va a tener la Secretaría de Salud, principalmente el SPSS durante el present e sexenio por la aportación de la Industria Tabacalera; cabe señalar que la tasa de crecimiento de la venta de cajetillas de cigarros es del 1.94%

Gráfica 3.3

Proyección del ingreso anual de cigarros 2005-2012

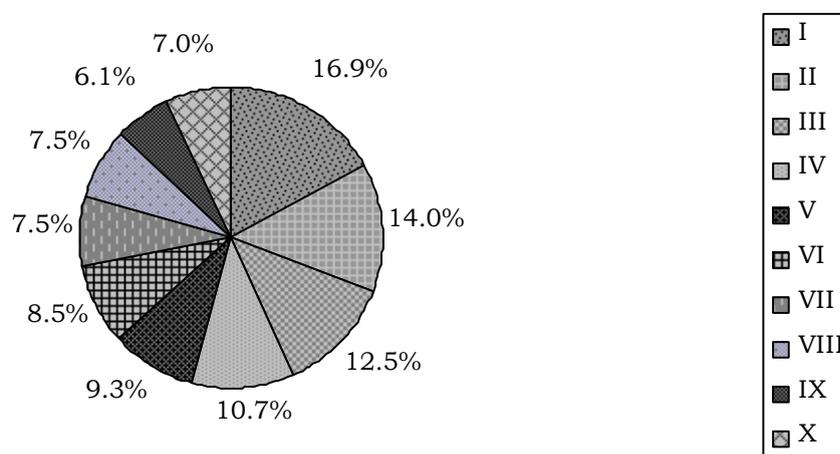


FUENTE: Elaboración propia en base a información obtenida de Phillip Morris

Como último ingreso se tiene la aportación familiar que al igual que las aportaciones de la seguridad social formal queda definida según la capacidad contributiva del individuo y queda en la ley que nadie se queda fuera porque carezca de capacidad contributiva; de hecho en el Seguro Popular hay un régimen no contributivo, la contribución es de cero para las familias más pobres que se encuentren en los dos primeros deciles de la distribución del ingreso . En el 2006, aproximadamente el 31% de las familias afiliadas al Seguro Popular pertenecía a los primeros dos deciles, y solo un 7% de las familias al décimo decil. (Gráfica 3.4 y tabla 3.5)

Gráfica 3.4

Porcentaje de familias afiliadas por decil 2006



FUENTE: Elaboración propia a partir de los lineamientos de afiliación y operación del Seguro Popular de Salud.

Tabla 3.5

Aportación familiar anual por décil de ingreso 2006

Decil de Ingreso	Aportación Familiar Anual
I	
II	
III	449.91
IV	964.10
V	1,446.15
VI	2,088.89
VII	2,667.35
VIII	4,017.09
IX	5,366.84
X	13,518.86

FUENTE: Elaboración propia a partir de los lineamientos de afiliación y operación del Seguro Popular de Salud .

3.3 Los gastos del Seguro

Los protocolos son desarrollados por la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS apoyados por opiniones de expertos de las diferentes unidades de atención pertenecientes a la red de prestadores del SPSS. Los costos para la parte variable se obtienen tanto de información solicitada a las unidades proveedoras de servicio como de costos promedio del IMSS.

3.3.1 Gastos en salud

El gasto en salud es aproximadamente del 5.6% del PIB. Ahí se incluye el gasto público, el cual representa 46% del total, el prepago privado, 2% del total, y el gasto de bolsillo, 52% del total. Este último es muy alto e inequitativo debido en parte a que más de 50% de la población no tiene ningún tipo de seguro médico, lo que a su vez ocasiona que un gran número de familias incurra en gastos catastróficos en salud.

Los recursos de los gastos federales y estatales destinados a los servicios de salud para la población que no cuenta con seguro médico, así como a los bienes públicos, provienen de los recursos destinados a los servicios estatales de salud, a la SSA, el gasto propio de los estados y de los programas de salud.

Asumiendo que existe la capacidad instalada para proveer las intervenciones, la estimación de los costos variables será suficiente para cubrir los insumos y medicamentos necesarios para proporcionar los servicios esenciales.

3.3.2 Estimación del gasto 2006-2012¹⁶

¹⁶ Para efectos de la estimación de los gastos del SMNG, se considera solamente el gasto de los infantes nacidos a partir del uno de diciembre del 2006 en toda la república mexicana y que no tengan seguridad social. NOTA: no se está tomando en cuenta el gasto familiar, que según el “Diagnóstico de la Familia Mexicana”, en México el 68% de las familias se compone por padre, madre y 2 hijos.

Para la estimación del gasto se trabajo con 2 escenarios:

1. Optimista: en el que se plantea cual es el costo por el aseguramiento de todos los niños y niñas nacidos que no cuentan con ninguna clase de seguridad social, y que nacieron a partir del 1° de diciembre del 2006.
2. Objetivo: en este escenario solamente se calcula el gasto de todos aquellos niños y niñas que el Gobierno se ha puesto como meta (tabla 3.6), es decir, que no todos los niños y niñas están contemplados en este gasto.

Tabla 3.6

Meta de afiliación al SMNG 2006 – 2012

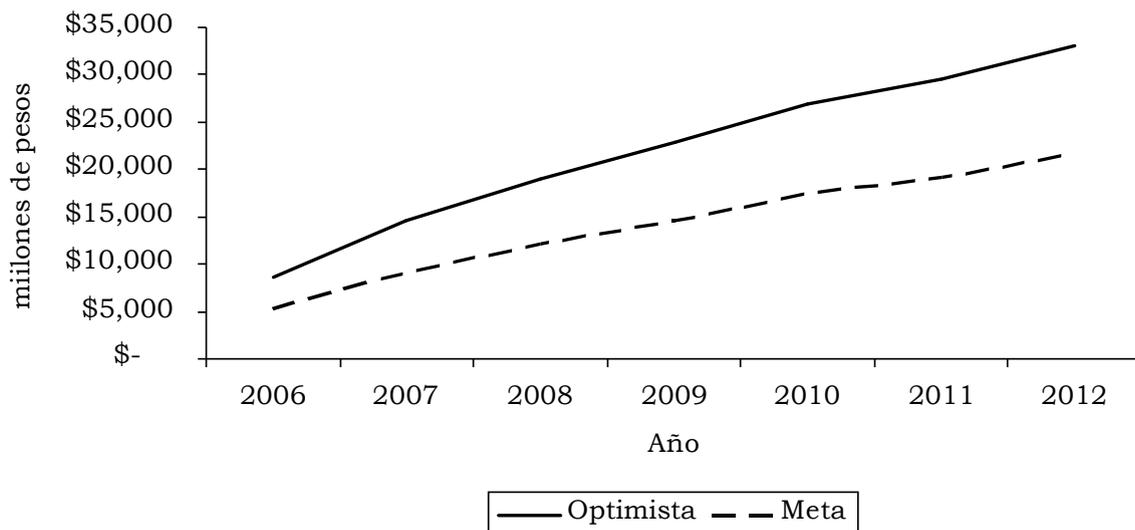
Año	Meta	Niños	Niñas
2006	745,000	381,052	363,948
2007	1,490,000	762,104	727,896
2008	2,235,000	1,143,156	1,091,844
2009	2,980,000	1,524,208	1,455,792
2010	3,725,000	1,905,260	1,819,740
2011	4,470,000	2,286,312	2,183,688
2012	5,215,000	2,667,364	2,547,636

FUENTE: Elaboración propia a partir de los lineamientos de afiliación y operación del Seguro Popular de Salud.

Ahora bien, en nuestro país aproximadamente el 62% de la población infantil masculina no cuenta con seguridad social, mientras que la población infantil femenina es del 59%, y si le suma que los niños son más propensos a contraer enfermedades en los primeros años de vida se tiene como resultado un mayor egreso por parte del Gobierno en los niños. (Gráfica 3.5).

Gráfica 3.5

Proyección del gasto médico según escenario: 2006 – 2012



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos estadísticos de la Secretaría de Salud.

En esta gráfica se observa que el gasto es mayor en el escenario optimista debido a que se está cubriendo a la totalidad de la población infantil que no nace con seguridad social, siendo aproximadamente un 56% más elevado el gasto que en el escenario objetivo.

3.3.2.1 Costos Unitarios por nivel atención médica

Se puede definir el costo unitario por nivel de atención médica, como el gasto que el Gobierno absorberá como resultado de que un niño o una niña hagan uso de los servicios médicos, en este caso, que hagan uso del SMNG.

En la tabla 3.7 y 3.8 se presentan las proyecciones de los costos unitarios de los niños y las niñas respectivamente que se afiliarán al SMNG, utilizando datos estadísticos del IMSS, en estos costos ya están incluidas las vacunas¹⁷.

Tabla 3.7

Proyección de los costos unitarios en niños: 2006 – 2012

Niños							
Edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	7,736	8,006	8,287	8,577	8,877	9,188	9,509
1		5,360	5,548	5,742	5,943	6,151	6,366
2			3,772	3,904	4,041	4,182	4,329
3				2,934	3,036	3,143	3,253
4					3,253	3,367	3,485
5						1,810	1,873
6							2,444

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos estadísticos del IMSS

Tabla 3.8

Proyección de los costos unitarios en niñas: 2006 – 2012

Niñas							
Edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0	6,584	6,815	7,053	7,300	7,556	7,820	8,094
1		4,323	4,474	4,631	4,793	4,961	5,134
2			3,304	3,420	3,539	3,663	3,792
3				2,583	2,673	2,767	2,864
4					2,763	2,859	2,959
5						1,642	1,699
6							2,154

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos estadísticos del IMSS

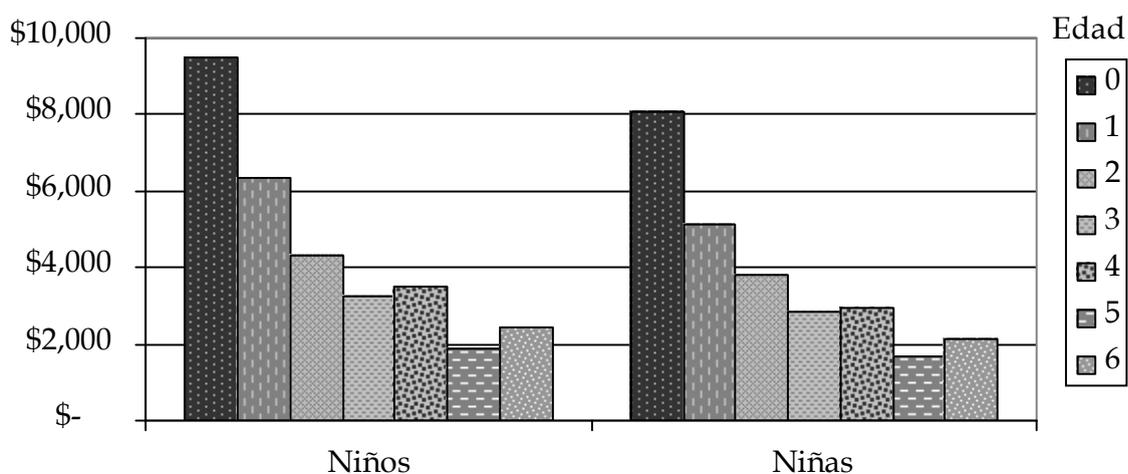
¹⁷ Vacunas: Antihepatitis B, Pentavalente, Rotavirus, Neumocócica, Influenza

Como se comentó anteriormente, para el Gobierno los niños son quienes representan un mayor gasto para éste, ya que son en promedio 18% más costosos que las niñas.

En la gráfica 3.6, se presenta el costo unitario por edad y sexo del año 2012, esto con la finalidad de ver de cuanto sería el costo de los niños y niñas afiliados al SMNG desde el 1° de diciembre del 2006.

Gráfica 3.6

Proyección de costos unitarios por sexo: 2012



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos estadísticos del IMSS

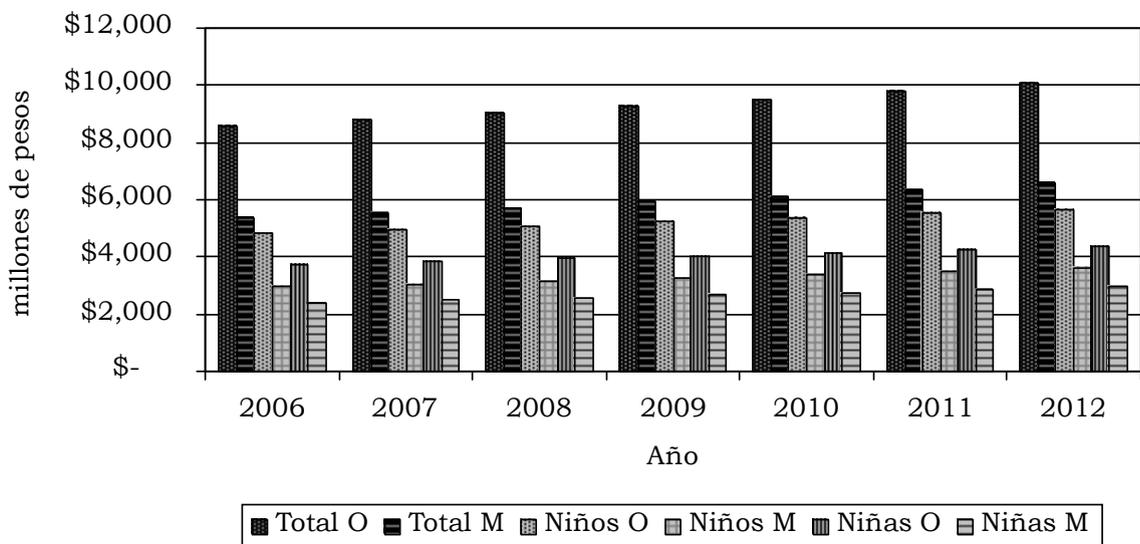
Como se puede observar las visitas al médico son más frecuentes durante el primer año de vida, conforme el infante va creciendo, va dejando de utilizar los servicios médicos. Se tiene un ligero incremento a los 4 y a los 6 años de vida, este crecimiento en estas edades está relacionado a que es cuando empiezan a ir a la preprimaria y a estar más en contacto con el entorno social.

3.3.2.1.1 Recién Nacidos

Teniendo como base los 2 escenarios ya antes mencionados, se obtiene el gasto que tendrá el Gobierno durante el próximo sexenio por los niños y niñas de cero a 12 meses de edad.

(Gráfica 3.7)

Gráfica 3.7
Proyección del gasto en recién nacidos
por sexo y escenario: 2006 – 2012



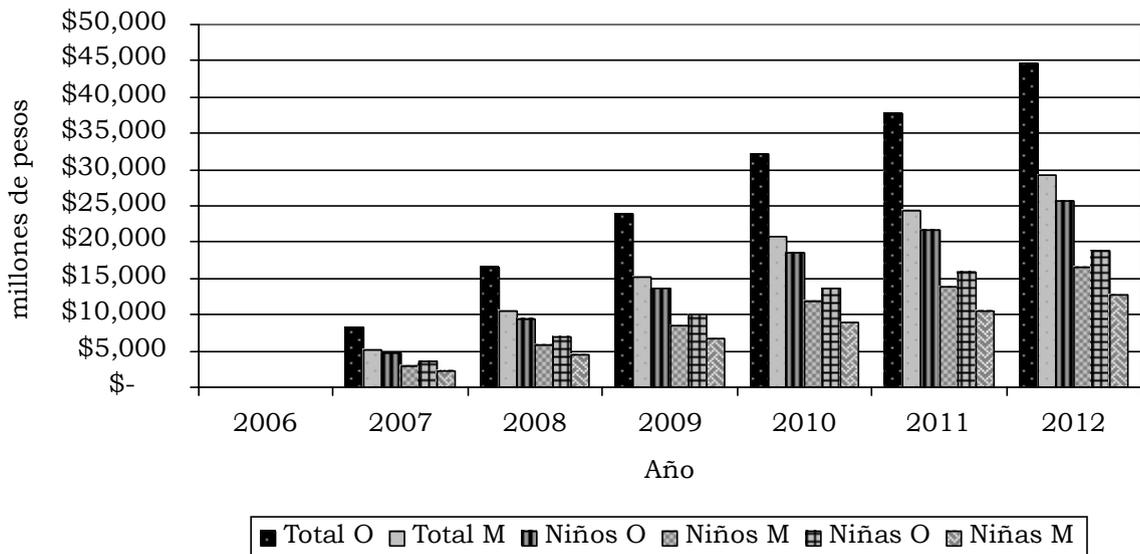
FUENTE: Elaboración propia a partir de datos estadísticos de la Secretaría de Salud.

En esta gráfica se observa que el gasto en el escenario optimista es mayor al del escenario objetivo que tiene el Gobierno, así mismo se afirma que se debe principalmente a que en este grupo de edad la población infantil masculina es mayor a la femenina con lo que provoca un mayor gasto en los niños, además de que este género tiene un mayor porcentaje de no afiliados a algún seguro médico.

3.3.2.1.2 De 1 a 6 años

Ahora bien este grupo poblacional no sufre grandes cambios con respecto a los recién nacidos, debido a que la población afiliada seguirá aumentando, es decir, cada año se irán sumando los niños que van cumpliendo el año de edad. (Gráfica 3.8).

Gráfica 3.8
Proyección del gasto en la población de 1-6 años
por sexo y escenario: 2006 – 2012



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos estadísticos de la Secretaría de Salud.

Se aprecia que en el 2006 no se tiene población infantil para asegurar de 1 año debido a que este seguro comenzó a operar a partir del 1° de diciembre. Se mantiene la misma tendencia con respecto a los recién nacidos, en donde sigue siendo más costoso mantener la salud de un niño que el de una niña, además de que el gasto sigue incrementándose debido al número de afiliaciones que se tendrá para los años siguientes.

3.3.2.1.3 Por sexo

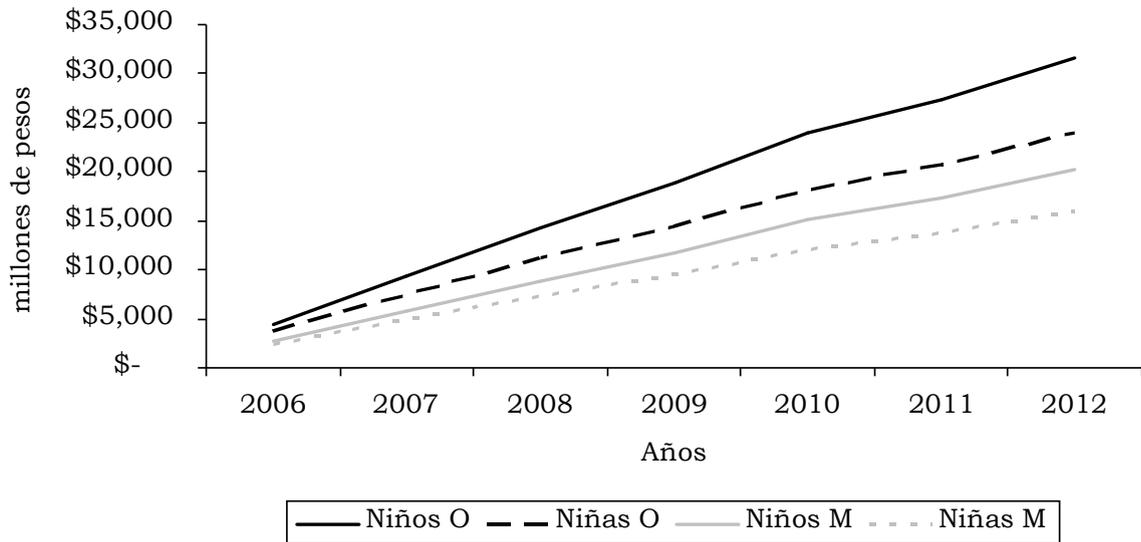
A partir de lo ya visto en los apartados anteriores es más costoso para el Gobierno que nazcan niños que niñas y esto se debe principalmente a :

- Son más propensos a contraer enfermedades.
- Es en el único grupo poblacional que la población masculina es mayor a la femenina.
- Tienen menos población afiliada a algún seguro médico.

A continuación, se presenta la gráfica 3.9, en donde se proyecta el gasto por sexo de la población infantil, y en donde se observa que el gasto es aproximadamente un 28% mayor en los niños, esto desarrollándolo en el escenario optimista; mientras que en el escenario objetivo es de 22% mayor igualmente en la población masculina.

Gráfica 3.9

Proyección del gasto por sexo y escenario: 2006 – 2012



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos estadísticos de la Secretaría de Salud.

3.4 Métodos actuariales de valuación¹⁸

Considérese un sistema financiero definido en el tiempo por una función de egresos y una función de ingresos, destinados al financiamiento de gastos provenientes de las prestaciones de la seguridad social. Si se hace la suposición de que los egresos son objeto de financiamiento

¹⁸ El método de valuación actuarial que se utiliza para realizar las proyecciones futuras se le denomina “método de proyecciones demográficas y financieras”, consultar Coppini, M.A. “Técnica actuarial de las seguridad social” (traducción) Italia 1995, Thullen, Peter “Técnica actuarial de la seguridad social” México

del sistema y no son manipulables por parte del actuario, el buen funcionamiento de este dependerá exclusivamente del adecuado diseño del flujo de ingresos.

Aunque es posible diseñar una infinidad de métodos para determinar las características de este flujo, existen tres muy representativos que son dignos de mención: método de reparto puro, el método de prima nivelada y el método de primas escalonadas.

3.4.1 Regímenes financieros

El método de reparto puro consiste en distribuir uniformemente los egresos esperados de cada año entre las contribuyentes del sistema en ese mismo año. Desde luego este método no genera reserva alguna en el sistema. Aunque presenta una ventaja obvia de su sencillez, resulta generalmente inoperante en sistemas destinados al financiamiento de egresos derivados de prestaciones sociales; el monto de las primas suele crecer hasta alcanzar niveles económicamente inaceptables.

3.4.2 Método de proyección 2006-2012

Este método no es por sí mismo un sistema de financiamiento sino un método de cálculo, lo esencial de este método consiste en calcular por adelantado, sobre las hipótesis demográficas, la evolución probable de un régimen de financiero, año tras año y por el período del 2006 al 2012.

Sobre la proyección financiera, es necesario distinguir dos operaciones diferentes:

1. la proyección de los ingresos futuros
2. la proyección de los gastos futuros

Como para las proyecciones demográficas, una proyección financiera, no se extenderá sino hasta el tiempo en que se pueda suponer la existencia de una situación relativamente estacionaria.

3.4.3 Prima Nivelada

El método de prima nivelada consiste en asignar una prima constante a la anual a cada contribuyente en base a proyecciones de los egresos futuros. Presenta, así, la enorme ventaja de garantizar a los contribuyentes la invariabilidad de su aportación al sistema. En sistemas de seguridad social, las primas calculadas mediante este método resultan ser superiores a las de reparto puro durante los primeros años de la existencia del sistema pero sensiblemente inferiores en el resto de la vida de éste.

Es evidente que este método ocasiona la formación de reservas y son precisamente los intereses que éstas producen quienes hacen posible el mantenimiento de la prima nivelada en los periodos en los que ésta es inferior a la prima de reparto puro.

El inconveniente práctico que acarrea el método de prima nivelada es años del sistema para la economía de los países, especialmente en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo.

3.4.3.1 Resultados sobre ingresos y gastos

A través de esta tesis se ha hecho la proyección de los gastos e ingresos que conllevará el SMNG, a continuación presentamos la Tabla 3.7, en donde se especifica el ingreso total que se obtendrá en este sexenio y los gastos que tendrá el Gobierno a lo largo de estos seis años.

Tabla 3.7

Ingresos y gastos por escenario: 2006 – 2012

Año	Ingresos	Gastos	
		Optimista	Objetivo
2006	39,845	8,588	5,344
2007	70,402	14,545	9,147
2008	87,720	19,077	12,107
2009	106,472	22,800	14,589
2010	126,803	26,907	17,344
2011	148,879	29,626	19,239
2012	172,895	33,089	21,627

Millones de pesos

Pesos constantes de cada año

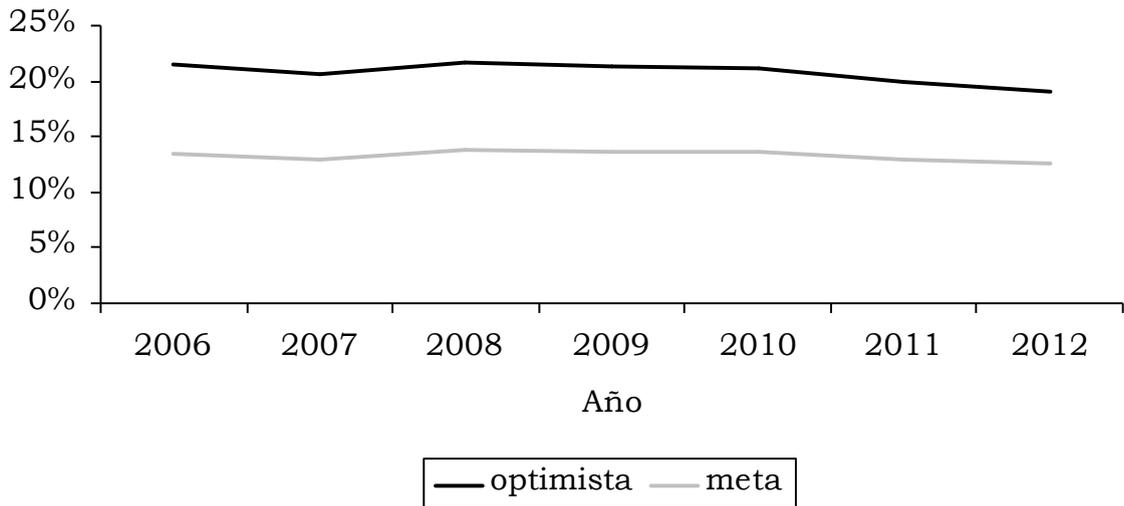
FUENTE: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos en Capítulo I, II y III.

Se observa que los ingresos son muchísimo más altos que los gastos generados, inclusive por los gastos de los dos escenarios, con esto se afirma que la prima de gasto para el 2007 será de aproximadamente 24% para el escenario optimista y 15% para el escenario objetivo.

A continuación se presenta la gráfica 3.10, la cual muestra como se irá comportando la prima de gasto para ambos escenarios.

Gráfica 3.10

Prima de gastos: 2006 – 2012



FUENTE: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos en Capítulo I, II y III.

Con esta gráfica se afirma que el financiamiento del SMN G es totalmente viable ya que sólo se gastará en promedio aproximadamente el 21% del ingreso que se tenga a lo largo de los años, esto a lo que se refiere al escenario optimista, mientras que en el escenario objetivo, por lo que se está hablando de un promedio de aproximadamente el 14% del ingreso lo cual marca una pauta y dice que este seguro es totalmente financiable.

3.4.3.2 Primas Escalonada

El método de prima escalonada puede considerarse como un método de financiamiento general que abarca, inclusive, las posibilidades de reparto puro y de la prima nivelada. Aunque

contempla la formación de reservas en el sistema, éstas no necesariamente deberán seguir el ritmo de formación de la prima nivelada.

CONCLUSIONES

Una de las principales responsabilidades que tiene el actual Gobierno de México, es en materia de salud, ya que tiene como principal objetivo, el hacer llegar los servicios y la atención médica a todos aquellos sectores de la población que carecen de estos servicios y primordialmente a la población infantil, que aproximadamente es el 60% de esta población; lo que significa que 6 de cada 10 niños no cuentan con ningún tipo de seguro social y mucho menos privado que cubra los gastos en los que incurre un niño o niña al nacer, como lo es la atención médica preparto y posparto, así como las diferentes consultas y programas de vacunación.

Desde sus inicios el sistema de salud se ha ido dividiendo cada vez más y esto se debe principalmente a la falta de recursos que tienen las instituciones sociales para acercarse a la población carente de seguridad social, lo que provoca que sea más difícil acceder a tener una calidad de vida mejor para las familias con ingresos sumamente bajos.

La iniciativa del actual Gobierno es mejorar la calidad de vida de todos los niños y niñas nacidos a partir del uno de diciembre del 2006, así como a sus familias, siempre y cuando no cuenten con ningún tipo de seguridad social, acercando los servicios y la atención médica a todos aquellos sectores de la población más vulnerables; por lo que las tasas de mortalidad y morbilidad tendrán que disminuir principalmente en las comunidades indígenas y en los

hogares con extrema pobreza, ya que podrán gozar de todo tipo de atención, en materia de salud, en cualquier lugar o institución, ya sea pública o privada que esté más cerca del lugar donde residen.

Es por esto que los 6 de cada 10 niños que nacen sin seguridad social, estarán afiliados a este Seguro, con lo cual tendrán acceso a medicamentos, consultas, insumos e intervenciones, para reducir los gastos que podrían ser catastróficos para algunas familias de l país, según el ingreso con el que cuenten, por lo que también este seguro hará que las cuotas familiares sean las que correspondan de acuerdo a su nivel de ingresos.

Con todo esto, el Gobierno promoverá la universalidad de salud, mejorará las condiciones de salud, evitará el empobrecimiento de la población y sobretodo garantizará que la salud contribuya al desarrollo humano de l país.

Actualmente, las familias enfrentan dificultades financieras para cubrir los costos de consulta externa, exámenes de laboratorio, estudios de gabinete, medicamentos, hospitalización y urgencias. Aún cuando las familias acudan a instituciones públicas para recibir atención médica, usualmente tienen que desembolsar recursos para adquirir medicamentos y pagar cuotas de recuperación por la atención recibida, podemos decir que aproximadamente el 85% de las familias que se empobrecen no están aseguradas.

El SMNG es el instrumento que permitirá a la Secretaría de Salud ofrecer un modelo de aseguramiento que permita reducir el gasto de bolsillo y fomentar una atención oportuna y de calidad.

Con este seguro la inversión pública en salud se seguirá elevando a lo largo de los próximos años, en forma gradual, sostenible y fiscalmente responsable. Los recursos públicos dejarán de asignarse en función de inercias presupuestales que han sido injustas, que han diferenciado estados y que han sido indiferentes hacia los cambios demográficos.

En vez de ello los recursos se canalizarán ahora con base en el número de familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud, con ello se irá alcanzando una verdadera presupuestación democrática donde el dinero responda a la gente según sus necesidades de salud.

Todo esto permitirá la protección financiera de todos aquellos niños y niñas que nacen sin seguridad social formal y corregirá las desigualdades en materia de asignación de los recursos con la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

Se está cambiando a un esquema de aseguramiento público que empezó con el Seguro Popular y ahora sigue con el Seguro Médico para la Nueva Generación, el cual se plantea como un esquema tripartita que se homologa al esquema del seguro social, pero para la población que ha quedado excluida de la seguridad social, así pues, se contempla garantizar a toda la población la cuota social que aporte el Estado mexicano, además se tendrá una aportación solidaria que comparten el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales, la cual reconoce las desigualdades entre los estados, la aportación estatal es mayor para los estados que tengan mayor desarrollo económico y menos rezagos en salud y por último la aportación familiar que queda definida según la capacidad contributiva de esta misma.

Se puede concluir que este seguro es viable y redituable ya que es un seguro público dirigido a fortalecer la inversión pública, dirigido a combatir el gasto de bolsillo porque es un pago privado, es un sistema destinado a fortalecer el financiamiento de la infraestructura pública de salud.

Sin embargo, en otros estudios se realizan estimaciones del Fondo, que abre la brecha y la necesidad de evaluar actuarialmente el financiamiento de este seguro, los cuales aunque no hacen referencia al Seguro Médico para una Nueva Generación, son referencias importantes porque en base a sus resultados argumentan la necesidad de identificar fuentes alternas de financiamiento que garanticen la prestación efectiva, oportuna, de calidad y sin desembolso al momento de la utilización de los servicios a la población afiliada al sistema que los demanda para mejorar y restaurar su salud.

Así pues, tras más de 60 años de seguridad social formal, este nuevo sistema, permitirá alcanzar el ideal anhelado de una protección universal en materia de salud, ya no habrá más segmentación según la posición laboral de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- “Primera Reunión de Evaluación del Seguro Médico para una Nueva Generación”
Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
www.seguro-popular.gob.mx
- “Proyecciones de la población de México 2000 – 2050”
CONAPO
www.conapo.gob.mx
- “Salud pública de México”
www.insp.mx
- “Plan Nacional de Desarrollo 2001 - 2006”
www.economia.gob.mx
- “XI Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiológica”
www.insp.mx
- “Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012”
www.consultaciudadana.gob.mx

- “Indicadores Sociodemográficos de México (1930 -2005)”

INEGI

- “El número de niños baja cada año”

CONAPO

www.conapo.gob.mx

- “Encuesta Nacional de Coberturas 2004”

PREVENIMSS

- “Desnutrición infantil pobreza en México”

www.sedesol.gob.mx

- “Población Rural y Urbana”

www.cuentame.inegi.gob.mx

- “Síntesis de Resultados”

II Censo de población y vivienda 2005

INEGI

- “Metodología de Costeo para Intervenciones de Salud”

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

- “Elementos conceptuales, financieros y operativos”

Sistema de Protección Social en Salud

Primera edición 2005

- “Cálculo de la cuota social y aportaciones solidarias del sistema de protección social en salud”

Sistema de Protección Social en Salud

Primera edición 2005

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ASE: Aportación Solidaria Estatal

ASF: Aportación Solidaria Federal

CIDN: Convención Internacional de los Derechos de la Niñez

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CS: Cuota Social

DGIED: Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño ENIGH: Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y

FUNSALUD: Fundación Mexicana para la Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

ISSSTE: Instituto

LGS: Ley General de Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OEA: Organización de Estados Americanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PRONASA: Programa Nacional de Salud

SDN: Secretaría de la Defensa Nacional

SM: Secretaría De Marina

SMNG: Seguro Médico para la Nueva Generación

SMV: Salario Mínimo Vigente

SP: Seguro Popular

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud