

“Programa Seguro Médico Siglo XXI”: una propuesta de política pública para fortalecer el derecho a la salud de la primera infancia en México ****

“XXI Century Health Insurance Program”: A public policy proposal to strengthen the right to health in early childhood in Mexico

SUMARIO

Introducción. 1. Antecedentes. A. El derecho a la salud como una obligación compleja a cargo del Estado. B. El aseguramiento universal, los primeros pasos de la política pública. 2. El “Seguro Médico Siglo XXI” y el SPSS. 3. Fundamentos y justificación. A. El Seguro Médico desde la perspectiva de los derechos humanos. B. La incorporación del Seguro Médico en el marco del SPSS. Conclusión. Referencias.

* Licenciado en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), doctor en Derecho por la Universidad de Navarra, profesor investigador titular del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Contacto: jose.caballero@cide.edu

** Licenciado en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), máster en Common Law Studies por Georgetown University y candidato a doctor en Derecho por la UNAM; profesor del Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Se ha desempeñado como abogado general de la UNAM y director general de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud. Contacto: moctezuma.gonzalo@gmail.com

*** Abogada de la Escuela Libre de Derecho (ELD), magíster en Derecho Público por la Universidad de Salamanca (USAL), doctora en Estado de Derecho y Buen Gobierno por la misma universidad, profesora investigadora titular del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Contacto: maria.maqueo@cide.edu

**** Recibido el 3 de mayo de 2014, aprobado el 26 de septiembre de 2014.

Para citar el artículo: J. A. CABALLERO JUÁREZ, G. MOCTEZUMA BARRAGÁN y M. S. MAQUEO RAMÍREZ, “Programa Seguro Médico Siglo XXI: Una propuesta de política pública para fortalecer el derecho a la salud de la primera infancia en México”, *Derecho del Estado* n.º 33, Universidad Externado de Colombia, julio-diciembre de 2014, pp. 173-204.

RESUMEN

El presente artículo analiza los fundamentos jurídicos y la operación del “Programa Seguro Médico Siglo XXI”, con el objeto de elaborar una propuesta de política pública que permita fortalecer su integración en el sistema jurídico mexicano. Actualmente su funcionamiento está sujeto a disposiciones regulatorias de carácter anual, como son el Presupuesto de Egresos de la Federación y las Reglas de Operación de los programas que se derivan del mismo. Lo anterior rivaliza con la trascendencia que este Programa supone para dotar de efectividad al derecho constitucional a la protección de la salud y, de manera específica, a los niños en sus primeras etapas de vida. En ese sentido, en este trabajo se establecen las líneas generales que permitan consolidar el funcionamiento del “Seguro Médico Siglo XXI” dentro del Sistema de Protección Social en Salud (también llamado Seguro Popular), a través de su incorporación en la Ley General de Salud.

PALABRAS CLAVE

Derechos sociales, derecho a la salud, política sanitaria, derechos del niño, Seguro Popular.

ABSTRACT

This article analyses the legal basis and the operation of a National Program established in order to guarantee health care of children, titled “XXIst Century Health Insurance”. The objective is to make a public policy proposal to improve the position of the Health Insurance Program in Mexico’s legal system. At the present time, this Program depends on budgetary rules with an annual validity. This situation contradicts the significance of its target, which is precisely the health care of children in their early stages of life and the effectiveness of the fundamental right to health. In that sense, this paper establishes the basis to consolidate this Program through a legal reform and its integration in the Mexican System of Social Protection in Health.

KEYWORDS

Social rights, right to health, health policy, children’s rights, Popular Insurance Scheme.

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA) identificó diversos problemas relacionados con la salud en México. En primer lugar, puso de

manifiesto la inequidad existente y la necesidad de adaptar el sistema para atender padecimientos derivados de los cambios sociales ocurridos en México. En segundo lugar, señaló la heterogeneidad en cuanto a los servicios que se prestan a la población. Finalmente, en tercer lugar, señaló el alto costo enfrentado por las familias con motivo de la enfermedad de uno de sus miembros. El Plan identificó la necesidad de generar políticas públicas capaces de garantizar el acceso de todas las personas a servicios de salud de calidad gratuitos o a un costo no ruinoso para las familias. En particular, destacó 5 objetivos: 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 salud¹.

Uno de los grupos de población objetivo de las primeras acciones planteadas por el Plan fue el de la población que se encontraba fuera de la red de seguridad social. En consecuencia, el planteamiento se orientó hacia la satisfacción de las necesidades de salud de dicho sector poblacional, sin incluir otros aspectos característicos de los sistemas de seguridad social como las pensiones o los seguros por invalidez. La primer expresión tomó forma bajo el nombre de “Programa Salud para Todos”².

Para el año 2006, los retos desde el punto de vista de política pública se identificaron en dos vertientes. El primero buscaba extender la red de servicios a la población en general mediante el esquema de aseguramiento universal y el traslado de fondos federales a las entidades federativas. Es decir, el programa piloto “Programa de Salud para Todos” debía convertirse en un programa permanente de salud, con lo cual empezó a ser conocido como Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular. El segundo consistió en garantizar en la forma más rápida posible una cobertura a los recién nacidos y hasta que tuvieran los 5 años cumplidos³. El objetivo en este caso consistía en reconocer que este segmento de la población enfrenta riesgos a la salud mucho más serios que otros segmentos. Por ello, se optó por generar un programa específico para su atención inmediata.

En este trabajo se analiza el segundo caso, como un programa emergente diseñado para generar resultados inmediatos. El programa tomó como nombre oficial “Programa Seguro Médico Siglo xxi” (también conocido como “Seguro Médico para una Nueva Generación”). Si bien su diseño original lo colocó en un ámbito independiente de la operación del Sistema de Protección Social en

1 Cfr. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos, segunda edición, México, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica, 2006, pp. 19-21.

2 *Ibíd.*, p. 27.

3 Discurso del 1.º de diciembre de 2006 del Presidente FELIPE CALDERÓN HINOJOSA al pueblo mexicano, disponible en [<http://www.eluniversal.com.mx/notas/391513.html>], consultado el 18 de diciembre de 2013.

Salud (SPSS), era previsible su eventual incorporación al mismo. De hecho, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Sectorial de Salud, ambos para el periodo 2007-2012, se concibió como una “vertiente” del SPSS. Además, su operación dependía fundamentalmente, en el ámbito federal, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Sin embargo, desde el punto de vista del desarrollo del “Seguro Médico Siglo XXI” se presentaron divergencias en relación con la operación y alcances del SPSS. Muchas de ellas se encontraban justificadas por las características específicas de la población objetivo del programa, pero otras más parecían rebasar los objetivos iniciales. Este esquema extraordinario y temporal eventualmente asumió también compromisos presupuestales en diversas áreas del sector salud que no estaban originalmente vinculadas con su operación. La temporalidad misma del ámbito de la protección eventualmente sería modificada. De esta manera, el “Seguro Médico Siglo XXI” adquiere una especie de “vida propia” paralela a la del SPSS.

Aunado a lo anterior, desde el punto de vista normativo, las diferencias también se hicieron patentes. Mientras que el SPSS se encuentra desarrollado en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud (en adelante LGS), intitulado “De la Protección Social en Salud”, el “Seguro Médico Siglo XXI” no se contempla de manera expresa en dicho ordenamiento jurídico. De hecho, sus fundamentos jurídicos se encuentran en ciertas disposiciones cuya vigencia tiene un carácter temporal, como son el Plan Nacional de Desarrollo, el Presupuesto de Egresos de la Federación y sus respectivas Reglas de Operación.

Después de siete años de operación en esas condiciones, los retos administrativos no solo pasan por su incorporación a la estructura ordinaria del Seguro Popular sino también por tomar decisiones sobre la definición de sus alcances y el destino de sus compromisos presupuestales. Ello, por supuesto, sujeto a la idea de que su concepción y sus resultados se constituyen en claros instrumentos para dotar de efectividad al derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y, concretamente, para materializar los principios de universalidad y progresividad propios de este derecho fundamental. En este aspecto, la definición de una política pública analizada bajo el tamiz de los derechos fundamentales adquiere una nueva concepción en donde la responsabilidad del Estado para su sostenimiento se ha convertido en una obligación susceptible de ser exigida⁴.

4 Sobre la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales véase VÍCTOR ABRAMOVICH y CHRISTIAN COURTIS. *Los derechos sociales como derechos exigibles. Derecho al trabajo, salud, vivienda, educación y seguridad social*, Madrid, Trotta, 2002; VÍCTOR BAZÁN, “En torno a la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales en los ámbitos interno, interamericano y universal”, en *Memoria del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados*, MIGUEL CARBONELL (coord.), México, UNAM, 2004, pp. 75-143.

Así, las características y la situación del “Seguro Médico Siglo xxi” nos llevan a revisar la manera en que una política pública complementaria a la del aseguramiento universal, pero considerada prioritaria dadas las características de la población objetivo, se debe instrumentar bajo una cobertura institucional paralela a la del Seguro Popular. Para tales efectos es necesario, primero, analizar sus orígenes en el seno de la discusión sobre el aseguramiento universal. Posteriormente se presentan algunas consideraciones sobre el alcance y configuración del “Seguro Médico Siglo xxi”, con el objeto de contrastarlo con algunos elementos esenciales del SPSS. A continuación se ponen de manifiesto sus características operativas. Finalmente, se delinearán algunas alternativas para su regularización.

Cabe decir que la información que a continuación presentamos obedece al análisis de la normatividad internacional y nacional en la materia, así como a los resultados obtenidos en el marco de un proyecto de investigación relativo a la transformación y consolidación de la protección social en salud, realizado por encargo de la Secretaría Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. No obstante, es debido advertir que el contenido de este artículo, como las opiniones y comentarios que se emitan en el mismo, son responsabilidad exclusiva de los autores.

1. ANTECEDENTES

A. El derecho a la salud como una obligación compleja a cargo del Estado

Desde el año de 1976, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas instituyó el año de 1979 como “Año Internacional del Niño”, con la finalidad de atender a los menores en todos los campos a nivel mundial. Como consecuencia natural de esta declaratoria se incorporó en nuestro texto constitucional el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. Sin embargo, el cumplimiento de la obligación correlativa a ese derecho, recayó fundamentalmente en los padres⁵.

Por otra parte, en consonancia con la actividad de nuestro país en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nuevamente se modificaría el artículo cuarto constitucional, ahora para establecer de manera expresa “el derecho a la protección de la salud”⁶.

A partir de este momento se hizo necesario establecer la forma de acceder a los servicios de salud y las condiciones bajo las cuales lograría material-

5 Decreto por el que se adiciona un tercer párrafo al artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de marzo de 1980.

6 Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado el 3 de febrero de 1983.

zarse el derecho a la protección de la salud. Así, en 1984, un año después de la citada reforma constitucional, se expediría, el 7 de febrero de 1984, la Ley reglamentaria del derecho a la protección de la salud, la cual dispondría en su artículo 3.º, fracción IV, que la atención materno-infantil sería considerada materia de salubridad general, por su trascendencia en la salud de la República.

No fue sino hasta casi dos décadas después que la Suprema Corte de Justicia de la Nación se aventuró a definir el derecho fundamental a la protección de la salud, reconociendo de manera expresa su carácter de derecho público subjetivo y, con ello, dejando atrás su posible conceptualización como un derecho social programático, prestacional o como mero principio constitucional. Así, la Corte sentó una tesis jurisprudencial que marcaría un partaguas en las discusiones sobre el alcance y contenido del derecho a la salud:

SALUD, EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4.º CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS. [...] [que] el derecho a la protección de la salud, tiene entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; que son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud⁷.

Esta resolución judicial, pronunciada unánimemente por nuestro alto tribunal, confirmaría “la hipótesis doctrinaria esgrimida por estudiosos del derecho que no admiten los argumentos en contra de la exigibilidad de los derechos sociales”⁸. Además, vendría a activar el sistema de salud pública en cuanto al alcance de la prestación de servicios de atención médica. Así pues, podemos considerar que esta tesis sería un claro incentivo para idear un mecanismo que garantizara el acceso universal a los servicios de salud de la población abierta, mediante intervenciones y medicamentos previamente especificados.

7 Tesis aislada P. XIX/2000, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, t. XI, marzo de 2000, M.P.: MARIANO AZUELA GUTIÉRROZ, p. 112.

8 GONZALO MOCTEZUMA BARRAGÁN. “Garantía constitucional a la protección de la salud. Defensa jurisdiccional”, en *La Ciencia del Derecho Procesal*, EDUARDO FERRER MAC-GREGOR y ARTURO ZALDIVAR LELO DE LARREA (coords.), México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2008, pp. 686 y 687.

B. El aseguramiento universal, los primeros pasos de la política pública

En este contexto se intensificaron las acciones del Ejecutivo Federal para identificar los principales problemas y retos que afrontaba el sistema de salud en México. Sin duda uno de ellos consistía en la situación de desprotección de la llamada “población abierta”, esto es, la que carece de mecanismos de seguridad social y que difícilmente tiene la posibilidad de adoptar esquemas de prepago privado (ofrecidos por las compañías aseguradoras y los fondos mutualistas de seguros). De tal forma que la llamada población abierta era susceptible de incurrir en elevados gastos de bolsillo ante la eventualidad de una enfermedad. Como afirman Frenk et al., “este tipo de segregación ocupacional era incompatible con la idea de que el acceso a la atención médica es un derecho humano, según lo estipula el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”⁹. De ahí que fuera necesario adoptar nuevos esquemas que permitieran hacer efectiva “la garantía del ejercicio universal del derecho a los servicios de salud, a través de la promoción del acceso a la atención médica sin discriminación”¹⁰.

Así, en el año 2001 se dio inicio a un programa piloto denominado “Programa Salud para Todos”, conocido comúnmente como “Seguro Popular de Salud”, destinado a permitir la implementación de medidas encaminadas a establecer un mecanismo de protección financiera en salud para la población abierta. Este programa tendría como objetivos: (a) brindar protección financiera a la población que careciera de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud; (b) crear una cultura de prepago anticipado entre los beneficiarios¹¹, y (c) disminuir el número de familias que se empobrecían anualmente al enfrentar gastos en salud¹².

9 JULIO FRENK, EDUARDO GONZÁLEZ PIER, OCTAVIO GÓMEZ DANTÉS, MIGUEL ÁNGEL LEZANA y FELICIA MARIE KNAUL, “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México”, *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 1 de 2007, p. 27.

10 *Ibíd.*

11 En sus orígenes, el SPSS pretendría introducir los principios propios del “aseguramiento”, en especial mediante la reducción del gasto de bolsillo a través de esquemas de prepago para la filiación que evitaran el empobrecimiento de la población asociado al padecimiento de una enfermedad (cfr. JASON M. LAKIN, “The End of Insurance? Mexico’s Seguro Popular, 2001-2007”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 35, n.º 3, June, 2010, pp. 315 y 316). No obstante, dada su posterior configuración, el SPSS, y con ello tanto el Seguro Popular como el “Seguro Médico Siglo XXI”, se distanciaron del esquema propio del aseguramiento, toda vez que el mayor número de sus afiliados está exento de cubrir cuotas específicas para su afiliación, además de que su incorporación al Sistema no está sujeta al riesgo de padecer alguna enfermedad. De tal forma que, a pesar del nombre que recibe tanto el Seguro Popular como el “Seguro Médico Siglo XXI”, los servicios de atención médica no están sujetos a la lógica convencional de los esquemas de aseguramiento privado.

12 EDUARDO GONZÁLEZ PIER, MARIANA BARRAZA LLORÉNS, CRISTINA GUTIÉRREZ DELGADO y ARMANDO VARGAS PALACIOS (coords.), *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos con-*

Estos serían los primeros pasos hasta llegar a la incorporación del SPSS en la Ley General de Salud¹³, a través de la adición de un Título Tercero Bis, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003. Este Sistema tendría, desde su origen, un carácter gradual con metas y objetivos específicos destinados a alcanzar una cobertura universal programada hacia diez años¹⁴. El aseguramiento universal se realizaría fundamentalmente a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (creados para tales efectos en cada entidad federativa) y bajo la definición federal de las intervenciones cubiertas, explícitas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y, tratándose de enfermedades de alto costo, en el Catálogo del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Además, contaría con un financiamiento tripartito (por parte de la Federación, las entidades federativas y los propios beneficiarios).

Si bien este esquema constituiría el principal basamento del SPSS (conocido coloquialmente como Seguro Popular), su implementación y su cobertura universal tomarían cierto tiempo. De tal forma que el gobierno federal estableció como objetivo inmediato garantizar a los infantes el acceso a los servicios de salud. Si bien esta acción cabía perfectamente dentro de los objetivos del aseguramiento universal, no era posible esperar a la expansión natural de dicho proyecto, por lo que se entendió necesario intervenir específicamente para atender a este grupo vulnerable de la población¹⁵. Debido a esta razón, el “Seguro Médico Siglo XXI”¹⁶ (antes denominado “Seguro Médico para una Nueva Generación”) nace como un programa paralelo y subsidiario al Seguro Popular, pero con capacidad y objetivos distintos y con la necesidad de dar resultados en el corto plazo¹⁷.

ceptuales, financieros y operativos”, 2.^a ed., México, Secretaría de Salud, FUNSALUD, INSP y el FCE, 2006, p. 27.

13 Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003.

14 Sobre los antecedentes del Sistema de Protección Social en Salud cfr.: EMMANUELA GAKIDOU, *et al.*, “Assessing the effect of the 2001-06 Mexican Health reform: An interim report card”, *The Lancet*, Series Health System Reform in Mexico 5, vol. 368, November, 2006, p. 1920 ss.; SILVIA TAMEZ-GONZÁLEZ y CATALINA EIBENSCHUTZ, “El Seguro Popular en México: pieza clave de la inequidad en salud”, *Revista de Salud Pública*, vol. 10, suplemento 1, diciembre, 2008, Bogotá, pp. 138 ss.

15 En su discurso del 1.º de diciembre de 2006 en el Auditorio Nacional y en la Salutación a las Fuerzas Armadas del Estado Mexicano, el Presidente Felipe Calderón intruyó a su gabinete social “a poner en práctica cuanto antes un programa orientado a que los niños mexicanos, todos los niños que nazcan a partir de hoy, 1.º de diciembre en el territorio nacional, cuenten con un seguro médico que proteja eficazmente a su salud”: *El Universal*, 4 de diciembre de 2006, disponible en [<http://www.eluniversal.com.mx/notas/391796.html>].

16 El Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2013, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2012, introduce la nueva denominación de “Seguro Médico Siglo XXI”, y lo sitúa dentro de los programas comprendidos en el Ramo 12 Salud.

17 “Durante los últimos años, el número de beneficios financiados con recursos públicos

Así, este Programa (en adelante, Seguro Médico)¹⁸ se crea mediante el “Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2007.

Cabe decir que el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 ya preveía la creación de dicho Programa como una “vertiente” del Sistema de Protección Social en Salud¹⁹. Textualmente en este se establecía:

La cobertura universal de los servicios de salud es un objetivo que puede tardar varios años en conseguirse. Pero hay que empezar por donde más se necesita. Los niños son el futuro de nuestro país; garantizar desde ahora su desarrollo saludable es compromiso del Gobierno de la República.

Por eso se ha garantizado *la cobertura completa y de por vida*²⁰ en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1.º de diciembre de 2006, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, que es una vertiente del Seguro Popular que se impulsará prioritariamente.

A través del Seguro Médico para una Nueva Generación, todos los niños tendrán derecho a un seguro médico que cubra 100% de los servicios médicos que se prestan en los centros de salud de primer nivel y 95% de las acciones hospitalarias, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos.

Con éste y otros programas los recién nacidos estarán protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, sobre todo en el primer mes, que es cuando ocurre el mayor número de muertes en la infancia.

ha aumentado de manera sostenida. Además de los programas de transferencias de efectivo, de atención médica y otros [...], recientemente se crearon el Seguro Médico para una Nueva Generación —que otorga acceso a la salud a todos los individuos nacidos después del primero de diciembre de 2006—, más otros programas que ofrecen pensiones no contributivas a personas de la tercera edad que habitan en áreas rurales”: Centro de Estudios Espinosa Yglesias, *El México del 2012. Reformas a la Hacienda Pública y al Sistema de Protección Social*, México, 2012, p. 139.

18 Utilizaremos el término “Seguro Médico” para referirnos indistintamente al “Seguro Médico Siglo XXI” o al “Seguro Médico para una Nueva Generación”, por considerar que aun cuando cambia su denominación el objeto de estudio es el mismo.

19 Ubicado en el Eje 3, Igualdad de Oportunidades, Subapartado 3.2, Salud, Objetivo 7, Estrategia 7.2 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

20 Resaltado nuestro.

Así surge el Seguro Médico, dirigido a la atención de la salud de los niños en su primera infancia, siempre que no sean beneficiarios de otras instituciones de aseguramiento social²¹. Si bien en origen su alcance y cobertura pretendía tener un carácter amplísimo, no solo por incluir subsidiariamente todas aquellas intervenciones no previstas en el CAUSES y en el FPGC, sino por la continuidad en la atención (“de por vida”) manifiesta en el Plan Nacional de Desarrollo; lo cierto es que su propio diseño normativo lo acabó sujetando anualmente a los vaivenes de la política nacional. Por una parte, la existencia del Seguro Médico depende de su previsión en el Presupuesto de Egresos de la Federación y, por la otra, su configuración y alcance se especifica a través de sus Reglas de Operación, en las cuales, aunque sea formalmente, se anexa un Catálogo de padecimientos cubiertos. De ahí que desde su nacimiento en el año 2007 hasta la fecha, el alcance de su cobertura haya sido modificado en reiteradas ocasiones.

A continuación veamos en líneas generales cuáles han sido las principales características de este Programa y su posicionamiento frente al SPSS.

2. EL “SEGURO MÉDICO SIGLO XXI” Y EL SPSS

A pesar de que el Seguro Médico suele situarse dentro del SPSS, como se constata en su previsión original dentro del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud, ambos para el periodo 2007-2012, presenta diferencias sustanciales que hacen de este programa un mecanismo para la atención de un sector de la población específico, con una cobertura más amplia y con recursos que tienen una fuente de financiamiento, administración y ejecución diferenciada del SPSS. Veamos de manera sistemática sus principales diferencias y puntos de encuentro en atención al análisis de su régimen normativo.

a. Objetivos. De conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, tanto el SPSS como el Seguro Médico se enmarcaban dentro del Eje 3, Igualdad de Oportunidades, subapartado 3.2, Salud, Objetivo 7, relativo a evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. En términos del citado Plan Nacional de Desarrollo, en este rubro se planteaba el acceso a la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación tanto al Seguro Popular como a otros programas para no asegurados de que dispone la Secretaría de Salud, como es el caso del Seguro Médico.

21 Las primeras Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2009, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 2008. Actualmente su régimen vigente se encuentra en el “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2014”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 2014.

Por lo que se refiere a este Objetivo 7, el citado Plan establecía diversas estrategias, entre las que cabe destacar: (1) la consolidación de un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad (estrategia 7.1); (2) la consolidación de la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños (estrategia 7.2), y (3) la consolidación del financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial, denominado Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (estrategia 7.3).

Mientras que esta última estrategia actualmente se encuentra prevista dentro del SPSS en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, en el que se hace referencia a la constitución de un fondo, el cual se administra a través de un fideicomiso constituido por la Secretaría de Salud, con recursos provenientes tanto de la cuota social como de las aportaciones solidarias²²; el Seguro Médico, relacionado con la estrategia 7.2, no se contempla en la Ley. La explicación, más que atender a cuestiones de fondo, pudiera encontrarse en las diferencias temporales de su creación, toda vez que mientras el FPGC estuvo considerado en el diseño original del SPSS durante la gestión del Presidente Vicente Fox, el Seguro Médico se introdujo solo en el año 2007, ya bajo la administración del Presidente FELIPE CALDERÓN.

Ahora bien, en cuanto a los objetivos específicos del Seguro Médico, la citada estrategia 7.2 del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 establecía una “cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006”. Además, en la misma estrategia se establecía que “a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, todos los niños tendrán derecho a un seguro médico que cubra 100% de los servicios médicos que se presentan en los centros de salud de primer nivel y 95% de las acciones hospitalarias, así como los medicamentos asociados, consultas y tratamientos”. De tal forma que, en términos de la propia estrategia 7.2, “los recién nacidos estarán protegidos de los principales padecimientos

22 El fideicomiso constituido por la Secretaría de Salud se integra con un 11% de los recursos provenientes del Sistema de Protección Social en Salud, esto es, de los recursos obtenidos de las cuotas sociales y las aportaciones solidarias. De ese porcentaje, el 8% corresponde al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, de tal forma que se destina a cubrir “preferentemente a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud”, las enfermedades de alto costo comprendidas en un Catálogo emitido por el Consejo General de Salubridad para tales efectos. El 3% restante del fideicomiso corresponde al Fondo de Previsión Presupuestal, que tiene por objeto atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, así como atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, al igual que los ajustes necesarios por la prestación interestatal de servicios dentro del esquema de referencias y contrarreferencias. Al respecto, cfr. los artículos 77 bis 29 y 77 bis 18 de la Ley General de Salud.

que se presentan en los primeros cinco años de vida, sobre todo en el primer mes, que es cuando ocurre el mayor número de muertes en la infancia”.

En congruencia con lo anterior, las Reglas de Operación del Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2012, establecían como objetivo específico la atención de la población nacida a partir del 1.º de diciembre de 2006, que no sea derechohabiente de alguna institución de seguridad social (lineamiento 3.2.), ni tenga la posibilidad de acceso a los servicios de salud de alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del Seguro Médico (lineamiento 4.1.). Este objetivo específico, bajo las Reglas de Operación del “Seguro Médico Siglo xxi” para el Ejercicio Fiscal 2014, permanece hasta la actualidad, aun cuando ya no se hace alusión a los niños nacidos a partir del 1.º de diciembre de 2006 y su ámbito de aplicación se dirige exclusivamente a los niños menores de cinco años de edad²³.

Así, el objetivo específico del Seguro Médico permite atender de manera concreta otros objetivos del Sistema Nacional de Salud relacionados específicamente con la niñez en sus primeras etapas de vida, tales como la disminución de las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años, la atención y prevención de problemas de desnutrición, la vacunación universal, la muerte de cuna, así como de otras enfermedades cuyo padecimiento se presenta con mayor frecuencia y peligrosidad en los pequeños.

Lo anterior significa que el Seguro Médico no solo adopta una cobertura más amplia de padecimientos que la comprendida en el SPSS, sino que además está focalizado en la atención de la salud de los niños durante su primera infancia. Sin embargo, muchas de estas actividades rebasan el ámbito de riesgo de la población menor a los cinco años. Los fondos que se canalizan por la vía del Seguro Médico “subsidian” otros programas y actividades del Estdo orientadas a cuestiones más amplias de protección de la salud.

b. Beneficiarios. De conformidad con la Ley General de Salud, todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al SPSS siempre que satisfagan los criterios de elegibilidad establecidos por la propia Ley. En términos generales, pueden ser beneficiarios del Sistema todas aquellas personas o familias, residentes en territorio nacional, que no sean derechohabientes de

23 Las Reglas de Operación del “Programa Seguro Médico Siglo xxi” para el Ejercicio Fiscal 2014 establecen, en su numeral 3.1, que tendrá como objetivo general: “Financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud”. Asimismo, en su numeral 3.2 señalan como su objetivo específico: “Otomar el financiamiento para que la población menor de cinco años cuente con un esquema de aseguramiento en salud de cobertura amplia, complementaria a la contenida en CAUSES y FPGC”. Esto es, complementaria a los catálogos del Seguro Popular y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud²⁴.

Por lo que se refiere al programa Seguro Médico, los requisitos de elegibilidad para ser beneficiario del mismo se establecen en sus Reglas de Operación. El lineamiento 4.3 de las Reglas de Operación para el Ejercicio Fiscal 2014 establece que para ser elegibles, los niños deberán: a) Ser residentes en el territorio nacional; b) Ser menor de cinco años de edad, y c) No ser derechohabientes de la seguridad social o contar con algún otro mecanismo de previsión social en salud. Asimismo, el lineamiento 4.4 de las citadas Reglas de Operación establece los mecanismos de afiliación del menor y de su familia, lo que conlleva que “los demás integrantes de la familia deberán cumplir con los requisitos para ser beneficiarios del Sistema, establecidos en el artículo 77 bis 7 de la Ley General de Salud, así como en el Capítulo II del Título Tercero del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud”.

Cabe advertir que las Reglas de Operación de este programa han presentado importantes cambios. Hasta el año 2009 se establecía que el Seguro Médico incluía a los niños nacidos a partir del 1.º de diciembre de 2006 y hasta que alcanzaran los 5 años de edad (lineamiento 4.3). En 2010 se suprimió este fraseo, y en su lugar quedó una referencia que no aludía a una edad límite en particular. Al respecto cabe observar que si bien el límite de edad para los beneficiarios del Seguro Médico previsto en las Reglas de Operación de ejercicios fiscales anteriores no se ajustaba a lo dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en relación con el Objetivo 7 del Eje 3, Igualdad de Oportunidades, que establecía “la cobertura completa y *de por vida* en servicios de salud a los niños nacidos a partir del 1.º de diciembre de 2006, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación”, ello no representaba ningún problema hasta hace poco tiempo, puesto que para 2009, 2010 y prácticamente todo 2011 (hasta el 1.º de diciembre) los beneficiarios del Seguro Médico eran menores de edad.

No obstante, con las nuevas Reglas de Operación, vigentes para el Ejercicio Fiscal 2013 y ahora 2014, se reintroduce el límite de cinco años.

Esta diferenciación en el tratamiento de edades dentro del esquema del Seguro Médico plantea la interrogante sobre cuál debe ser la edad conveniente para gozar de los beneficios que este conlleva.

Al respecto es preciso considerar que las condiciones de salud durante los primeros años de vida son determinantes para garantizar un pleno crecimiento y desarrollo de la persona hasta edades avanzadas. Esta etapa resulta fundamental para determinar las condiciones físicas y emocionales del ser humano durante toda su vida. Además, la posición vulnerable de los niños

24 Cfr. arts. 77 bis 1, 77 bis 3, 77 bis 4, 77 bis 7 y 77 bis 8 de la Ley General de Salud.

durante la primera infancia es mayor tanto por su dependencia hacia los adultos responsables de su cuidado y bienestar como por la susceptibilidad a contraer ciertas enfermedades que en esos primeros años presentan un alto riesgo de mortalidad. De tal forma que el problema reside no en determinar una cobertura reforzada para la “primera infancia” (claramente diferenciada de la pubertad y la adolescencia), sino en definir qué edad debe ser considerada como tal.

Cabe decir que la edad límite de cinco años es consistente con la doctrina en materia de salud pública, así como con las prácticas recomendadas desde el punto de vista de los organismos internacionales. Baste recordar la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño²⁵ (con su Programa y su Plan de Acción), en la cual los Estados Partes se comprometen a la adopción de constantes medidas para mejorar las condiciones de salud, fomentar la atención prenatal y reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años²⁶. Así, los índices de mortalidad infantil se establecen dentro de un rango que comprende de los 0 a los 5 años. Bajo este mismo criterio de los primeros cinco años se pronuncia el Objetivo 4, relativo a reducir la mortalidad infantil, correspondiente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Declaración aprobada en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000²⁷.

Así las cosas, podemos concluir que el límite de hasta cinco años de edad constituye un techo mínimo de protección reforzada en materia de salud dirigida a la primera infancia que se ajusta a los estándares establecidos tanto a nivel nacional como internacional respecto de los índices de reducción de mortalidad y de mortalidad infantil, la atención materno infantil, el control de enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas, la desnutrición y otras enfermedades que son especialmente graves en los niños menores de cinco años. Todo lo

25 La Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño fue suscrita en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, el día 30 de septiembre de 1990, en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, promovida por varios jefes de Estado, entre ellos, el de México, con el objetivo de definir compromisos de acción para instrumentar la Convención sobre los Derechos del Niño, cuya vigencia a nivel internacional había iniciado el 2 de septiembre de ese mismo año.

26 “El documento, único en su género, plantea los imperativos de propiciar más y mejores oportunidades de supervivencia a todos los niños, afirma categóricamente la inaceptabilidad de las muertes evitables durante la infancia, enfatiza la equidad en la prestación de los servicios y propone un enfoque integral con atención similar a las acciones médicas, a la elevación del nivel educativo, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria y a la atención de los niños que viven en circunstancias especialmente difíciles”: KUMATE RODRÍGUEZ, JESÚS, “Cumbre Mundial a favor de la Infancia”, *Revista Examen: 50 años de Salud Pública en México*, núm. 53, 1993, p. 5.

27 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio están disponibles en [http://www.onu.org.mx/objetivos_de_desarrollo_del_milenio.html], consulta realizada el 18 de noviembre de 2013.

cual no es óbice para extender este límite si la disponibilidad presupuestaria así lo permite.

Un aspecto íntimamente relacionado con lo anterior hace referencia a la continuidad de la prestación de servicios de salud cuando el menor afiliado al Seguro Médico padece de una afección que requiere de un tratamiento a largo plazo. Bajo este supuesto, el menor de edad que recibe la atención médica requerida y los medicamentos asociados no podría verse privado de dicha atención por el hecho de rebasar el límite de edad previamente especificado. De lo contrario, el derecho concedido a través del programa tendría un carácter regresivo, contrario a la propia naturaleza fundamental del derecho a la salud.

Otro aspecto que merece especial atención en cuanto a los criterios de elegibilidad para constituirse en beneficiario del Seguro Médico consiste en la exigencia de la nacionalidad mexicana (lineamiento 4.3 de las Reglas de Operación para el Ejercicio Fiscal 2014). Esta limitación implica la exclusión de los menores extranjeros residentes en nuestro país.

Al respecto, es de subrayar que nuestra Norma Fundamental establece en el artículo 1.º, primer párrafo: “En los Estados Unidos Mexicanos *todas las personas* gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece...”. De tal forma que siendo el derecho a la protección de la salud un derecho fundamental y el SPSS un vehículo para su eficacia, el Seguro Médico debería comprender también a los extranjeros.

Ahora bien, no obstante las diferencias que se podrían presentar entre el SPSS y el Seguro Médico dada la especificidad de los beneficiarios de este último, esto es, la niñez en sus etapas más tempranas, lo cierto es que para gozar de los beneficios que provee el Seguro Médico es necesaria la afiliación previa del menor y de su familia al SPSS. De tal forma que los beneficiarios del programa son, a su vez, beneficiarios del Sistema. Evidentemente esta situación resulta congruente con la idea de que el Seguro Médico es una vertiente del SPSS.

c. Prestadores de servicios. El SPSS contempla o posibilita la participación de una gran diversidad de prestadores de servicios.

Por una parte, se encuentran los establecimientos dependientes de los Servicios Estatales de Salud (SESA), en los cuales la prestación se realiza de forma directa por parte de las entidades federativas. Su participación, a pesar de constituir una parte fundamental del Sistema, está formalizada a través de la celebración de convenios de gestión (que adoptan la forma de acuerdos internos). También participan en la prestación de servicios de salud del Sistema algunas instituciones o establecimientos independientes de los

SESA, que forman parte del Sistema Nacional de Salud y que han celebrado algún convenio de colaboración para tal efecto. De igual forma participan instituciones o establecimientos que dependen de un Régimen Estatal de Protección Social Salud diverso al de la entidad federativa en la que reside el beneficiario del sistema. Este supuesto hace referencia al cumplimiento de los convenios de colaboración y coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica que celebran las diversas entidades federativas entre sí y la Secretaría de Salud. Finalmente tenemos instituciones o establecimientos de carácter federal que prestan directamente ciertos servicios de alta especialidad. Estos dependen directamente de la Secretaría de Salud o, en su caso, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otros²⁸.

Así, como puede observarse, en la prestación de servicios de atención médica y hospitalaria participan tanto instituciones de carácter público, sea estatales o federales, como instituciones privadas. Pero en cualquier caso requieren de la previa acreditación de calidad de los servicios, la cual se otorga a nivel federal²⁹.

Ahora bien, por lo que se refiere concretamente al Seguro Médico, cabe observar que los prestadores de servicios no necesariamente coinciden con aquellos que participan en el SPSS. Si bien los servicios a sus beneficiarios pueden ser prestados por unidades médicas de los SESA, es factible la celebración de convenios de colaboración para la atención de los beneficiarios del Seguro Médico, esto es, con referencia exclusiva a este programa, con otras instituciones tales como el IMSS (sea en su régimen obligatorio o con el IMSS-Oportunidades) o el ISSSTE. Además, el tratamiento que se le otorga a las instituciones de salud privadas también se encuentra diferenciado del SPSS. De hecho, las Reglas de Operación del Seguro Médico para el Ejercicio Fiscal 2014 establecen requisitos adicionales para la participación del sector privado, de tal forma que estos solo pueden prestar servicios en salud a los beneficiarios del Seguro Médico “en casos justificados por ausencia de algún otro proveedor público del Sistema Nacional de Salud, o por problemas de capacidad de atención” (lineamiento 5.2 de las citadas Reglas de Operación).

28 Como se afirma en JULIO FRENK, *et al.*, “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México”, *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 1 de 2007, p. 30: “Los servicios para los afiliados al Seguro Popular se contratan en su mayor parte, pero no exclusivamente, con prestadores públicos que predominantemente forman parte de las 32 secretarías estatales de salud”.

29 Un desarrollo más detallado sobre los diversos prestadores de servicios de salud del Sistema de Protección Social en Salud en MARÍA SOLANGE MAQUEO, “El Seguro Popular. Una política pública compleja y difusa pero acertada”, en RICARDO SEPÚLVEDA IGUÍÑIZ (coord.), *Derechos Humanos. Obra Jurídica Enciclopédica en Homenaje a la Escuela Libre de Derecho*, México, Escuela Libre de Derecho, 2012.

No obstante, tal diferenciación no es óbice para que también sea necesaria la acreditación de calidad de los servicios prestados.

De esta forma, la inclusión del sector privado en la prestación de servicios de salud es asimétrica entre el SPSS propiamente dicho y el Seguro Médico, en el cual se torna más difícil dados los requisitos adicionales a los que ya nos hemos referido.

d. Mecanismos de financiamiento. En términos generales, el SPSS está financiado tanto por la Federación, los estados y el Distrito Federal, como por los beneficiarios del Sistema no sujetos a un régimen de exención de pagos. Así, el esquema de financiamiento que adopta el SPSS tiene un carácter tripartito:

(1) La Federación cubre de manera anual una “cuota social” por cada persona afiliada al Sistema, la cual es equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. Esta cantidad se actualiza anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (art. 77 bis 12 de la Ley General de Salud).

Esta cuota social deviene del presupuesto que se asigna al Seguro Popular a través del Presupuesto de Egresos de la Federación en el Ramo 12, correspondiente a Salud.

(2) Por otra parte, tanto la Federación como las entidades federativas efectúan las llamadas “aportaciones solidarias” por persona beneficiaria. Mientras que a dichas entidades les corresponde aportar como mínimo el equivalente a la mitad de la cuota social por persona, a la Federación le corresponde aportar al menos una y media veces el monto de la cuota social (art. 77 bis 13 de la Ley General de Salud).

Cabe advertir que las aportaciones solidarias que realiza la Federación corresponden a la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P). En otras palabras, se ubican dentro del Ramo General 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación, correspondiente a las Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios.

(3) Finalmente, en tercer lugar, se encuentran las “cuotas familiares”, correspondientes a las aportaciones que realizan los propios beneficiarios del SPSS, determinadas con base en sus condiciones socioeconómicas. No obstante, cabe decir que el ingreso que recibe el Sistema por este concepto es mínimo, si tomamos en consideración que los primeros deciles de ingreso se encuentran exceptuados de su pago, esto es, bajo un “régimen no contributivo”³⁰.

De los recursos que se obtienen de la cuota social y las aportaciones solidarias federales, se destina un 11% a la creación de diversos fondos etiquetados, de los cuales el 8% corresponde al FPGC y el 3% al Fondo de

30 Sobre el régimen de excepción de las cuotas familiares y su proceso evolutivo cfr. MAQUEO, ob. cit., 2012.

Previsión Presupuestal. Al respecto, cabe advertir que ambos fondos se integran dentro del SPSS. Sin embargo, llama la atención que el primero de ellos no está dirigido de manera exclusiva a los propios beneficiarios. En términos de la Ley General de Salud, dicho Fondo tendrá como objetivo “apoyar el financiamiento de la atención principalmente de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud que sufran enfermedades de alto costo de las que provocan gastos catastróficos” (art. 77 bis 29). De tal forma que en términos de la Ley es posible brindar este servicio aun a aquellas personas que no son derechohabientes del SPSS.

Por su parte, el “Seguro Médico Siglo XXI” adquiere un esquema de financiamiento diferenciado. Se trata de un programa federal, público y de afiliación voluntaria, cuyo costo es cubierto mediante un “subsidio federal” proveniente de recursos fiscales autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, que complementan los recursos que las entidades federativas reciben de la Federación vía Ramo 12 y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud del Ramo 33, destinados a la prestación de servicios médicos (lineamiento 5.3 de las Reglas de Operación para el Ejercicio Fiscal 2014).

En este sentido, el carácter exclusivamente federal del Seguro Médico se diferencia abiertamente del esquema de financiamiento tripartito del SPSS, el cual, como hemos visto, está financiado “de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios” (art. 77 bis 11 de la Ley General de Salud).

Hay que decir de manera adicional que para el financiamiento de los servicios el Seguro Médico parte de una cápita por el número de niños afiliados³¹.

Adicionalmente, las citadas Reglas de Operación del Seguro Médico establecen los diversos conceptos de gasto establecidos para este Programa. Dichos conceptos son los que a continuación se indican:

(a) *Apoyos económicos a los Servicios Estatales de Salud por incremento en la demanda de servicios*. Actualmente este apoyo equivale al monto de 210 pesos anuales por una sola vez por cada niño “mexicano” “menor de cinco años” que se afilie al programa y, por ende, al SPSS (lineamiento 5.3.1). En los

31 Si bien el financiamiento puede tomar como base las unicades por capitación para su cobertura, lo cierto es que ello no está exento de posibles críticas si se toma en consideración, de manera adicional, la calidad del servicio que se pretende prestar. Como advierte JORGE IVÁN GONZÁLEZ en relación con la cobertura y calidad de los servicios de educación, lo que es trasladable a los servicios de salud, “[c]uando únicamente se considera la cobertura, es factible que los costos de introducir un niño adicional al sistema educativo sea cada vez menor. [...] Pero este proceso tiene un límite. [...] Sin duda, en el primer momento los costos marginales disminuyen, pero después los costos empiezan a ser marginalmente crecientes. [...] Frente a los costos crecientes, no hay más alternativa que recurrir a los impuestos. La riqueza de la sociedad es la fuente última de financiación”: disponible en [http://universidad.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=3073:costos-y-financiacion-de-la-educacion-superior&catid=36:ensayos-acadcos&Itemid=81], consulta realizada el 9 de septiembre de 2014.

inicios del Programa, la cápita era proporcional a la vigencia del derecho de los afiliados, de tal forma que si los niños se afiliaban al Sistema en el mes de enero, la entidad federativa en la que residieran los beneficiarios recibía por cada niño nuevo afiliado y por única ocasión una cápita equivalente a 210 pesos. Sin embargo, si la afiliación se realizaba con posterioridad al mes de enero, el monto de la cápita se iba reduciendo de manera progresiva. Finalmente esta disposición se modificó para asignar un monto equivalente a 210 pesos por cada niño nuevo afiliado sin importar la fecha de afiliación. Esta cápita se transfiere a las diversas entidades federativas para que estas a su vez la utilicen en los rubros de gasto que se especifican en los convenios de coordinación respectivos.

(b) *Apoyos económicos para el pago de intervenciones cubiertas por el “Seguro Médico Siglo XXI”*. Se trata de las transferencias de recursos que se realizan a los prestadores de los servicios que ampara el Programa, esto es, aquellos servicios que no están contemplados en el CAUSES o en el FPGC del SPSS. En términos de las propias Reglas de Operación, “estas acciones se cubrirán mediante el reembolso de cada intervención realizada a los beneficiarios del SMSXXI y procederá para eventos terminados, es decir, padecimientos que han sido resueltos, salvo aquellos que ameritan tratamiento de continuidad” (lineamiento 5.3.2).

(c) *Apoyos económicos para el pago por prestación de servicios no otorgados por los SESA*. Este concepto está dirigido a cubrir los servicios de salud que presten las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud en aquellas localidades en las que no existen unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud y previa celebración de los convenios respectivos (lineamiento 5.3.3).

Bajo este esquema se encuentra la prestación de servicios con cargo al presupuesto del Seguro Médico que realizan el IMSS y el ISSSTE.

(d) *Apoyos económicos para la realización de tamizaje auditivo, para la detección de niños con hipoacusia*. Al igual que en el caso anterior, los equipos que se adquieran para la realización de tamizaje auditivo no necesariamente están dirigidos a la atención de la población afiliada al Sistema y concretamente al Seguro Médico (lineamiento 5.3.4).

(e) *Apoyos económicos para la adquisición de implantes cocleares para niños con diagnóstico de hipoacusia severa y profunda*. Este apoyo hace referencia a los recursos del Seguro Médico que se utilizan para la adquisición de implantes cocleares (lineamiento 5.3.5).

(f) *Apoyos económicos para efectuar la capacitación en el Marco del Fortalecimiento de Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud*. Al igual que la cápita equivalente a 210 pesos por cada niño afiliado por primera vez, constituye un apoyo que se transfiere directamente a los Servicios Estatales de Salud, para que estos lleven a cabo dichos Talleres Comunitarios (lineamiento 5.3.6). Si bien se trata de un apoyo económico directamente

relacionado con el cuidado materno-infantil, lo cierto es que tampoco está dirigido con exclusividad a los beneficiarios del SPSS.

(g) *Apoyos económicos para el equipamiento de Bancos de Leche Humana*. En este caso la transferencia de recursos se realiza al Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) para que sea este quien disponga lo necesario para el equipamiento de los Bancos de Leche Humana (lineamiento 5.3.7). Así, nuevamente estamos ante un caso que si bien se relaciona con el cuidado y atención de la salud infantil, no necesariamente está dirigido a los beneficiarios del Seguro Médico.

(h) *Apoyos económicos para la realización de tamiz metabólico semiampliado*. Se trata de recursos del Seguro Médico dirigidos a la adquisición de insumos (reactivos) para la realización de pruebas de detección y pruebas confirmatorias para la hiperplasia congénita de glándulas suprarrenales, galactosemia y fenilcetonuria. Estos recursos se administran y ejercen por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, a través del CNEGYSR (lineamiento 5.3.8).

(i) *Apoyo económico para el equipamiento de las unidades médicas que atienden a la población beneficiaria del Seguro Médico*. Este apoyo está destinado a la adquisición de equipos para las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención, que prestan servicios a los beneficiarios del Seguro Médico (lineamiento 5.3.9).

Respecto de los conceptos de gasto especificados para el Seguro Médico podemos observar que los mismos no necesariamente se dirigen a la población objetivo de este Programa (esto es, los niños menores de cinco años y afiliados al SPSS). De hecho, en algunos casos pareciera que con estos recursos se pretende subsanar ciertas necesidades presupuestarias que se presentan para la realización de otras funciones relacionadas con los servicios de salud, pero cuya realización se enmarca fuera del SPSS, sea porque no está dirigida específicamente a sus afiliados o sea porque su administración y ejercicio corresponde a otras instituciones o unidades administrativas ajenas al SPSS. Evidentemente, este es el caso de los apoyos económicos ejercidos a través del CNEGYSR.

Así las cosas, si bien el Seguro Médico presenta peculiaridades que lo distinguen del SPSS, lo cierto es que contiene importantes puntos de encuentro, como parte de sus objetivos y la afiliación de sus beneficiarios, que permiten considerarlo como un mecanismo adicional y subsidiario del Sistema y que, en conjunto, promueven el cumplimiento efectivo del derecho fundamental a la salud de quienes carecen de otros mecanismos de aseguramiento social. De esta forma, la configuración actual del Seguro Médico no rivaliza con el SPSS, aunque tampoco permite que acabe por integrarse plenamente. No obstante, es necesario definir cuál será el destino de aquellas actividades que se

financian a través del Seguro Médico y que no se encuentran estrechamente ligadas a los objetivos del mismo.

Un primera alternativa para regularizar la incorporación del Seguro Médico al SPSS implica una reforma a la Ley General de Salud. Las ventajas que traería consigo tal integración no solo redundarían en una mayor consolidación del Sistema y una mayor claridad normativa, sino que también promoverían la continuidad de un mecanismo de probada efectividad que, además, profundiza en el derecho a la salud de los niños. Precisamente la concepción del Seguro Médico como instrumento *ad hoc* para garantizar la prestación de los servicios de salud a los niños menores de cinco años y, con ello, para favorecer el cumplimiento de las obligaciones del Estado en razón del derecho a la salud, se constituye en la justificación de su necesaria permanencia normativa. Las ventajas y los problemas que pueden generarse con motivo de dicha alternativa se analizan a continuación.

3. FUNDAMENTOS Y JUSTIFICACIÓN

En el presente apartado se analizan primero los fundamentos para la subsistencia del Seguro Médico desde el punto de vista de los derechos humanos. Posteriormente se revisan las alternativas normativas, y en particular la posible reforma a la Ley General de Salud.

A. El Seguro Médico desde la perspectiva de los derechos humanos

El artículo 4.º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

En ese sentido, el derecho a la protección de la salud adquiere el carácter de un derecho fundamental cuyo alcance y contenido se encuentra definido a través de la legislación que emite el Congreso de la Unión. En nuestro caso, este contenido se encuentra especificado en la Ley General de Salud, en la cual, además, se definen “las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud” y se expresa el carácter concurrente tanto de la Federación, como del Distrito Federal y los estados de la República.

Así, precisamente a partir de su desarrollo legislativo, “surge [...] el derecho del gobernado para exigir, siempre que se encuentre dentro de la hipótesis legal, el cumplimiento de su derecho constitucional”³² y se establece

32 OLGA SÁNCHEZ CORDERO, “El derecho constitucional a la protección de la salud. Su

la forma y participación de los diversos órdenes de gobierno para actuar en materia de salubridad general³³.

El derecho a la protección de la salud se concibe como un sistema de normas jurídicas que tiene por objeto garantizar la protección de la salud, al más alto nivel posible, como valor supremo del hombre, mediante la rectoría del Estado con la participación responsable de la sociedad y de las personas que la componen; basado en la equidad, calidad, apoyo financiero, progresividad e integración de los agentes prestadores de servicios, frente al cual el gobernado tiene la facultad de exigir que se le proporcionen los medios para la protección, promoción y restauración de la salud.

De esta forma, se trata de un derecho con un *contenido amplio* que no se reduce a la mera atención médica de las enfermedades. De hecho, el derecho a la protección de la salud comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, así como la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud cuya realización constituye una responsabilidad compartida³⁴. Aunado a lo cual, por supuesto, se encuentran una serie de libertades y derechos adicionales propios de la amplia dimensión que comprende este derecho.

Ahora bien, dentro de esta amplia dimensión que comprende el derecho fundamental a la protección de la salud, aplicable a todas las personas, se encuentra un régimen especial, reforzado, que el propio texto constitucional establece para la niñez. Así, el artículo 4.º constitucional, párrafos octavo, noveno y décimo, señala:

En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el *principio del interés superior de la niñez*, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, *salud*, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.

regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México”, *Revista Conamed*, n.º 17, octubre-diciembre, 2000, p. 20.

33 “... la Ley General de Salud es un ordenamiento que establece concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, reglamenta además el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en términos del artículo 4.º constitucional, y prevé las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Tiene aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social”: Acción de Inconstitucionalidad 146/2007.

34 Cfr. la tesis aislada del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación P. XIX/2000.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Adicionalmente, cabe observar que el texto constitucional citado establece la corresponsabilidad del Estado y de los ascendientes, tutores y custodios. Se trata de una corresponsabilidad dirigida tanto al Estado como a los adultos directamente responsables de garantizar el bienestar de los niños y las niñas. Donde el Estado, además de adquirir un papel activo en la efectividad del derecho a la salud, deberá crear las condiciones o facilidades necesarias para que los adultos responsables de los niños coadyuven en la realización de sus derechos. Se trata, así pues, de una responsabilidad complementaria en beneficio de la niñez.

En ese contexto normativo hemos de considerar al SPSS y, concretamente, al Seguro Médico. Ambos casos representan claros instrumentos para tutelar el derecho a la protección de la salud. Mientras que el SPSS busca alcanzar el objetivo de universalizar la cobertura en salud a través del aseguramiento de todas aquellas personas que por su situación laboral no son derechohabientes de la seguridad social, el Seguro Médico aborda el carácter reforzado (aunque aún limitado a los niños menores de cinco años) que se exige constitucionalmente para garantizar el derecho a la salud de la niñez. A través de este se promueve la atención preventiva y la detección temprana de enfermedades y daños a la salud y se garantiza la cobertura integral en servicios de salud a los niños menores de cinco años que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social. Sus beneficios son adicionales a los que hoy en día proveen los programas de salud pública y de vacunación universal, el CAUSES y el FPGC, así como las acciones en materia de salud del Programa Desarrollo Humano Oportunidades.

Así, el Seguro Médico es consistente con el régimen reforzado del derecho a la salud de la niñez y el principio del interés superior del niño que adopta nuestro texto constitucional. Todo lo cual, a su vez, va de la mano con la amplia atención que han recibido los niños en el ámbito internacional durante las últimas décadas.

Al respecto, cabe mencionar en primerísimo lugar a la Convención de los Derechos del Niño³⁵, por ser considerada como “el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de

35 Esta Convención fue adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, con entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990, de conformidad con su artículo 49. Nuestro país firmó esta Convención el 26 de enero de 1990 y fue aprobada por el Senado de la República el día 19 de junio del mismo año.

normas universales relativas a la infancia”³⁶ y que considera “los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria”³⁷.

De acuerdo con la Convención de los Derechos del Niño, la niñez integra un grupo vulnerable que requiere de un reforzamiento en su tratamiento jurídico. De esta forma, a los niños y las niñas les corresponden, además del mismo conjunto de derechos a la salud que a todas las personas, los derechos específicos vinculados a su condición. El punto de referencia para asegurar la efectiva realización de los derechos de la niñez es precisamente el principio del interés superior del niño. Este principio habrá de regir las acciones del Estado y de la sociedad en lo que se refiere a la protección de los niños y a la promoción y preservación de sus derechos.

Textualmente la Convención de los Derechos del Niño establece, en lo que a nosotros interesa, lo siguiente:

Artículo 24:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños,

36 Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LX Legislatura, Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género, *Compendio del Marco Jurídico Nacional e Internacional que Tutela los Derechos Humanos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, 2009, p. 3.

37 *Ibíd.*

las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Esta Convención, junto con otros instrumentos internacionales de carácter regional, entre los que cabe destacar a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)³⁸ y su Protocolo Adicional en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)³⁹, constituyen el marco internacional más relevante para configurar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud en nuestro país. En ellos, nuevamente se establece un ámbito de protección especial para la niñez, dejando al derecho interno de cada Estado Parte la configuración de las medidas de protección conducentes, mediante la coparticipación y coordinación del Estado, la sociedad y la familia (de manera especial comprendiendo a los padres, tutores o custodios del menor).

Sobre el particular resulta muy ilustrativa la Opinión Consultiva OC-17/2002 de 28 de agosto de 2002, solicitada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a la Corte Interamericana, sobre la condición jurídica y los derechos humanos del niño. En ella, la Corte puntualiza la existencia de un principio universal de protección especial a la niñez, en razón de encontrarse en una posición de “desventaja y mayor vulnerabilidad” frente a otros sectores de la población, y por enfrentar necesidades específicas. Este

38 Esta Convención fue suscrita en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. En México, el Senado de la República la aprobó el 18 de diciembre de 1980, adhiriéndose nuestro país el 24 de marzo de 1981, fecha en la que entró en vigor. Su publicación en el Diario Oficial de la Federación se realizó el 7 de mayo de ese mismo año.

39 El Protocolo de San Salvador fue adoptado el 17 de noviembre de 1988 en el XVIII periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos. Firmado por México el 17 de noviembre de ese mismo año, aprobado por el Senado el 12 de diciembre de 1995 y en vigor a partir del 16 de noviembre de 1999. Publicado en el DOF el 1.º de septiembre de 1998.

principio universal se encuentra manifiesto en la Convención sobre los Derechos del Niño, junto con otros instrumentos internacionales, en la cual se acoge “la doctrina de la protección integral, que reconoce al niño su condición de sujeto de derecho y le confiere un papel principal en la construcción de su propio destino”.

En la propia Opinión Consultiva, la Corte Interamericana de Derechos Humanos manifiesta la relevancia que presenta “la salvaguarda de los niños, tanto por su condición de seres humanos y la dignidad inherente a éstos, como por la situación especial en la que se encuentran. En razón de su inmadurez y vulnerabilidad, requieren protección que garantice el ejercicio de sus derechos dentro de la familia, de la sociedad y con respecto al Estado”.

De acuerdo con todo lo anterior, la Corte Interamericana concluye, entre otras cosas, que los niños son titulares de derechos y no solo objeto de protección, que la expresión del “interés superior del niño” implica que el desarrollo de este y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de estas en todos los órdenes relativos a la vida del niño y, finalmente, que el principio de igualdad que recoge la Convención Americana sobre Derechos Humanos no impide la adopción de reglas y medidas específicas en relación con los niños, los cuales requieren un trato diferente en función de sus condiciones especiales.

Si bien es cierto que esta Opinión Consultiva no establece con precisión qué debe entenderse por las “condiciones especiales” que justifican una protección reforzada en beneficio de los niños y las niñas, el sentido que se le otorga pareciera dirigirse a su inmadurez (física y psicológica) y a su categoría de grupo vulnerable. Esta es la posición que ha adoptado la Comisión Interamericana al señalar:

... la protección especial se funda sobre el reconocimiento de que los Estados deben tomar medidas positivas y preventivas teniendo en cuenta las condiciones especiales del niño; vale decir, la vulnerabilidad a la que está expuesto el niño y su dependencia de los adultos para el ejercicio de algunos derechos, el grado de madurez, su desarrollo progresivo y el desconocimiento de sus derechos humanos y de los mecanismos de exigibilidad que no permite ubicarlo en una situación similar a la de los adultos y por tanto justifica la adopción de medidas especiales⁴⁰.

Ahora bien, dentro del derecho a la salud de la niñez destaca el caso de los niños y las niñas durante su primera infancia, esto es, los menores de cinco años. En términos generales, el derecho internacional reconoce que este grupo

40 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Relatoría sobre los derechos de la niñez, Informe sobre el Castigo Corporal y los Derechos Humanos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, OEA/Ser.L/V/II.135, Doc. 14, agosto, 2009, p. 9.

requiere de protecciones especiales y establece la necesidad de que los Estados las garanticen. De hecho, tras la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, que daría lugar a la firma de la “Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño”⁴¹, y la aprobación de su Plan de Acción para alcanzar metas específicas en plazos previamente determinados, se puso de manifiesto la relevancia de la prestación de servicios sanitarios a los niños menores de cinco años, para aumentar sus oportunidades de supervivencia y, en general, mejorar las condiciones de vida de la población.

La Declaración Mundial es muy enfática en establecer que “la mortalidad de los niños menores de cinco años es extremadamente alta en muchas partes del mundo, pero se puede reducir de forma drástica con los medios ya conocidos y de fácil acceso” (apdo. 10). Por ende, el Plan de Acción para la aplicación de la Declaración Mundial establece como una de sus metas la reducción, con respecto a 1990, de la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en una tercera parte o a un nivel de 70 por 1.000 nacidos vivos, y reducir la tasa de malnutrición grave y moderada entre este sector de la población en un 50% con respecto al nivel de 1990 (num. 5).

Tanto la Declaración Mundial como su Plan de Acción presentaron ambiciosos objetivos y metas en política de salud pública, entre las que sin duda destacan una serie de recomendaciones para la salud materno-infantil, y concretamente para la protección de la salud de la niñez y en especial para los menores de cinco años.

De igual modo, en el Informe 2012, elaborado por el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, bajo la coordinación del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, se establecieron importantes compromisos en materia de salud materno-infantil, que implican el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud a los niños menores de cinco años.

De esta forma, en el Objetivo 1, “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”, se establece como meta reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre. Un indicador clave para estimar el cumplimiento de esta meta, desde la perspectiva de la salud, consiste precisamente en medir la prevalencia de bajo peso en los niños menores de cinco años, dadas las desastrosas consecuencias que a corto y a largo plazo provocan en la niñez las deficiencias nutricionales.

41 La “Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño” fue aprobada en la sede de las Naciones Unidas el 30 de septiembre de 1990, en la Cumbre Mundial de la Infancia, promovida por varios jefes de Estado, entre ellos el de México, con el objetivo de definir compromisos de acción para instrumentar la Convención sobre los Derechos del Niño. Este documento, junto con su Plan de Acción, está disponible en [http://www.iin.oea.org/compromisos_Cumbre_Mundial.pdf].

Por su parte, el Objetivo 4 (“Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años”) de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establece la meta de reducir esta situación en dos terceras partes, entre 1990 y 2015. Así, como puede observarse, esta meta se relaciona directamente con los mecanismos de política pública que fortalezcan la atención médica integral y los niveles de prevención que favorezcan la supervivencia de este grupo poblacional.

Finalmente, el Objetivo 5, “Mejorar la salud materna”, si bien hace referencia a la meta de reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes, durante el periodo del embarazo y el parto, se relaciona con la atención médica pertinente de carácter prenatal y la atención al recién nacido durante el periodo neonatal y los primeros años de vida.

Así las cosas, el Seguro Médico resulta consistente con la política internacional de salud que pretende proteger a los niños y reducir las cifras de mortalidad infantil en los menores de cinco años.

A partir de su puesta en marcha, el Seguro Médico ha tenido una evolución favorable que demuestra su aporte positivo en el conjunto de la política de salud nacional. Para 2011, de los 2.167 millones de nacimientos en México, el 45.17% contó con la cobertura del Seguro Médico desde el primer día de vida. Entre 2006 y 2012, la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) disminuyó en un 4%, pasando de 16.2 defunciones por 1.000 nacidos vivos a 13.2 defunciones. A su vez, entre 2006 y 2011 la mortalidad en menores de 5 años atribuible a enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y por deficiencia nutricional disminuyó un 56%, un 41.2% y un 30.8% respectivamente⁴².

La evolución de las cifras de mortalidad infantil y en menores de 5 años se ha visto positivamente impactadas por el Seguro Médico. Entre 2008 y 2012, el programa ha financiado la atención de más de 126 mil casos, principalmente con padecimientos de asfixia y trauma al nacer, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades infecciosas intestinales, bajo peso al nacimiento y parto antes de término. Todas las anteriores se encuentran entre las principales causas de mortalidad infantil a nivel nacional.

Lo anterior ha sido posible en virtud de un compromiso financiero sostenible en el marco del Sistema de Protección Social en Salud. Entre 2008 y 2012, el presupuesto autorizado promedió 2.589.6 millones de pesos, equivalente al 3.85% del presupuesto autorizado al Seguro Popular en el ejercicio fiscal 2012 (Cuota Social y Aportación Solidaria Federal, Fondo de Previsión Presupuestal y FPGC).

42 Datos proporcionados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud durante el mes de noviembre de 2012.

B. La incorporación del Seguro Médico en el marco del SPSS

De acuerdo con todo lo anterior, es necesario profundizar en la atención de la salud de los menores de edad, especialmente de aquellos que se encuentran en una posición altamente vulnerable, como son los niños en sus primeras etapas de vida. Actualmente la fundamentación del “Programa Seguro Médico Siglo XXI” carece de un elemento trascendente para la permanencia, desarrollo y progresividad de los derechos que contiene, toda vez que está previsto en disposiciones normativas sujetas al límite temporal de la anualidad.

En ese contexto, dado que ha demostrado eficacia durante su operación por más de seis años, resulta conveniente consolidar su permanencia y articulación dentro del SPSS, más aun si tomamos en consideración que para ser beneficiario del Seguro Médico es necesaria la afiliación de la familia del menor a dicho Sistema. Ciertamente, esta situación resulta favorable para la consolidación del Seguro Médico en el marco de las disposiciones de la Ley General de Salud que regulan al Sistema, mediante una reforma al Título Tercero Bis correspondiente a la Protección Social en Salud.

En términos generales, los aspectos que tendrían que ser considerados para elaborar una propuesta de reforma legislativa que permita configurar el Seguro Médico como parte integral del SPSS son los que a continuación se indican:

- a) Su carácter subsidiario, adicional al CAUSES y al FPGC.
- b) Una cobertura amplia.
- c) La revisión de los apoyos económicos que actualmente se otorgan a través del Seguro Médico, toda vez que actualmente se contemplan algunos apoyos no dirigidos propiamente para los afiliados al SPSS.
- d) El límite de edad para los niños cubiertos. De acuerdo con lo antes visto, el límite de 5 años de edad es consistente con el marco normativo internacional, siempre que no se trate de un tratamiento iniciado durante esta etapa que requiera de continuidad.
- e) La posibilidad de emitir reglas propias que permitan establecer el esquema operativo del Seguro Médico.
- f) El tratamiento del sector privado como prestador de servicios, toda vez que actualmente se presentan diferencias entre el SPSS y el Seguro Médico.
- g) El mecanismo financiero que permita hacerlo compatible con los esquemas actuales previstos dentro del SPSS. Una alternativa viable para estos efectos podría consistir en la creación de un fondo de protección para la infancia, con reservas a largo plazo, constituido de manera paralela al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, conformado con recursos provenientes del Gobierno Federal. Este fondo, por supuesto, supondría el financiamiento a través de los esquemas impositivos en México, sin que ello implique mantener y aumentar las unidades de cápita por niño afiliado

al Sistema. Así, el esquema de financiamiento pretendería velar tanto por la cobertura de los servicios prestados como por la calidad de los mismos.

CONCLUSIÓN

Desde su creación hasta el momento, el Seguro Médico ha adquirido un papel relevante en la consecución del objetivo de cobertura universal, a través de la ampliación de los servicios de salud y sus medicamentos asociados a sus beneficiarios. Su implementación es congruente con las aspiraciones de toda sociedad moderna de brindar el más alto nivel posible de salud a la población, pues a pesar de estar dirigido a un grupo poblacional específico, sus beneficios son complementarios y están dirigidos a un sector altamente vulnerable. Los niños en sus primeras etapas de vida requieren de una atención en salud reforzada no solo por la gravedad que supone en ellos una enfermedad, con un alto riesgo de mortalidad infantil, sino además porque su bienestar físico y social en las primeras etapas de vida tiene una repercusión a futuro. De ahí que el Seguro Médico pueda considerarse como una política pública favorable al desarrollo y profundización del derecho fundamental a la salud, dirigida específicamente a promover, proteger y garantizar la salud integral de los niños más pequeños.

En este sentido, el Seguro Médico se constituye en un claro instrumento para garantizar el disfrute al más alto nivel posible de salud de los niños en sus etapas más tempranas y, con ello, dotar de contenido y efectividad el derecho a la protección de la salud dispuesto en el párrafo 4.º del artículo 4.º de nuestra Constitución. Además, por supuesto, de responder a la obligación constitucional e internacional del Estado de velar y cumplir con el principio del interés superior del niño, garantizando de manera plena sus derechos, entre los cuales se comprende el de la salud.

No obstante lo anterior, el Seguro Médico carece de un sentido de permanencia normativa, toda vez que, como hemos visto, no se encuentra comprendido de manera expresa en la Ley General de Salud, reglamentaria del citado artículo 4.º constitucional. Su propia existencia y desarrollo normativo está sujeto a los criterios de anualidad propios de los programas sociales del Estado, que carecen de un sustento legal en sentido estricto. En otras palabras, el Seguro Médico depende de la previsión anual del Presupuesto de Egresos de la Federación y, con base en ello, de las Reglas de Operación que se emitan para el ejercicio fiscal correspondiente.

Si bien, como hemos visto, el Seguro Médico pretende enmarcarse dentro del SPSS, con el cual comparte ciertos fundamentos, objetivos y mecanismos de administración y operación, lo cierto es que entre ambos existen diferencias que evidencian su falta de integración. Ciertamente la consolidación del Programa dentro del Sistema implicaría necesariamente su reestructura

(tanto financiera como operativa), pero daría mayor certidumbre y continuidad, evitando de esta forma una posible regresión del derecho a la salud en los niños durante sus primeras etapas de vida. La experiencia ya adquirida en la implementación y ejecución del Seguro Médico representaría una gran ventaja para efectuar esta posible reestructuración, bajo decisiones de política pública informadas.

REFERENCIAS

- ABRAMOVICH, VÍCTOR y CHRISTIAN COURTIS. *Los derechos sociales como derechos exigibles. Derecho al trabajo, salud, vivienda, educación y seguridad social*, Madrid, Trotta, 2002.
- BAZÁN, VÍCTOR. “En torno a la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales en los ámbitos interno, interamericano y universal”, en *Memoria del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados*, MIGUEL CARBONELL (coord.), México, UNAM, 2004, pp. 75-143.
- HERNÁNDEZ ABARCA, NURIA y GABRIELA MÁRDERO. *Compendio del Marco Jurídico Nacional e Internacional que Tutela los Derechos Humanos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LX Legislatura, Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. México, 2009, [http://www.diputados.gob.mx/camara/CEAMEG] (consultado el 13 de septiembre de 2013).
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Relatoría sobre los derechos de la niñez, Informe sobre el Castigo Corporal y los Derechos Humanos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, OEA/Ser.L/V/II.135, Doc. 14, 5 de agosto de 2009.
- CENTRO DE ESTUDIOS ESPINOSA YGLESÍAS. *El México del 2012. Reformas a la Hacienda Pública y al Sistema de Protección Social*, México, 2012.
- Discurso del 1.º de diciembre de 2006 del Pdte. FELIPE CALDERÓN HINOJOSA al pueblo mexicano [http://www.eluniversal.com.mx/notas/391513.html] (consultado el 18 de diciembre de 2013).
- MUSHTAQUE R. CHOWDHURY y ALLAN ROSENFELD (coords.). “Who’s got the power? Transforming health systems for women and children”, *United Nations Millennium Project. Task Force on Child Health and Maternal Health*, Washington/London, Earthscan, 2005.
- FRENK, JULIO, EDUARDO GONZÁLEZ PIER *et al.* “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México”, *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 1 de 2007. [Versión original: *Lancet* 2006, n.º 368, pp. 1524-1534].
- GAKIDOU, EMMANUELA, RAFAEL LOZANO, *et al.* “Assessing the effect of the 2001-06 Mexican Health reform: An interim report card”, *The Lancet*, Series Health System Reform in Mexico 5, vol. 368, November, 2006, pp. 1920-1935.
- GONZÁLEZ PIER, EDUARDO; MARIANA BARRAZA LLORÉNS, CRISTINA GUTIÉRREZ DELGADO y ARMANDO VARGAS PALACIOS (coords.). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, 2.ª ed., México, Secretaría de Salud, FUNSALUD, INSP y el FCE, 2006.

- KUMATE RODRÍGUEZ, JESÚS. “Cumbre mundial en favor de la infancia”, *Revista Examen: 50 años de Salud Pública en México*, vol. 5, n.º 53, México, 1993, pp. 5-6.
- LAKIN, JASON M., “The End of Insurance? Mexico’s Seguro Popular, 2001-2007”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 35, n.º 3, June, 2010, pp. 313-352.
- MAQUEO, MARÍA SOLANGE. “El Seguro Popular. Una política pública compleja y difusa pero acertada”, en Ricardo Sepúlveda Iguíniz (coord.), *Derechos Humanos. Obra Jurídica Enciclopédica en Homenaje a la Escuela Libre de Derecho*, México, Escuela Libre de Derecho, 2012.
- MOCTEZUMA BARRAGÁN, GONZALO. “Garantía Constitucional a la Protección de la Salud. Defensa Jurisdiccional”, en Eduardo Ferrer Mac-Gregor y Arturo Zaldivar Lelo de Larrea (coords.), en *La Ciencia del Derecho Procesal*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Unam, 2008.
- SÁNCHEZ CORDERO, OLGA. “El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México”, *Revista Conamed*, n.º 17, octubre-diciembre, 2000.
- SCJN. Novena Época. Tesis aislada P. XIX/2000, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, t. XI, marzo de 2000, p. 112. Ministro ponente: MARIANO AZUELA GÚITRÓN.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, 2.ª ed., México, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Fondo de Cultura Económica, 2006.
- TAMEZ-GONZÁLEZ, SILVIA y CATALINA EIBENSCHUTZ. “El Seguro Popular en México: pieza clave de la inequidad en salud”, *Revista de Salud Pública*, vol. 10, suplemento 1, diciembre, 2008, Bogotá, p. xx.