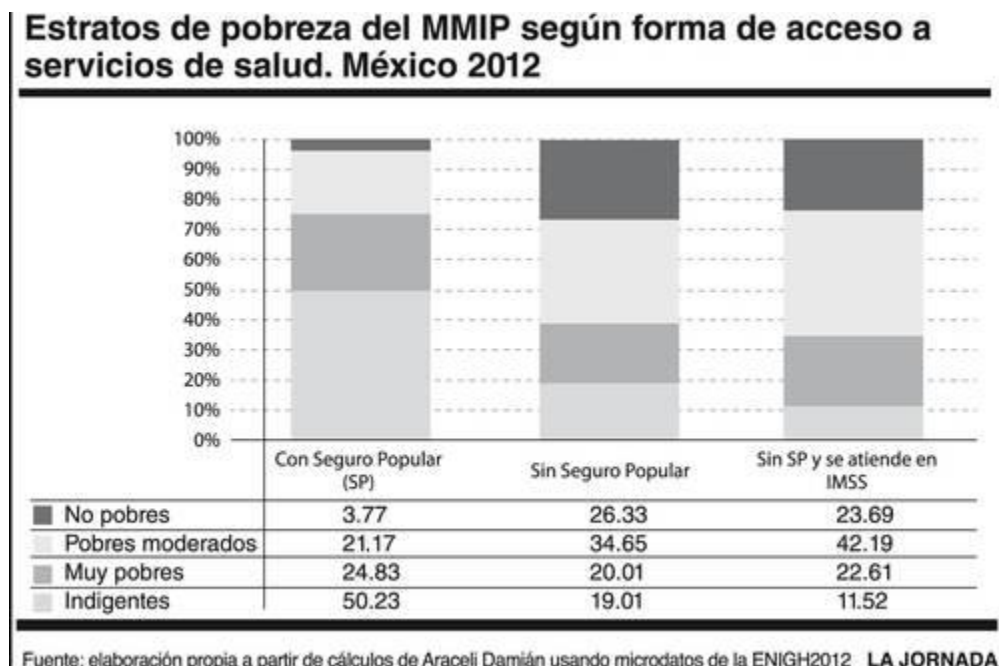


# Economía Moral

Seguro Popular de salud, solución de segunda para ciudadanos de segunda  
Se presentó libro de Asa Cristina Laurell sobre el impacto de dicho seguro

JULIO BOLTVINIK



Tal como se señala en la presentación del libro de Asa Cristina Laurell, *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano* (Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO, 2015), la autora es y ha sido defensora acérrima del derecho a la protección a la salud para todas las personas como un derecho humano universal, y crítica aguda del modelo capitalista neoliberal que ha mercantilizado la salud. En la Introducción, la doctora Laurell, quien fue secretaria de Salud del Gobierno del DF durante el periodo de AMLO, y promotora principal de dos de los más importantes programas sociales de vocación universalista que el DF puso en marcha en esos años (la pensión para adultos mayores y el programa de medicamentos y atención médica gratuita), señala que es éticamente inaceptable que quien se enferme no pueda atenderse por falta de recursos y pueda morir o quedar discapacitado. Es el reconocimiento de que todo ser humano tiene el mismo valor.

En 2011, una vez publicada la medición de pobreza del Coneval y del Evalúa DF que mostraban la evolución de la pobreza entre 2008 y 2010, escribí en Economía Moral que,

---

según el Coneval, entre 2008 y 2010 la población nacional con ingreso inferior a la Línea de Bienestar (es decir, lo que debería llamarse pobreza de ingresos) aumentó en tres puntos porcentuales (de 49 a 52 por ciento) y que las carencias sociales promedio que padece la población pobre bajaron de 2.7 a 2.5; ello fue el resultado de la baja en cinco de los seis indicadores y del alza en la carencia de acceso a la alimentación, bajas de las cuales *la más pronunciada es la de salud*, que disminuye nueve puntos porcentuales (de 40.8 a 31.8 por ciento de la población nacional), contra menos de tres puntos en las otras cuatro carencias cuya incidencia también disminuye. Esta evolución fue similar en los medios rural y urbano, destacando la *espectacular caída de la carencia en salud en el medio rural, de 48.2 a 32.2 por ciento, que en sólo dos años se abatió en un tercera parte*, convirtiendo al medio rural mexicano en envidia para los de muchos países desarrollados. La *caída espectacular en la carencia de salud rural se explica casi sólo por la expansión del seguro popular (SP)*, que el Coneval considera como un servicio que satisface las necesidades de atención a la salud de la población, a pesar de que las páginas electrónicas del gobierno federal describen el Seguro Popular señalando que incluye sólo una parte de los problemas de salud y de los tratamientos para atenderlos. [Nota: en las fuentes más recientes del propio Coneval, como en *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*, 2014, la cifra de carenciados en salud se revisó y pasó a ser en 2010 de 29.2 por ciento y no de 31.8 por ciento].

En dicha entrega me interesaba destacar las graves consecuencias de la decisión del Coneval de considerar a una persona inscrita en el SP como no carente en la dimensión de salud. Por eso añadí:

Considerar esto como satisfacción de la necesidad de atención a la salud, como lo hace el Coneval que iguala, en su medición, el Seguro Popular (SP) con el IMSS y el Issste, *significa construir artificialmente la cobertura creciente de la atención a la salud*, contribuyendo así, de manera determinante a abatir los niveles ‘medidos’ de carencias muy por encima de su abatimiento real. Algo similar hizo el Coneval en seguridad social (la segunda reducción en importancia entre las carencias sociales) donde consideró cobertura de seguridad social cualquier transferencia monetaria a adultos mayores, sin importar su monto, pervirtiendo así la relación entre la medición de la pobreza y la política social.

Entre 2010 y 2012 pasa algo similar, la cobertura del SP captada por el Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS) de la ENIGH (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares) pasó de 34.4 a 47.8 millones (incremento espectacular de más de 13 millones en un año), haciendo que la población sin carencia por acceso a servicios de salud bajara de la cifra revisada de 29.2 en 2010 a sólo 21.5 por ciento en 2012, volviendo a ser la carencia social que más bajó, mientras la pobreza por ingresos se mantuvo casi sin cambio. Así, entre 2008 y 2012 (que es todo el periodo para el que se cuenta con mediciones multidimensionales del Coneval) la cobertura del SP captada por el MCS-ENIGH habría pasado de 21.2 a 47.8 millones de personas, y de 19.3 a 40.8 por ciento de la población nacional, mientras la reportada por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS, habría pasado de 27.2 a 52.9 millones. En la página del Inegi se presentan datos más actualizados que llevan esta última cifra a 55.6 millones a junio de 2014. Desde 2012 el SP atendería, según el MCS-ENIGH una población sustancialmente mayor que la

---

atendida por el IMSS (37.6 millones) e incluso mayor que la suma del IMSS y el Issste (44.4 millones).

Un servicio de salud incompleto no puede valorarse de la misma manera que uno completo, como hace el Coneval. En la medición del MMIP (Método de Medición Integrada de la Pobreza), el acceso al Seguro Popular se valúa con una puntuación igual a la mitad de la puntuación del acceso a servicios de salud de IMSS, ISSSTE, Pemex o similares. Con ello, se toma en cuenta dicho acceso y su evolución se refleja en el indicador, pero valorándolo debidamente. Además, para quienes no tienen acceso a servicios de salud públicos, el MMIP toma en cuenta su ingreso para no cometer el error de calificar a un millonario con carencia de acceso a salud por no estar afiliado a ninguna institución, error en que el Coneval incurre. Enfermarse no sólo implica gastos de bolsillo o catastróficos; tiene, además, para alguien económicamente activo, la consecuencia de que se suspende el trabajo y los ingresos derivados de él. Por ello no es totalmente correcto desvincular la atención a la salud del acceso a la seguridad social, ya que en ésta, pero no en el Seguro Popular, se mantiene el flujo de ingresos de la persona enferma. Por estas razones, los resultados del MMIP y del Coneval en medición del acceso a los servicios de salud no se pueden comparar. Sin embargo, véase en la gráfica datos básicos de acceso al Seguro Popular según estratos de pobreza y no pobreza del MMIP.

Entre los múltiples hallazgos que se derivan de la minuciosa investigación que Laurell presenta en el libro ayer presentado en la Fundación Heberto Castillo, destaco lo siguiente: 1) La declaración gubernamental de que se ha logrado la cobertura universal de salud es falsa a la luz de los datos de la ENIGH que muestran que, aun considerando como satisfecha la necesidad de atención a la salud con el Seguro Popular, había 32 por ciento de la población en situación de carencia en salud en 2010 (dato del libro de Laurell; los datos recientes del Coneval dan 29.2 por ciento en 2010 y 21.5 por ciento en 2012). Laurell da como razón del sobre-registro, los incentivos sesgados de los gobiernos estatales que para obtener recursos frescos del SP inflan la afiliación. 2) Los afiliados al SP tienen frecuencias mucho más bajas de atención de consultas, urgencias y hospitalización que los afiliados a otros servicios, lo que se debe relacionar con la afiliación inflada. Esto coincide con el hecho de que una proporción de más del doble no se atiende cuando se siente mal (12.5 por ciento) en el SP que en el IMSS (6.4 por ciento). Lean este excelente libro.

[julioboltvinik.org](http://julioboltvinik.org)

[jbolt@colmex.mx](mailto:jbolt@colmex.mx)