

Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica

Miguel Ángel González-Block, D en C Soc,⁽¹⁾ Alejandro Figueroa, M en C,⁽²⁾
Ignacio García-Téllez, M en C Pol,⁽³⁾ José Alarcón, M en C Admon.⁽³⁾

González-Block MA, Figueroa A, García-Téllez I, Alarcón J.
Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica.
Salud Publica Mex 2016;58:522-532.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242>

Resumen

Objetivo. Analizar la coordinación financiera del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su capacidad para apoyar la compra estratégica de servicios. **Material y métodos.** Se analizaron informes oficiales y encuestas. **Resultados.** El SPSS cubre una cápita por afiliado de 2 765 pesos mexicanos, equivalente a 0.9% del PIB para 2013. La Secretaría de Salud asignó 35% del total; los gobiernos estatales 16.7%, y los beneficiarios 0.06%. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud recibió 48.3% de estos recursos, de los cuales asignó 38% a los estados y pagó directamente a prestadores 7.4% del total. El aporte estatal está en déficit mientras que las contribuciones familiares tienden a no cobrarse. **Conclusión.** El SPSS no ha integrado fondos especializados en la compra estratégica capaz de transformar los presupuestos históricos. La autonomía de los prestadores es clave para que puedan contribuir a reducir el gasto de bolsillo mediante la oferta de servicios de calidad.

Palabras clave: financiamiento de la salud; compra basada en calidad; política de salud

González-Block MA, Figueroa A, García-Téllez I, Alarcón J.
Financial allocations in the System for Social Protection in Health in Mexico: challenges for strategic purchasing.
Salud Publica Mex 2016;58:522-532.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242>

Abstract

Objective. The financial coordination of the System of Social Protection in Health (SPSS) was analyzed to assess its support to strategic purchasing. **Materials and methods.** Official reports and surveys were analyzed. **Results.** SPSS covers a capita of 2 765 Mexican pesos, equivalent to 0.9% of GDP. The Ministry of Health contributed 35% of the total, state governments 16.7% and beneficiaries 0.06%. The National Commission for Social Protection in Health received 48.3% of resources, allocating 38% to State Social Protection Schemes in Health and paying 7.4% of the total directly to providers. The state contribution is in deficit while family contributions tend not to be charged. **Conclusion.** SPSS has not built funds specialized in strategic purchasing, capable of transforming historical budgets. The autonomy of providers is key to reduce out-of-pocket spending through the supply of quality services.

Keywords: health financing; value-based purchasing; health policy

- (1) Cátedra PwC de Investigación de Sistemas de Salud, Universidad Anáhuac. México.
(2) Coordinación de Investigación, Instituto Mexicano de Seguro Social. México.
(3) Price WaterhouseCoopers México. México.

Fecha de recibido: 21 de septiembre de 2015 • **Fecha de aceptado:** 20 de junio de 2016

Autor de correspondencia: Dr. Miguel Ángel González Block. Universidad Anáhuac. Av. Universidad Anáhuac 46, col. Lomas Anahuac. 52786 Huixquilucan, Edo. de México, México.
Correo electrónico: miguel.gonzalezblock@gmail.com

La cobertura universal de salud fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud como política para asegurar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesiten, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. El logro de la cobertura universal plantea el reto de la adecuada gobernanza económica; esto es, ejercer el poder para la gestión de los recursos económicos y sociales para el desarrollo con base en derecho y mediante la rendición de cuentas y la transparencia para alcanzar una gestión pública eficaz y equitativa.¹

Alcanzar la cobertura universal en salud exige eficacia en la gestión económica tanto para incrementar los recursos públicos como para disminuir el gasto privado y asegurar la máxima satisfacción de las necesidades con los servicios ofertados. La gestión económica debe así lograr que el total de los fondos estén coordinados entre agentes financieros y fluyan eficientemente hacia la compra estratégica de servicios a fin de lograr la plena satisfacción de los afiliados. La compra estratégica puede definirse como un procedimiento sistemático de asignación financiera para resolver las necesidades de salud de los afiliados al contestar ¿qué servicios de salud comprar?, ¿cómo comprarlos?, ¿de quién?, ¿a qué precios? y ¿con qué incentivos?²

El gobierno de México implementó entre 2003 y 2012 el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) como un mecanismo para garantizar “el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud [...]”.³ El SPSS fue instrumentado mediante una arquitectura financiera que procuró separar el financiamiento de la prestación de servicios de salud. El financiamiento quedó así a cargo de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), operadores del Seguro Popular. El diseño del SPSS incluyó la autonomía técnica y operativa de la CNPSS y de los REPSS a fin de lograr la compra estratégica de la salud.

El Congreso Federal asigna el financiamiento del SPSS por persona afiliada al Seguro Popular mediante la cuota social (CS), que determina un *pari passu* de tres fuentes adicionales: la aportación solidaria federal (ASF), proveniente de las transferencias intergubernamentales y de recursos federales adicionales a la CS, la aportación solidaria estatal (ASE) y la cuota familiar (CF). Las cuatro fuentes habrían de converger en la prestación de servicios de salud de los afiliados de acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (Causas) –que incluye 285 intervenciones y 609 medicamentos para cubrir 100% de la atención de primer

nivel y hasta 85% de las especialidades básicas hospitalarias– y con la lista de enfermedades de alto costo del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC), que cuenta hoy en día con 59 intervenciones.⁴

La CS habría de alinear gradualmente las fuentes públicas y privadas de financiamiento hacia un régimen de subsidio a la demanda del Causas y de las enfermedades de gasto catastrófico. La ASF se compondría cada vez más de recursos federales controlados directamente por la CNPSS, disminuyendo la proporción del gasto en salud por vía de las transferencias intergubernamentales que financian directamente a los servicios personales de salud con base en el presupuesto histórico.

El Seguro Popular ha demostrado efectos en el acceso a servicios de salud de pacientes crónicos⁵ y para atención obstétrica,⁶ así como en el surtimiento de medicamentos, aún con limitaciones.⁷ Se ha resaltado la importancia de fortalecer la capacidad de gestión de los REPSS para mejorar los procesos de adquisición y surtimiento de medicamentos, para mejorar la calidad de la atención⁸ y para desarrollarse dentro del espacio de decisión que les es propio.⁹ Las ventajas y desventajas del fortalecimiento de los subsidios a la demanda han sido debatidos, sobre todo en su capacidad para financiar la atención comunitaria.¹⁰

El SPSS ha logrado un financiamiento creciente y sostenido¹¹ que ha incidido en la reducción del gasto de bolsillo de la población sin seguridad social,^{12,13} sobre todo en los gastos de carácter catastrófico.^{14,15} Entre 2004 y 2010 logró una reducción de 27.6% del gasto en salud como proporción de los ingresos disponibles de los hogares.¹⁶ La incidencia del gasto catastrófico se redujo en 20.6% durante el periodo. No obstante, el gasto de bolsillo disminuyó sólo ligeramente: pasó de 50.9% del gasto total en salud en 2000 a 47.1% en 2010. En 2012, 31.1% de los afiliados al SPSS que demandaron atención médica ambulatoria y 12.2% de los que se hospitalizaron prefirieron utilizar servicios médicos privados.¹⁷

Este artículo analiza la arquitectura, gobernanza y flujos de fuentes y fondos hacia los agentes financieros del SPSS a fin de identificar la capacidad de los actores responsables de coordinarse en torno al subsidio a la demanda y, así, hacia la reducción del gasto de bolsillo por los afiliados. En particular, se analiza la composición de los fondos del SPSS y su capacidad para ser asignados bajo mecanismos de subsidio a la demanda.

Material y métodos

Se analizó información de gasto del SPSS con base en el Informe de Resultados de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Se revisaron los cambios pertinentes en la Ley General de Salud así como decretos,

avisos oficiales, reportes de resultados y libros blancos. Se estandarizó el gasto a precios de 2013 usando los deflatores del Banco de México. Para estimar el monto esperado de la Cuota Familiar, se consideró la distribución por decil de ingreso de los afiliados reportados por la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2010. Se asume que la distribución por decil para 2010 es la misma que para 2013.

Resultados

Arquitectura del Seguro Popular

La arquitectura financiera del Sistema de Protección Social en Salud mantuvo sus rasgos fundamentales aunque modificó las normas de estimación y contribución de algunas cuotas. La estimación de la CS cambió en 2009 a raíz de la sobreestimación de hogares en el proceso de afiliación.¹⁸ La estimación de la CS por familia a razón de 15% del salario mínimo vigente cambió a una estimación individual de 3.92% de un salario mínimo por persona integrante del núcleo familiar. No obstante, se mantuvo a la familia como unidad de afiliación.

La ASF se ha mantenido en 1.5 veces la CS y la ASE en 0.5 veces la CS. La CF también sufrió cambios: pasó de una contribución de los deciles de ingreso III a X a enfocarse sólo en los deciles V a X. El aporte va de 2 075 pesos por persona al año en el decil V, a 11 379 pesos por persona al año en el decil X.

La ASF incluye todo gasto federal en salud así como las transferencias intergubernamentales del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a las Personas (FASSA-P) que impactan en beneficio de los afiliados en el ámbito estatal. La ASF identifica, así, el monto capitado del presupuesto histórico y pretende integrarlo a la gestión del Causas y a la lista de enfermedades del FPGC. Cabe notar que más de 85% del FASSA-P está asignado a recursos humanos regidos por compromisos sindicales.¹⁹ De manera importante, la ASF puede cambiar en composición, dependiendo del volumen de recursos que asigne la federación directamente a los prestadores de servicios de salud. Si dichos recursos no agotan la ASF, entonces la ASF es complementada con recursos nuevos asignados a los REPSS a través de la CNPSS. La federación tiene, así, la capacidad de incidir en los montos controlados por la CNPSS y, por tanto, en su capacidad para ejercer la compra estratégica.

La CNPSS asigna sus diversas fuentes de financiamiento a distintos fondos y pagadores. El 89% del total de los recursos se asignan al fondo del Causas, mismo que se distribuye nominal o realmente a los REPSS para su ministración. El 8% de los recursos se asignan al FPGC, administrado por el fideicomiso del SPSS a

cargo de la CNPSS. El 3% restante se asigna al FPP, administrado por el fideicomiso del SPSS y destinado en dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura de salud en los estados con mayor marginación social y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios.

Las transferencias de la CS y la ASF por la CNPSS a los REPSS es estimada anualmente con base en avisos de la CNPSS y en el "Anexo III" de sus *Acuerdos de Coordinación*. El monto de la ASF se determina de manera particular para cada entidad federativa mediante un aviso que informa del resultado de una fórmula que asigna a cada estado no más de 20% en función de la capacidad socioeconómica y méritos por el desempeño, y al menos 80% en función de la aportación histórica del FASSA-P. Del total de la ASF en 2014, se asignó 14.9% en función de las necesidades de salud, 0.40% en función del esfuerzo estatal (topado en hasta dos veces el valor de la ASE) y 4.7% en función del desempeño en la cobertura efectiva de servicios de salud.²⁰ La ASF varió entre 1.43 y 1.92 veces la CS en 2014 según el factor de ajuste aplicable a la entidad.

Una vez determinada la ASF para cada entidad, la CNPSS procede mediante el "Anexo III" a identificar dos montos: la ASF alineada y la ASF complementaria. La ASF alineada consiste de la cápita compuesta por el presupuesto histórico mientras que la ASF complementaria completa la ASF si el recurso histórico es insuficiente.*

La ASE procuró el alineamiento de las contribuciones estatales hacia las necesidades de los afiliados, rompiendo la inercia del gasto histórico e incentivando la aportación de los gobiernos estatales. Si bien en su origen la CNPSS exigió a los gobiernos estatales que realizaran aportaciones líquidas a un fondo para la compra de medicamentos y otros insumos para los afiliados, se aceptó que pudieran contar como contribuciones al ASE las inversiones y otros gastos de beneficio directo para los afiliados. Fue imposible así que la ASE contribuyera a conformar una cápita explícita para los afiliados.

El propósito de la CF fue sustituir el gasto de bolsillo por prepagos progresivos o exenciones para los afiliados sin capacidad de contribución. La CF sustituyó así a las cuotas de recuperación a la vez que procuró asignar el

* En el ejercicio 2013 se alinearon los siguientes presupuestos: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Persona (FASSA-P, "Ramo 33"); Programas Nacionales de Salud; Programa Seguro Médico Siglo XXI; Apoyo para fortalecer la calidad de los servicios de salud, y Componente Salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades ("Ramo 12").

fondo hacia la compra de insumos requeridos para la atención de los afiliados. Sin embargo, la CF no llegó a significar –como se verá más adelante– una contribución tangible para el SPSS.

Gobernanza del SPSS

El SPSS procuró abordar la coordinación entre los órdenes federal y estatal de gobierno fomentando la administración integrada en el ámbito estatal de los fondos aportados por las diferentes fuentes. La LGS en el Art. 77 bis 16 estableció en la reforma de 2003 que:

Los recursos de carácter federal [...] se administrarán y ejercerán por los gobiernos de los estados y el Distrito Federal conforme a sus propias leyes y con base en los acuerdos de coordinación que se celebren para el efecto. Los gobiernos de los estados deberán registrar estos recursos como ingresos propios destinados específicamente a los fines establecidos en el presente Título.²¹

En junio de 2014, la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión reformó la Ley General de Salud para enfatizar la responsabilidad de los estados en la correcta asignación de los recursos.²¹ En este esfuerzo se eliminó la obligación de que los estados registraran los recursos como ingresos propios, lo cual fomenta, hasta cierto punto, la gestión independiente de los fondos no alineados del SPSS y, con ello, el mayor control federal. No obstante, la LGS mantiene el énfasis en el alineamiento del total de los recursos de SPSS hacia su gestión integrada para cumplir con los derechos de los afiliados.

Otro cambio importante en la gobernanza del SPSS fue que, a partir del ejercicio presupuestal de 2008, la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión marcó un destino de gasto específico para los recursos de la CS mediante el “Ramo 12” en el Presupuesto de Egresos de la Federación.²² El “Ramo 12” está destinado a apoyar gastos propios de la Secretaría Federal de Salud, lo cual rompe con la solidaridad esperada de los aportes federales y estatales. Confiere, además, prerrogativas a la CNPSS para la gestión de los fondos, como los topes de líneas de gasto impuestos a los REPSS mediante el “Anexo IV” de los Convenios de Coordinación instituido a partir de la crisis económica de 2009. Los topes limitan un gasto máximo de 30% para medicamentos y de 40% para recursos humanos, prescribiéndose también un gasto mínimo de 20% en actividades de promoción de la salud y hasta 6% para operación y servicios personales del REPSS.

Los gobiernos estatales mantienen una débil participación en la gobernanza del SPSS a pesar de que contribuyen a sus diferentes fondos mediante la ASE y de que son los responsables de la integración de las

diversas fuentes y fondos financieros del SPSS, así como de la operación de red pública de servicios. Por lo tanto, el consejo técnico del fideicomiso del SPSS, que rige al FPGC y al FPP, incluye sólo a funcionarios federales y se limita a la gestión actuarial del fondo. La participación de los gobiernos estatales en el SPSS estaba considerada en el Art. 77 bis 33 por medio del Consejo Nacional del SPSS. Sin embargo, dicho órgano nunca fue establecido y el artículo fue derogado con la reforma a la LGS de junio de 2014. Los gobiernos estatales inciden en la gobernanza del SPSS mediante su participación en el Consejo Nacional de Salud, si bien dicho órgano enfoca la gobernanza del sistema nacional de salud e incluye la participación de todas las instituciones públicas.

Asignación de los recursos del SPSS en 2013

La afiliación al SPSS fue reportada en 55.6 millones de personas para 2013. Las aportaciones calculadas acorde con la Ley General de Salud suman 2 765 pesos por afiliado y 153 710 millones de pesos para el total (cuadro I, figura 1). Los recursos totales del SPSS reportados en agregado por la CNPSS como ejercidos en 2013 (sin considerar la CF) alcanzaron 96% de lo calculado –146 264 millones de pesos– debido principalmente al ajuste de la población realmente afiliada en el año.⁴ La CNPSS reportó la misma diferencia en la ASE y se infiere una diferencia similar en la CS y en la ASF. La ASF complementaria en 2013 ascendió a 21 938 millones de pesos, estimada como la diferencia entre el gasto total de la CNPSS y la CS asignada.* La ASF alineada fue calculada en 51 194 millones de pesos, siendo la diferencia de la ASF complementaria respecto del total de la ASF. La fuente mayoritaria del SPSS fue, para 2013, la ASF con 50% del total, seguida de la CS con 33%.

La CF esperada de los afiliados al Seguro Popular que son contribuyentes por formar parte de los deciles V a X difiere de la recaudada. Las diferencias pueden analizarse tanto con base en el reporte de la CNPSS, como por lo esperado respecto de las estadísticas proporcionadas por Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012. De acuerdo con el reporte oficial para 2013, un total de 221 755 afiliados al Seguro Popular pertenecían a los deciles V a X y contribuyeron con 87.9 millones de pesos. Sólo 0.4% del total de los afiliados al Seguro Popular serían contribuyentes.

Visto desde la Ensanut 2012, la población sin seguridad social en los deciles V al X asciende a 23.6 millones,

* La CNPSS no reporta sus ingresos desagregados acorde con los rubros del SPSS marcados por la LGS.

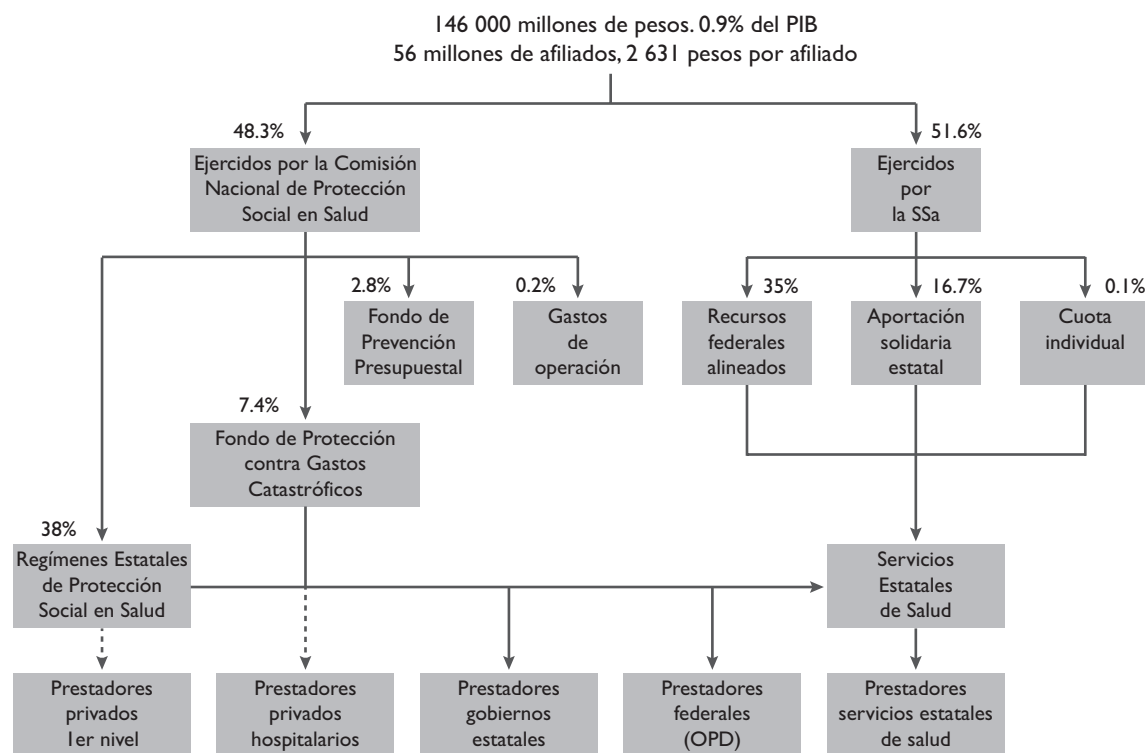
Cuadro I
APORTACIONES AL SPSS SEGÚN FUENTE Y FONDO. MÉXICO, 2013

	Recursos del SPSS calculados según LGS			Recursos del SPSS asignados		
	Millones (\$)	Cápita (\$)	Porcentaje del total	Millones (\$)	Cápita (\$)	Porcentaje del total
Recursos totales	153 200	2 765	100	146 264	2 631	100
Cuota social	50 686	912	33	48 754		33
Aportación solidaria federal	76 029	1 367	50	76 029	1 315	50
ASF alineada				51 195	921	35
ASF complementaria				21 938	395	15
Aportación solidaria estatal	25 343	456	17	24 362	438	17
Cuota familiar*	1 143	274	0.4	88	396	0.06

* La cuota individual calculada incluye 7.3 millones de aportantes en deciles V a X y la cápita asignada un total de 221 755 aportantes para los mismos estratos

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

Fuente: referencia 4 y estimación a partir de los salarios mínimos vigentes en el periodo



Recursos alineados: FASSA-P; Programas Nacionales de Salud; SMSXXI, Previsiones Salariales; Apoyo para fortalecer la calidad de los servicios de salud; Oportunidades Tradicionales y MAS Urbano

FIGURA I. RECURSOS TOTALES MOVILIZADOS PARA EL SPSS EN 2013 Y ASIGNACIÓN SEGÚN FONDO, PAGADORES Y PRESTADORES. MÉXICO

de la cual 12.7 millones reporta estar afiliada al Seguro Popular. La población contribuyente reportada por la CNPSS fue, así, de sólo 1.8% de la esperada por la Ensanut. El aporte que habría de realizar esta población por concepto de cuota familiar va de 2 075 pesos anuales por persona en el decil V, a 11 379 pesos anuales por persona en el decil X.⁴ El monto total esperado del aporte por cuota familiar de los afiliados al Seguro Popular en los deciles V a X sería de 14 867 millones de pesos, considerando la distribución de la población afiliada entre los cinco deciles de contribución y una estimación de 3.8 miembros por familia. El monto recaudado asciende, así, a 0.59% del total de lo asignado en 2013. De recaudar el total de la cuota familiar, el Seguro Popular recuperaría 10.1% del total de los recursos asignados por el SPSS, de 146 264 millones de pesos.

Los recursos asignados por el SPSS a la CNPSS ascendieron en 2013 a 70 693 millones de pesos, lo cual representa 1 271 pesos por afiliado y 48.3% del total (cuadro II). Se componen del total de la CS y de la ASF complementaria, que fue de 15% del total. Los recursos del SPSS asignados directamente a los servicios estatales a través del alineamiento de la ASF ascendieron a 51 122 millones de pesos (35% del total) mientras que, a través de la ASE, ascendieron a 75 484 millones de pesos (17% del total). Junto con la CF, estas fuentes suman 1 360 pesos por afiliado y equivalen a 52% del total de los recursos del SPSS. No obstante, el gasto estatal en salud para 2013 observó un déficit respecto de la ASE nominalmente asignada, el cual cubrió, a lo más, 75% de la misma (cuadro III).²³ La proporción del fondo del SPSS gestionado por los SESA fue así de 47% para 2013.

La CNPSS transfirió a los REPSS 38% de los recursos del SPSS, por 55 555 millones de pesos, equivalente

a 999 pesos por afiliado (cuadro II). Asignó al FPGC 10 847 millones de pesos (195 pesos por afiliado) y 7.4% de los recursos del SPSS. El FPP absorbió 5.8% del total, mientras que el gasto en operación de la CNPSS fue de 0.3% del total.

Tendencia de la asignación de los fondos del SPSS entre 2004 y 2013

La asignación al fondo del SPSS pasó de 11 188 millones en 2004 a 146 177 millones para 2013, lo que representa un incremento de 13 veces durante el periodo (cuadro IV).²⁴ Los montos asignados variaron respecto de los montos calculados con base en la LGS en virtud de los ajustes entre los afiliados programados para el año y los realmente incorporados al sistema. Las variaciones fueron importantes hasta 2009, con variaciones de entre 75 y 154% del monto asignado sobre el calculado. No obstante, las diferencias disminuyeron conforme se incrementó la afiliación, para llegar a 95% en 2013. Si se analizan las fuentes, la CS y la ASF calculados y asignados crecieron directamente en relación con el total de afiliados durante el periodo, como era de esperarse. La relación entre la ASF alineada y la ASF complementaria ha variado mucho: tuvo un arranque parejo, luego la ASF complementaria se deprimió y, finalmente, se ha logrado una relación más estable en la que todavía domina ésta a partir de 2011.

Analizando la tendencia de las fuentes principales del SPSS (cuadro III), los recursos del FASSA han mostrado un incremento sostenido de 49 820 a 67 679 millones de pesos, con una leve caída en 2009 y 2010 relacionada con la crisis económica. Los recursos del FASSA-P mostraron una reducción proporcional entre

Cuadro II
RECURSOS GESTIONADOS POR LA CNPSS EN 2013. MÉXICO

	Millones (\$)	Cápita (\$)	Porcentaje del total del SPSS	Porcentaje de fondos de la CNPSS
Recursos gestionados por la CNPSS	70 693	1 271	48.3	100
Transferidos a los REPSS	55 555	999	38.0	78.6
Transferidos al FPGC	10 847	195	7.4	15.3
Asignados al FPP	4 067	73	2.8	5.8
Gastos de operación	224	4	0.2	0.3

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud
SPSS: Sistema de Protección Social en Salud
REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP: Fondo de Previsión Presupuestal

Fuente: referencia 4

Cuadro III
Montos de las Fuentes del SPSS.* México, 2004-2013

Año	FASSA			Porcentaje del "Ramo 12" a la persona sobre "Ramo 12"	Gasto estatal en salud a la persona	
	Total	Gasto a la persona (FASSA P)	Porcentaje de FASSA-P del FASSA		Total	Porcentaje de la ASE asignada
2004	49 820	21 271	43	–	11 656	625
2005	52 057	28 715	55	–	15 382	353
2006	55 931	28 951	52	–	16 279	145
2007	56 050	20 884	37	–	15 023	101
2008	59 422	22 391	38	66	14 376	80
2009	58 686	21 707	37	68	17 514	99
2010	57 991	21 915	38	73	21 741	95
2011	63 197	19 009	30	77	14 086	61
2012	67 259	22 489	33	77	15 481	65
2013	67 679	34 604	51	81	18 237	75

* Millones de pesos de 2013

FASSA: fondo de aportaciones para los servicios de salud
 FASSA-P: fondo de aportaciones para los servicios de salud para la persona
 ASE: aportación solidaria estatal

Fuente: referencia 23

Cuadro IV
Montos de los Fondos y Fuentes del SPSS.* México, 2004-2013

Año	Fondo SPSS				Fuentes del SPSS								
	Total afiliados [‡]	Total calculado	Total asignado	Porcentaje asignado sobre calculado	Fuentes calculadas según LGS [§]			Fuentes asignadas [#]					
					CS	ASF	ASE	CS	ASF	ASF comple- mentaria	ASF delineada	ASF comp. / ASF alin.	ASE
2004	5 318 289	14 909	11 188	75	4 970	7 454	2 485	3 729	5 594	2 672	2 922	0.91	1 865
2005	11 404 861	31 805	26 172	82	10 602	15 903	5 301	8 724	13 086	3 414	9 671	0.35	4 362
2006	15 672 374	43 861	67 531	154	14 620	21 930	7 310	22 510	33 766	644	33 122	0.02	11 255
2007	21 834 619	61 069	89 182	146	20 356	30 535	10 178	29 727	44 591	4 187	40 404	0.10	14 864
2008	27 167 000	75 166	108 278	144	25 055	37 583	12 528	36 093	54 139	6 357	47 782	0.13	18 046
2009	31 132 949	85 244	106 291	125	28 415	42 622	14 207	35 430	53 145	15 215	37 930	0.40	17 715
2010	43 518 719	119 954	137 237	114	39 985	59 977	19 992	45 746	68 618	7 724	60 894	0.13	22 873
2011	51 823 314	138 138	139 086	101	46 046	69 069	23 023	46 362	69 543	18 071	51 473	0.35	23 181
2012	52 908 011	146 941	143 974	98	48 980	73 470	24 490	47 991	71 987	22 454	49 534	0.45	23 996
2013	55 600 000	154 555	146 177	95	51 518	77 277	25 759	48 726	73 088	21 967	51 121	0.43	24 363

* Millones de pesos mexicanos de 2013

[‡] Fuente: referencia 23

[§] Fuente: referencia 24

[#] Fuente: referencia 4

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud
 CS: cuota social
 ASF: aportación solidaria federal
 ASE: aportación solidaria estatal

2005 y 2011. De 2011 a 2013 pasó de su nivel más bajo (30%) a 51% del total, el cual está cerca del máximo de 55% que observó en 2005. Esto sugiere que, conforme creció la afiliación al Seguro Popular, el FASSA fue disminuido en su asignación a gastos a la persona frente a gastos asignados a la salud pública y otros gastos estatales, para revertirse esta tendencia a partir de 2012. El componente de servicios personales del "Ramo 12" creció para soportar la CS: pasó de constituir 66% del "Ramo 12" en 2008 –al inicio de su asignación al SPSS– a representar 81% en 2013.

El gasto estatal dirigido a la persona mostró altibajos, con su punto más bajo en 2004 con 11 656 millones de pesos y más alto en 2010 con 21 741 millones de pesos. Interesantemente, el gasto subió en 2009 y 2010, cuando el FASSA bajó, sugiriendo una compensación entre fuentes. En el primer año del Seguro Popular el gasto estatal en salud excedió la ASE en 625%. Conforme la afiliación incrementó, para 2007 el total del gasto estatal en salud estaba asignado a la ASE. Interesantemente, para 2013 se observa un déficit del gasto estatal en salud respecto de su obligación para la ASE.

Poco puede decirse respecto de la tendencia de la CF en virtud de la falta de datos disponibles a lo largo del tiempo. La restricción de la contribución a los deciles V al X habría en todo caso impactado en una reducción,

si bien menor dada la escasa aportación de los deciles de menores ingresos.

La tendencia en la asignación del fondo del SPSS según agente financiero favoreció en los primeros tres años a los SESA: arrancó con 43% y llegó a gestionar directamente hasta 66% del total en 2006 a través de la ASF alineada y la ASE (cuadro V). Posteriormente, la proporción a cargo de los SESA fluctuó hasta 2010 para estabilizarse y llegar a 52% del total en 2013. No obstante, el creciente déficit del gasto estatal respecto de la ASE está llevando a una gestión real de los SESA por debajo de 50%.

Discusión

El SPSS logró, en sus diez años de operación, un importante incremento en el financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada, a la vez que una arquitectura de fondos y agentes financieros especializados en la compra estratégica de servicios de salud. El fondo del SPSS creció de manera constante y fue reduciendo fluctuaciones entre las cantidades calculadas y las asignadas conforme se estabilizó la afiliación al Seguro Popular. El haber alcanzado una cobertura universal nominal de protección financiera con un amplio paquete de servicios de salud para 55.6

Cuadro V
ASIGNACIÓN DEL FONDO DEL SPSS SEGÚN AGENTE FINANCIERO.*
MÉXICO, 2004-2013, MILLONES DE PESOS DE 2013

Año	Ejercido por la CNPSS						Ejercido por los REPSS		Ejercido por los servicios estatales de salud	
	Total		FPGC		FPP, operación y otros		Total	Porcentaje del SPSS	Total	Porcentaje del SPSS
	Total	Porcentaje del SPSS	Total	Porcentaje del SPSS	Total	Porcentaje del SPSS				
2004	6 401	57	895	8.0	646	5.8	4 861	43.4	4 787	43
2005	12 138	46	1 347	5.1	1 930	7.4	8 861	33.9	14 033	54
2006	23 154	34	3 865	5.7	2 985	4.4	16 304	24.1	44 377	66
2007	33 915	38	6 485	7.3	3 078	3.5	24 351	27.3	55 268	62
2008	42 449	39	6 977	6.4	4 933	4.6	30 539	28.2	65 829	61
2009	50 645	48	8 215	7.7	6 026	5.7	36 405	34.3	55 645	52
2010	53 470	39	8 141	5.9	3 945	2.9	41 384	30.2	83 767	61
2011	64 433	46	10 617	7.6	5 003	3.6	48 813	35.1	74 654	54
2012	70 445	49	11 703	8.1	4 913	3.4	53 829	37.4	73 529	51
2013	70 693	48	10 847	7.4	4 291	2.9	55 555	38.0	75 484	52

* Millones de pesos de 2013

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud
SPSS: Sistema de Protección Social en Salud
REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FPP: Fondo de Previsión Presupuestal

millones de no asegurados hacia 2013 significó un logro de coordinación entre el Congreso, la CNPSS, los REPSS y los servicios estatales de salud. No obstante, el déficit de 25% del gasto estatal para cubrir la ASE significa un reto por resolver para sostener la arquitectura financiera, más que para la capacidad financiera del sistema en su conjunto.

La relación entre el FASSA y la CS financiada por el "Ramo 12" evolucionó en la dirección esperada, y con ello se redujo la proporción del financiamiento FASSA a servicios personales a través de la ASF y se incrementó la proporción de la CS a través del "Ramo 12". Esta tendencia pudo haber favorecido la disponibilidad de fondos de la CNPSS y de los REPSS para ejercer su función de compra estratégica, compensando mediante el subsidio a la demanda la ineficiencia que significa el gasto histórico. No obstante, la evolución de la asignación financiera no fue la esperada dado que el FASSA asignado a atención personal se incrementó en términos absolutos, de tal suerte que la ASF alineada también lo hizo. El SPSS transfirió así la mitad del fondo del SPSS a los servicios estatales de salud, un agente financiero más ocupado de la prestación de servicios que de la asignación financiera. Así, está lejos de cumplirse, aun con el diseño del SPSS que designa a la CNPSS y a los REPSS como los agentes financieros exclusivos, autónomos y especializados para los servicios estatales de salud. En efecto, dichos servicios siguen manejando directamente la mitad del presupuesto con base en mecanismos de asignación histórica que limita la capacidad de la compra estratégica.

Por su parte, la propia CNPSS limitó su capacidad para la compra estratégica. En efecto, la imposición de topes al gasto de los REPSS a partir de 2009 significó un viraje en dirección opuesta a la compra estratégica, pues se enfocó más en la compra de insumos que en la compra de resultados en salud.*

La aportación financiera de los afiliados al SPSS fue por diseño pequeña, sobre todo una vez que el aporte se restringió a los deciles V al X. Si bien se esperaba una contribución de 10.1% del fondo total, se logró tan sólo una recaudación de 0.3% del total. La arquitectura financiera se ve así amenazada tanto por el significado de la contribución para el reclamo de los servicios, como por la dificultad para recaudar los recursos y por sus implicaciones para la eficiencia financiera. La aportación individual no ha cumplido el papel que se esperaba

de exigir calidad a los prestadores del Seguro Popular ante la opción de pagar de bolsillo y, así, de introducir competitividad al sistema.

El Seguro Popular dejó sin afiliar a un importante número de mexicanos que, acorde con cifras corregidas por la Auditoría Superior de la Federación y por la Dirección General de Información en Salud, asciende a 16% del total nacional y a 18.7 millones en 2012.²⁵ Al no afiliar a esta población, el Seguro Popular prescinde del aporte federal por vía de la cuota social y del aporte solidario federal, que ascendería a 61 952 millones de pesos, además de los aportes estatales correspondientes. Cerca de la mitad de la población sin protección financiera pertenece a los deciles V al X de ingresos, por lo que habrían de contribuir con hasta 29 430 millones de pesos, considerando su distribución en los diferentes deciles. El total de los recursos financieros que no están siendo movilizados por el Seguro Popular son 91 383 millones de pesos, equivalentes a 71.6% de los recursos asignados por el SPSS en 2013.

La gobernanza del SPSS muestra limitaciones para integrar a sus fuentes y agentes financieros en un proceso encaminado hacia el subsidio a la demanda y la compra estratégica. En este contexto, la modificación a la LGS de junio de 2014 tiende a recentralizar los fondos, al eliminar el requerimiento de registro por los gobiernos estatales de los recursos tanto del SPSS como propios, y la facultad de los REPSS para gestionarlos mediante cuentas con la Tesorería de la Federación. Comprendiéndose como una respuesta a la malversación de fondos federales en los estados, la medida no responde al imperativo de la coordinación de la ASF alineada proveniente del FASSA así como de la ASE y de la CF.

Se requiere un ámbito de coordinación de política federal capaz de incrementar la ASF complementaria a expensas de la ASF alineada. Dicho órgano podría establecer el consenso necesario para reducir el crecimiento del FASSA a favor de una fuente capaz de contribuir a la CNPSS y a los REPSS. Lo anterior permitiría empoderar la compra estratégica de servicios de salud a favor de la población afiliada al Seguro Popular. A la vez, dicho órgano habría de establecer la ruta hacia la autonomía de los prestadores de los servicios estatales de salud, de tal forma que pudieran poner en práctica –y sobre todo sostener en el tiempo– propuestas de servicio acordes con los requisitos del subsidio a la demanda.²⁶

Cabe discutir si el "Ramo 12" es la mejor fuente para sustituir al FASSA, engrosar la ASF complementaria y empoderar a la CNPSS y a los REPSS como agentes financieros del SPSS. En efecto, el "Ramo 12" es una fuente de gasto administrativo de la Secretaría de Salud, la cual carece del mandato para constituir la principal fuente de los servicios personales de salud.²²

* González-Block MA. La compra estratégica de servicios de salud por la CNPSS y los REPSS. Manuscrito sometido a Salud Pública de México.

La evidencia es sólida sobre la contribución del SPSS en la reducción del gasto catastrófico. No obstante, la persistencia del gasto de bolsillo en niveles inaceptables y la insatisfacción tan importante de los afiliados significan una oportunidad para mejorar la compra estratégica de servicios de salud mediante el rediseño de las fuentes y la canalización de fondos del SPSS.

Conclusiones y recomendaciones

El SPSS significó un importante avance en el financiamiento de la población no asegurada así como en el desarrollo de una arquitectura financiera de fondos, fuentes y agentes financieros especializados para incidir en el subsidio a la demanda y en la compra estratégica de servicios de salud. No obstante, la falta de una gobernanza efectiva de la relación entre los actores pudo haber impedido la coordinación más efectiva entre la federación y los estados para lograr la predominancia de recursos gestionados por la CNPSS y los REPSS a través de la ASF complementaria y, así, el fortalecimiento de la compra estratégica. La arquitectura financiera en sí misma no es suficiente para alcanzar la compra estratégica de salud. Cabe remarcar que una limitante importante pudo haber sido el escaso avance hacia la autonomía de los REPSS respecto de los servicios estatales y de los prestadores respecto de los servicios estatales de salud a fin de incentivar la formulación de propuestas de servicio que se enfocaran en el valor por el dinero y no sólo en la productividad.

Se recomienda el fortalecimiento de la gobernanza del SPSS mediante órganos de diálogo de políticas y desarrollo de la normatividad encaminada a la integración del fondo del SPSS de manera más efectiva. Sobre todo, la formulación de un renglón de gasto capaz de integrar los recursos fiscales federales y estatales de manera efectiva y que supere las limitaciones del "Ramo 12". Dicho fondo habría de coordinarse con el "Ramo 19" mediante el cual se financia la seguridad social, de tal forma que se agilizará la portabilidad de derechos de acceso entre todas las instituciones públicas. Sobre esta base, habría de identificarse una fórmula para transferir los recursos del FASSA, dirigidos a la operación de servicios personales de salud, hacia los REPSS, de manera que quedaran integrados en un solo fondo de compra estratégica. Para ello sería indispensable desarrollar la autonomía operativa de las jurisdicciones sanitarias y de los hospitales de los servicios estatales de salud.

Se recomienda, asimismo, introducir competitividad en el ámbito de la gestión financiera a fin de incentivar la afiliación del total de los mexicanos a los esquemas de protección financiera. Es vital reducir el

gasto de bolsillo para servicios de salud a fin de mejorar el acceso y la cobertura efectiva de las enfermedades crónicas. Una opción para esto es la participación de aseguradoras privadas para afiliarse y ofrecer servicios de salud tanto públicos como privados a la población que debe contribuir con la cuota familiar en los deciles V al X. Las aseguradoras privadas y el acceso a servicios de mayor calidad podrían significar el incentivo necesario para incrementar la afiliación de este importante sector de la economía y lograr también incrementar la recaudación de la cuota familiar.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Hufty M. Una propuesta para concretizar el concepto de gobernanza: El Marco Analítico de la Gobernanza. En: Hubert Mazurek (ed.). *Gobernabilidad y gobernanza en los territorios de América Latina*. La Paz: IFEA-IRD, 2008.
2. Figueras J, Robinson R, Kakubowski E. *Purchasing to improve health system performance*. London: Open University Press, 2005.
3. Secretaría de Salud. Ley General de Salud (LGS). Artículo 77 BIS I. México: Gobierno de la República [consultado el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
4. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados. México DF: CNPSS, 2013.
5. Sosa-Rubí SG, Galárraga O, López-Ridaura R. Diabetes treatment and control: the effect of public health insurance for the poor in Mexico. *Bull World Health Organ* 2009;87(7):512-519. <http://doi.org/bf28x6>
6. Sosa-Rubí SG, Galárraga O, Harris JE. Heterogeneous Impact of the "Seguro Popular" program on the utilization of obstetrical services in Mexico, 2001-2006: a multinomial probit model with a discrete endogenous variable. *Health Econ* 2009;(1):20-34. <http://doi.org/dw434c>
7. Garrido-Latorre F, Hernández-Llamas H, Gómez-Dantés O. Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud Publica Mex* 2008;50(Sup 4):429-436. <http://doi.org/fpmc9k>
8. Nigenda G, González-Robledo LM, Aracena B, Juárez C, Wirtz V, Idrovo AJ, et al. Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009. Resumen ejecutivo. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.
9. Orozco E, González-Block MA, Rouvier M, Arredondo A, Bossert T. Evaluación, retos e innovaciones de la gestión de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud para la cobertura universal. Resumen Ejecutivo. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
10. Laurell AC. Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires: CLACSO, 2014.
11. Arredondo A, Orozco E, Hernández C, Alvarez C. Estrategias de reforma y protección social en salud en México. Primera parte: efectos en financiamiento y gobernanza del sistema de salud. *Cuadernos Médico Sociales de Chile* 2010; 50(14):178-192.
12. King G, Gakidou E, Ravishanker N, Moore RT, Lakin J, Vargas M, et al. "Politically robust" experimental design for public policy evaluation, with application to the Mexican universal health insurance program. *J Policy Anal Manage* 2007;26:479-506. <http://doi.org/dd9x89>
13. Sosa-Rubí S, Salinas-Rodríguez A, Galárraga O. Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano,

2005-2008. *Salud Publica Mex* 2011;53(supl 4):425-435. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342011001000006>

14. Galárraga O, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A, Sesma-Vázquez S. Health insurance for the poor: Impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. *Eur J Health Econ* 2010;11(5):437-447. <http://doi.org/chv3cx>

15. Knaul F, Arreola-Ornelas H, Mendez O, Martínez A. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Publica Mex* 2005;47(Supl 1):54-65.

16. Knaul F, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Publica Mex* 2013;55(2):207-235. <http://doi.org/bncz>

17. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca: INSP; 2012.

18. Pérez-Salvador JE, Gutiérrez-Delgado C. Impacto del tamaño de las familias afiliadas al Seguro Popular de Salud de México, experiencia 2004-2006. *Salud Publica Mex* 2010;52(3):235-253. <http://doi.org/d2q8xb>

19. Auditoría Superior de la Federación. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud. México:ASF [consultado el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.asf.gob.mx/trans/informes/ir2009i/tomos/tomo5/02_fassa_a.pdf

20. Diario Oficial de la Federación. Aviso por el que se da a conocer la información a que se refiere la fracción IX, del artículo 87, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, correspondiente al año 2014. Mexico: DOF; 19/06/2014.

21. Secretaría de Salud. Ley general de Salud el Art. 77 bis 16. México: Gobierno de la República.

22. Ibarra I, Martínez G, Aguilera N, Orozco E, Fajardo-Dolci G, González-Block MA. Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. *Salud Publica Mex* 2013;55(3):310-317. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55i3.7214>

23. Secretaría de Salud. Boletines de Información Estadística de la SSA. México: SSA, 2013.

24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Información de salarios mínimos por año. México: INEGI, 2015.

25. González-Block MA, Martínez G. Hacia la cobertura universal de la protección financiera. Tendencias y retos para la colaboración público-privada. México DF: AMIS, 2015.

26. García-Rodríguez JF, Rodríguez-León GA, Manzur-Martínez R, Córdova-de la Cruz E. Mecanismo de compensación económica a proveedores del sistema de protección social en salud de Tabasco: la experiencia local en la utilización de los grupos relacionados de diagnóstico (GRD). *Rev Salud Tabasco* 2008;14(1):752-798.