

## Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

# SEGURO SOCIAL DE SALUD

**Nelly Aguilera**

Conferencia Interamericana de Seguridad Social  
nelly.aguilera@ciss.org.mx

**Gabriel Martínez**

Conferencia Interamericana de Seguridad Social  
gabriel.martinez@ciss.org.mx

**Martha Miranda**

Conferencia Interamericana de Seguridad Social  
martha.miranda@ciss.org.mx

## Resumen

**E**l gobierno de México definió entre los años noventa y los dos mil principios de reforma a los seguros de salud e intentó implementarlos. Las principales iniciativas aprobadas definieron esquemas voluntarios, en un caso basado en aseguradoras privadas (que tienen muy baja penetración), y en otro, en una nueva instancia pública que funciona como mecanismo de distribución del gasto federal hacia los estados, el Seguro Popular (SP). En la actualidad el reto principal, como hace treinta años, es la integración de planes de atención para cada familia, pues cada una de ellas enfrenta gran incertidumbre acerca de qué institución es responsable de financiar sus cuidados de salud y de proveer los servicios. En este contexto, existen múltiples propuestas de reforma, la mayor parte de ellas guiadas prácticamente por los mismos principios. Argumentamos que posiblemente el gobierno de México no tiene incentivos para efectuar una reforma en los términos que se han planteado y se está convergiendo a un modelo de reembolso a los estados como proveedores para población de bajos ingresos, con la mayor parte de la población cubierta por la seguridad social y dejando a las familias el riesgo de enfrentar la incertidumbre en la provisión del servicio. Postulamos pasos que creemos definen un proceso de evolución factible para alterar ese curso y adoptar un camino que llegue a la adecuada integración de los planes para la familia, sin obligar a ninguna integración horizontal de instituciones financiadoras o proveedoras, al impulso de nuevas instituciones proveedoras de servicios. Las instituciones existentes deben transformarse en proveedores más flexibles, y la participación en un plan de aseguramiento debe ser obligatoria para todos los residentes.

—— Palabras clave: seguro de salud, cuidados de salud, seguridad social.  
Clasificación JEL: I13, O17.

## 1. El Problema General

**E**l residente de México usualmente enfrenta incertidumbre sobre quién es y quién será su proveedor de atención primaria para la salud, y acerca de qué hospital lo recibirá cuando una enfermedad lo obligue a acudir a uno. Tampoco sabe quién va a pagar por ese tratamiento. Es habitual que las personas acudan sin éxito a una clínica de la seguridad social u otro proveedor público en búsqueda de servicio, para darse la vuelta ante la falta de atención y terminar atendándose

con un médico privado, en el consultorio de una farmacia o de otro proveedor público. Las regulaciones al financiamiento y a la prestación de servicios hacen imposible que la familia consolide un plan de salud, y este problema se da desde las familias más humildes hasta las de mayores ingresos. Un cuidado integral es necesario para garantizar certidumbre y calidad del servicio a lo largo del ciclo de vida y en todas las fases del cuidado médico: prevención, atención en todos los niveles, y rehabilitación. Adicionalmente, permite a la familia navegar por un sistema de salud con múltiples proveedores de una forma más eficaz y limita las conductas oportunistas asociadas a las asimetrías de información en todo el proceso del cuidado.

En 1995 el gobierno federal en México intentó arrancar una solución al problema mediante reformas al seguro de enfermedades de la seguridad social. De acuerdo a esa propuesta se harían elegibles a recibir financiación un conjunto de planes más amplios que el asociado a la provisión directa por el seguro social, siguiendo principios de no discriminación e integridad. Esta iniciativa fue desplazada en un proceso que dio prioridad a la reforma al sistema de pensiones. El aseguramiento privado voluntario se impulsó poco después, mediante Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (Diario Oficial 1997), y unos años más adelante, en 2003, se impulsó el aseguramiento público voluntario mediante el Seguro Popular (SP). Estas reformas no establecieron mecanismos para ampliar el aseguramiento obligatorio y en ambos casos se generaron instituciones desconectadas del resto de la oferta de servicios.

Las políticas que se han adoptado, en particular la del Seguro Popular, enfatizan la ampliación del gasto público para la población no asegurada, pero no han intentado resolver los problemas de información que son paradigmáticos en los seguros y servicios de salud, y posiblemente han incrementado los obstáculos para la integración del cuidado de familias y pacientes. En consecuencia, las familias enfrentan una oferta que no es muy distinta a la que existía antes. Hoy, como hace más de treinta años, las personas sufren interrupciones de su cuidado médico e incertidumbre debido a la segmentación del sistema. Además, la forma en que los proveedores operan sigue estando basada en procesos legales y administrativos, incentivos y restricciones financieras que impiden que el cuidado médico sea adecuado a las necesidades o preferencias de los ciudadanos, y promueva la productividad de los proveedores.

En este contexto, no es claro que existan incentivos adecuados para avanzar en un proceso de reforma. Una reforma exitosa sería que el ciudadano pudiera integrar la oferta de seguro y servicios de salud para su familia, mediante planes de administración de la salud que integrasen todos los servicios. Esto significa que exista un asegurador para cada familia que lo ayude a transitar el sistema y pasa necesariamente por definir la atención primaria como puerta de entrada a todo el conjunto de atenciones necesarias para una familia. Desafortunadamente, si las múltiples propuestas de reforma actualmente circulando indican la probable evolución, se espera tener avances en la consolidación fiscal, pero la consolidación de servicios para la familia podría permanecer en un rol secundario.

Este documento describe los avances y obstáculos que se han enfrentado para el avance en la integración. En la siguiente sección se discute la medición de la cobertura de los seguros de salud. En la Sección 3 se discuten los problemas de organización y equidad que busca resolver la regulación a los seguros de salud. En la Sección 4 se comentan los principales resultados que han tenido las políticas en torno al seguro de salud. En la Sección 5 se presentan los referentes internacionales que consideramos más relevantes para la discusión del seguro de salud en México, y la Sección 6 plantea un escenario de evolución.

## 2. Cobertura de los Seguros

Las reformas han ampliado los recursos públicos para atender a familias de bajos ingresos, y es generalmente reconocido que el avance en los aspectos sustanciales de reorganización ha sido muy bajo (Knaul et al. 2012). La cobertura de la seguridad social se ha estacionado desde los noventa en torno a la mitad de la población.

Las familias de bajos ingresos y la clase media sufren las mayores pérdidas en acceso durante períodos económicos malos. En el Cuadro 1 vemos que aproximadamente la mitad de los hogares vio su ingreso deteriorado con la Gran Recesión, y que en torno al 20 por ciento experimentó eso mismo en el acceso a los servicios de salud. Aquellos que han experimentado mejoría son más frecuentes entre los hogares de mayores ingresos. Para los hogares de bajos ingresos, 17 por ciento tuvo deterioro en el acceso a servicios de salud. Podría argumentarse que el deterioro se debió a la Gran Recesión, y que la política de expansión de gasto público amortiguó el impacto, lo cual habría de demostrarse, y adicionalmente difiere de la hipótesis de incremento masivo en el acceso que en ocasiones se atribuye al Seguro Popular.

**Cuadro 1**  
**Proporción de Hogares con Mejoras, Deterioro o Similitud en**  
**Condiciones en el Mercado de Trabajo entre 2006 y 2010**

Variable	Cambio y dirección	Quintiles				
		I	II	III	IV	V
<b>Ingreso laboral</b>	Mejora	30.2	34.8	36.4	36.3	38.8
	Deterioro	51.3	50.2	50.3	50.8	49.9
	Sin cambios	18.5	15.0	13.3	12.9	11.3
<b>Acceso a salud</b>	Mejora	9.3	13.7	15.0	16.4	17.4
	Deterioro	17.3	19.5	20.9	21.4	19.6
	Sin cambios	73.4	66.7	64.1	62.3	62.9
<b>Empleo</b>	Mas	29.2	30.6	29.5	29.7	24.2
	Menos	31.1	29.5	29.8	28.5	29.1
	Igual	39.7	39.9	40.6	41.8	46.7

Fuente: Cantú et al. (2012).

El Cuadro 2 muestra las estimaciones de cobertura del aseguramiento social en México según el Censo General de Población y Vivienda 2010, la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2010, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y los datos administrativos de las instituciones. De acuerdo a los resultados del Censo y de las encuestas a hogares la cobertura alcanza aproximadamente 75 por ciento de la población. Las cifras administrativas derivadas del pago de contribuciones indican que el aseguramiento social es de aproximadamente la mitad de la población, con una ligera tendencia a crecer (Martínez et al. 2012). Si a las últimas cifras mencionadas se suma la afiliación oficial al Seguro Popular la cobertura está arriba de 100 por ciento (ver columna de registros administrativos en Cuadro 1).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> El SP ha incluido un programa de *Nueva Generación*, lo que significa que los recién nacidos se consideran automáticamente asegurados.

¿Quiénes no están asegurados? Los jóvenes, la población rural, los trabajadores de microempresas (la cobertura es de sólo 7 por ciento), los trabajadores independientes (sin obligación de asegurarse), y otros grupos urbanos en desventaja, como los discapacitados y los desempleados.

**Cuadro 2**  
**Estimaciones de Cobertura del Seguro de Salud**

	Base de información			
	Censo 2010	ENIGH 2010	Bases administrativas de instituciones	ENSANUT 2012 ajustada
	Población (millones)			
		2010	2011	2011-2012
Población total	112.3	112.6	112.3	
<i>Por estatus de aseguramiento</i>				
No Asegurados	37.0	35.8	0.8	
Asegurados	73.6	76.8	111.5	
<i>Seguro social u otro plan público</i>				
Otros organismos públicos	69.9	75.5	109.9	
Seguridad Social	43.7	41.2	66.3	
<i>Por organismo</i>				
IMSS	35.4	32.4	52.3	54.9
ISSSTE	7.2	7.8	12.0	12.2
PEMEX, Defensa y Marina	1.1	1.0	2.0	No disponible
Seguro Popular	26.2	34.3	43.5	51.8
Otros	3.7	1.3	1.7	
Servicios Estatales			1.7	
Otra institución	1.6	1.3		
Institución privada	2.0			
<b>% de población total</b>				
Población total	100	100	100	100
<i>Por estatus de aseguramiento</i>				
No Asegurados	32.9	31.8	0.7	21.4
Asegurados	65.5	68.2	99.3	1.0
<i>Seguro social u otro plan público</i>				
Otros organismos públicos	62.2	67.1	97.8	77.6
Seguridad Social	38.9	36.6	59.0	38.9
<i>Por organismo</i>				
IMSS	31.5	28.8	46.6	32.2
ISSSTE	6.4	6.9	10.7	6.0
PEMEX, Defensa y Marina	1.0	0.9	1.8	0.7
Seguro Popular/Nueva Generación	23.3	30.5	38.7	38.6
Otros	3.3	1.1	1.5	1.0

Los modelos de financiación, gestión de los planes y provisión de servicios son muy diferentes entre la seguridad social y el resto del sistema, y las familias se mueven entre sectores con frecuencia. En consecuencia, no es posible sumar las cifras de cobertura de distintos esquemas. La realidad además contrasta con los datos de cobertura: la mitad o más de la provisión de servicios finales se financia directamente por las familias y las empresas, por lo cual no son pagados a partir de ningún tipo de seguro público. La política se ha centrado en afectar algunas estadísticas promedio, entre las que destacan el promedio de gasto en efectivo y el promedio de dinero asignado por el gobierno a los asegurados por cada plan federal. Sin embargo, es difícil pensar en que pueda llegarse a una buena política cuando ni siquiera existen mediciones confiables de lo que están recibiendo las familias.

El principal objetivo estratégico de la política de seguro de salud ha sido reducir el gasto en efectivo de las familias por razones de gestión del riesgo. Sin embargo, ese “gasto de bolsillo” es ineficiente sólo cuando las familias no enfrentan un conjunto de planes integrados. En una administración integral el proveedor gana por mantener el estado de salud de la persona y pierde cuando tiene que hacer intervenciones excesivas. Es crucial entender que el problema de un incentivo al gasto excesivo no se limita al ámbito privado. También lo generan un programa público basado en el reembolso (como el *Medicare* de Estados Unidos o el Fondo Catastrófico de México), u otro basado en la comprobación de mayor demanda para la obtención de mayor presupuesto (como el *Medicaid* de Estados Unidos o el Seguro Popular de México), sino en la imposibilidad para la familia de encontrar una oferta integrada de cuidado, forzándola a pagar proveedores de forma azarosa.

Adicionalmente, el problema del envejecimiento ha sido secundario en la política de financiamiento a la salud. Los únicos programas dedicados a proveer seguro de salud a los adultos mayores funcionan sobre una plataforma de reparto. Por ejemplo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cobra 1.5 por ciento del salario a trabajadores activos para pagar gastos médicos de pensionados. Indefectiblemente, el envejecimiento avanza gradualmente y disminuye la capacidad de proveer servicios.

En México existen amplias desigualdades en financiamiento, acceso y resultados en salud entre la población con seguridad social y sin seguridad social y entre regiones. ¿Por qué debemos estar preocupados de la desigualdad en salud y cuál es su relación con la desigualdad en general?, Anand (2002) argumenta que las sociedades deben ser más intolerantes a la desigualdad en salud que a la desigualdad en el ingreso pues la salud tiene un valor intrínseco, por ser parte fundamental del bienestar personal, y un valor instrumental, pues permite funcionar como persona, mientras que el ingreso, por ejemplo, tiene sólo valor instrumental. Mientras que un enfoque normativo no explica, en nuestra opinión, el comportamiento de los gobiernos, proveedores, aseguradoras o de los ciudadanos, podemos afirmar que la lucha por el acceso a los servicios de salud es una característica de las sociedades contemporáneas.

El término equidad se expresa probablemente con mayor frecuencia en la búsqueda de la “universalidad”, pero es claro que tratándose de un conjunto de servicios tan heterogéneos como son los de salud, se requieren dimensiones de medición adicionales al simple acceso a un plan. Estas dimensiones adicionales se resumen en dos, la integralidad y la integridad de los servicios. La integralidad se refiere a la inclusión en un plan de salud de todos los tratamientos considerados necesarios, mientras que la integridad se refiere a que la calidad de la atención incluya las tecnologías

y estándares disponibles (sin incluir los experimentales). Para la población mexicana, sin duda, hay deficiencias en cualquiera de las dimensiones. Para la población mexicana, las grandes brechas sociales pueden hacer poco probable un movimiento de convergencia en el acceso y en la calidad a los niveles observados en países de Europa occidental. Por otro lado, un planteamiento adecuado de flexibilización del sistema que permita una evolución gradual para ir cerrando los problemas más importantes de acceso puede tener un fuerte apoyo social y político. Roma no se hizo en un día, pero cerrar las brechas en acceso a los servicios de salud en México puede lograrse en un grado significativo en el mediano plazo.

### 3. El Papel de la Regulación

Regular la forma en que se relacionan proveedores y financiadores ha resultado un reto insalvable para la política de salud del país. El objetivo declarado de la política ha sido lograr la integración de todo el financiamiento, la portabilidad de derechos sobre los seguros de salud y la creación de un mercado de servicios al que accedan todos los planes y pacientes. Los avances en estos aspectos son muy limitados.

De acuerdo a los datos administrativos, todos los residentes del país tienen seguro de salud. En la práctica la segmentación de sistemas de salud en un marco de frecuente rotación laboral provocan que posiblemente la mayoría de los ciudadanos reciban servicios de salud de instancias distintas a la institución a la que se encuentran afiliados o que busquen afiliación en un sistema una vez que han experimentado un evento de salud adverso y requieren atención. Las personas sufren incertidumbre respecto al cuidado de su salud, lo que acentúa los problemas de riesgo moral inherentes a los servicios y al aseguramiento en salud. Coloquialmente, el problema del sistema segmentado radica en que cada actor le “pasa la bolita a otro”: un médico o un hospital privado piensan que pueden discriminar al paciente, cobrándole mientras puede pagar y enviándolo al seguro social cuando el tratamiento es demasiado costoso; el seguro social piensa que para ajustar sus cuentas puede alargar la lista de espera y bajar la calidad cuando la demanda aumenta; el gobierno piensa que puede prometer beneficios pasándole a gobiernos futuros el cumplimiento o alterando el balance de subsidio a distintos programas públicos; el ciudadano piensa que a pesar de no pagar contribuciones siempre tendrá la opción de entrar por alguna puerta de atrás a algún seguro público. Estos no son problemas exclusivos del país, son situaciones inherentes a los contratos en servicios y seguros de salud, y son la causa de que los Estados incurran en complejas regulaciones para obligar al aseguramiento y restringir la contratación con la finalidad de establecer reglas de acceso y protección equitativa.

Para precisar las ideas de universalidad, de derechos humanos y de seguro de salud se requiere de un modelo del funcionamiento de las relaciones entre familias, aseguradores y proveedores de servicios de salud. El modelo pasa por considerar los aspectos básicos de las motivaciones del Estado para intervenir en el ámbito de aseguramiento y en los servicios de salud. Hay dos causas para intervención, ambas indispensables para entender la conducta del Estado. Primero, los problemas de selección adversa y riesgo moral prevalentes en diferentes puntos de la cadena de producción de servicios de salud y en el aseguramiento del riesgo. Segundo, la búsqueda de algún grado de equidad en el acceso a los servicios de salud.

Estas ideas han guiado las reformas a los seguros de salud en el mundo, y son explícitamente definidas en documentos de política de México.<sup>2</sup> El problema de riesgo moral significa esencialmente que los pacientes de alto costo pueden recibir atención sin haber contribuido previamente. El problema de selección adversa significa que algunos organismos aseguradores son imanes de pacientes de alto costo de atención sin poder ajustar los costos de entrada al plan. Ambos problemas se relacionan. En México, el riesgo moral determina que el mercado de planes de seguro de salud de mediano y largo plazo sea esencialmente inexistente, y que los organismos de seguridad social sean el receptor residual de la demanda no atendida, lo cual puede resolverse sólo mediante racionamiento. Para resolverlos, un sistema de seguro de salud bien regulado debe realizar las siguientes funciones:

1. Cada familia tiene un plan mediante el cual accede a todos los servicios necesarios, sin necesidad de estar tocando puertas distintas y sin incertidumbre acerca de si el servicio será en efecto entregado.
2. Las personas deben tener responsabilidad de contribuir al financiamiento respetando principios básicos de equidad y llevar el costo de todas las decisiones individuales de servicios adicionales o especiales. En vista del alto costo social de los impuestos, el Estado no debe subsidiar a familias con capacidad de pago.
3. Debe darse un marco que aliente de forma clara y definitiva el ahorro de cada familia a lo largo de toda la vida, así como la afiliación permanente a un seguro de salud.
4. Debe permitirse la diversidad en las soluciones aplicadas en las entidades federativas y entre instituciones federales para lograr las mejores soluciones a cada región y grupo social, y no derivar en un ambiente de regulación federal opresiva. Para lograr esta diversidad se requiere de autonomía económica efectiva y plena de los planes de aseguramiento y de los hospitales públicos, y la eliminación de los compromisos públicos de servicio sin responsabilidad y sin límite de costo. La solución predominante debe ser que la familia esté dentro de un plan, con opción de pagar más por un plan mejor, y tener la opción de asunción completa del costo por el gobierno sólo en casos de excepción (por ejemplo, para familias de bajos ingresos). Esto incluye la eliminación de programas públicos que pagan por evento y se ven presionados a ampliar las tarifas y el conjunto de eventos sin una visión de atención integral.
5. Sólo planes que asuman el compromiso de la atención primaria e integral serán elegibles para recibir recursos públicos. De esta manera se eliminará el incentivo a inducir al paciente hacia exámenes e intervenciones adicionales; la facturación de proveedores no se hará al paciente sino a los planes y se eliminará el subsidio de la Ley del Impuesto sobre la Renta a familias de altos ingresos y el incentivo a gastos complementarios de lujo.

Las reformas que se han planteado en México durante las dos últimas décadas utilizan principios de la economía de la salud para proponer que hay dos ámbitos principales en que se concentran los problemas y que son atendidos por estructuras específicas. El primero se da en el ámbito del financiamiento. La población más sana y con menos valoración por el aseguramiento

---

<sup>2</sup> Ver Chernichovsky (1995 y 2002) y Secretaría de Salud (2007).

tiene menor interés en afiliarse con un asegurador social (ver resultados de la en INSP 2012). Así, una solución que evita las conductas oportunistas es la obligación a toda la población a estar afiliada al sistema y la asignación de los fondos debe hacerse sobre bases adecuadas de distribución del riesgo. Segundo, tomando en cuenta que existen importantes asimetrías de información entre pacientes y proveedores, debe desarrollarse una capacidad de gestionar el consumo de salud por instituciones especializadas para permitir un mejor control de los proveedores, incluyendo el control de los costos.<sup>3</sup> Es decir, si el Estado ha de mantener una garantía de acceso, requiere un compromiso de cada residente de participar en un plan. Una solución voluntaria, como es el Seguro Popular no resuelve estos problemas. Planes como los de la seguridad social cumplen con el objetivo de gestionar el consumo de salud, aunque no lo pueden hacer en forma adecuada por los problemas de selección mencionados arriba.

## **Organización**

A partir del Programa Nacional de Salud 1995-2000 se emplea la idea de definir un ámbito de regulación entre la financiación y los planes de administración del cuidado de la salud, y otro ámbito para relacionar esos planes con los proveedores de servicios finales. El SP era el vehículo para lograr la transformación. El panel superior de la Gráfica 1 se describe la situación en el país pre-SP. El panel de en medio define el objetivo, es decir, cómo debería verse el sistema post-SP. Históricamente, las funciones de financiación y prestación de servicios han estado integradas en las instituciones públicas, que se han denominado convencionalmente los “silos”. Por ejemplo, en esta visión el IMSS es un silo porque su financiamiento va sólo a sus propias unidades proveedoras; la Secretaría de salud es otro silo porque su financiamiento va sólo a hospitales y clínicas en el ámbito de control de ella misma o de las secretarías de salud estatales. El panel inferior de la Gráfica 1 muestra la situación que se desea modificar y que se mantiene vigente. El SP se ha convertido en parte del silo de la Secretaría de Salud, y son limitados los avances que permiten la movilidad de familias entre planes o de financiamiento de un plan hacia proveedores que no estén bajo su control.

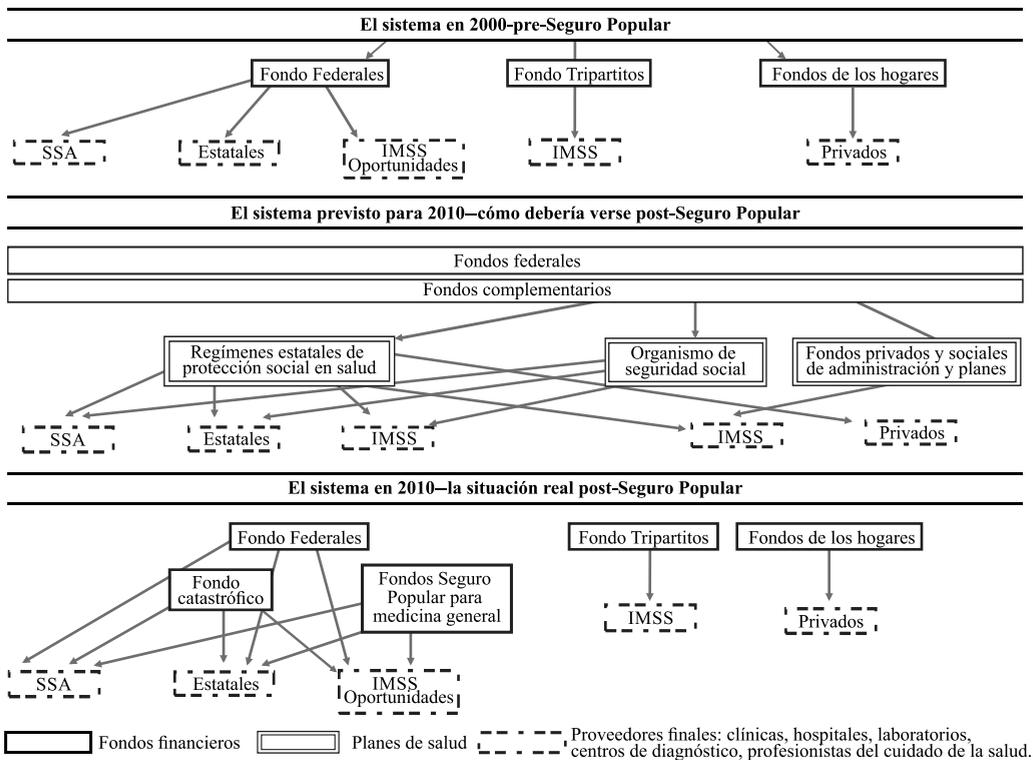
Para proveer una sensación del peso de cada uno de los silos verticales en este diagrama, podemos señalar que en el año 2010, la seguridad social realizaba 49 por ciento de las consultas generales, el 66 por ciento de las consultas de especialista y 54 por ciento de las intervenciones quirúrgicas de los servicios otorgados en el sector público.<sup>4</sup> Aunque no hay datos actualizados del sector privado, un cálculo es que 17 por ciento de las cirugías del país se realizaban en hospitales privados (Martínez 2006). Si se midiera el valor económico de las hospitalizaciones el sector privado y la seguridad social se harían más grandes por razón de la mayor complejidad de los servicios prestados (Aguilera, Miranda y Velázquez 2012). Otra indicación de la complejidad de

---

<sup>3</sup> Una expresión del papel de estas instituciones se encuentra en Londoño y Frenk (1997). Ahí se listan los siguientes procesos, llamándose a los Planes “agencias articuladoras”: 1. afilian personas y reciben pagos por persona (capitados), absorbiendo el riesgo individual; 2. definen procedimientos de entrada y salida de usuarios en el esquema de atención; 3. organizan redes de proveedores y contratan con ellos; 4. diseñan mecanismos de pago a proveedores; 5. definen su propio paquete de beneficios e intervenciones; y, 6. gestionan calidad, certificando proveedores y monitoreando procesos y resultados.

<sup>4</sup> SINAIS, <http://www.sinais.salud.gob.mx/serviciosotorgados/index.html>.

**Gráfica 1**  
**Esquema de Objetivos y Resultados de la Reforma de 2003**



los servicios es que el sector privado tiene cerca de 40 por ciento de los médicos especialistas, la seguridad social aproximadamente la tercera parte y el sector público central aproximadamente 20 por ciento. En resumen, midiendo a la industria en estadísticas de eventos la seguridad social representa alrededor de la mitad del total; midiendo en gasto, el sector privado es aproximadamente la mitad de la industria. De ahí que se pueda conjeturar que la cifra de oferta de la seguridad social más el sector privado se ubica entre 75 a 85 por ciento. Una conclusión de este análisis es que la reforma de 2003 que introduce el Seguro Popular es demasiado pequeña para significar un cambio en las condiciones de oferta en el mercado.

El problema de este sistema de silos radica en que al cambiar de empleo, de región de residencia, de estado civil o de otras características personales, la persona no tiene certidumbre sobre el conjunto de financiadores y proveedores que resuelven sus demandas de servicios de salud. Los hogares, cuando controlan directamente el dinero, lo gastan en cualquier proveedor privado. No hay incentivos para que los hogares acudan voluntariamente a proveedores públicos pagando por servicios en forma directa: si tienen derecho al servicio no tienen que pagar, pero enfrentan una probabilidad de mal servicio. El problema entonces no es que haya gasto de bolsillo, sino que se impide la integración del servicio y del financiamiento a nivel de la familia.

Los esquemas de seguridad social pueden definirse como planes de cuidado administrado (CA) pues ofrecen servicios de salud integrales, sin restricciones de pre-existencias y bajo un contrato de largo plazo (incluyendo la posibilidad de salir del plan y regresar sin penalidad), subsidios económicos por enfermedad general y beneficios de corto y largo plazo por enfermedad y accidente laboral, rehabilitación para el trabajo y, muy importante, seguro de salud en el retiro y para beneficiarios. El gasto por empresas y hogares en seguro privado suele seguir un modelo de proveedor preferido (PoP), en el cual el consumidor elige de una lista de proveedores finales de servicio con quienes se han negociado condiciones especiales de precio y otras circunstancias.

En el ámbito del Seguro Popular se define un paquete de servicios y una lista preestablecida de diagnósticos costosos (denominados “catastróficos”). Hacia 2011 ese núcleo está definido por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y las intervenciones contenidas en el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos, ambos componentes del Seguro Popular. El CAUSES es una lista de intervenciones que son financiadas por el sistema público distinto a la seguridad social. El “plan básico” es definido en detalle, posiblemente porque se busca acotar la responsabilidad del financiamiento público. Una vez más, el problema para las familias es que hay lista de espera y con frecuencia se tiene que hacer gasto de bolsillo para resolver los problemas. Sin embargo, para definir metas claras de servicio a la población en desventaja. Por otro lado, no sirve para contener el problema de riesgo moral que es la principal causa de desfinanciamiento y obstáculo para la integración de un modelo de atención integral.

En resumen, aproximadamente la mitad de la población tiene un plan de CA, y una pequeña fracción de familias de clase media alta o empleados de grandes corporaciones (públicas y privadas) tiene un PoP, con el resto accediendo a una opción de servicios estatales. En todos los casos, las familias recurren en forma importante a proveedores privados para compensar las deficiencias de los programas públicos.

## ***Finanzas***

En el ámbito de la financiación, en orden del tamaño de los flujos totales, los proveedores los reciben en primer lugar de pagos directos de los hogares, en segundo lugar de los fondos de la seguridad social, en tercer lugar de los fondos públicos federales y estatales, y finalmente de los seguros privados, los empleadores y de la beneficencia privada. Las últimas cifras oficiales ubican el gasto total en salud en el país en 6.4 por ciento del PIB del cual 51.2 por ciento es gasto privado (Secretaría de Salud 2011). Si esas cifras siguen siendo aproximadamente ciertas en 2012, el tamaño del mercado es de 828,000 millones de pesos, de los cuales 424,000 millones se dan en el sector privado. Los 404 mil millones de pesos de gasto público corresponden aproximadamente al presupuesto federal de 2010: 224 mil millones de la seguridad social federal y 180 mil millones de otros programas de salud (Secretaría de Salud 2011).

Para ponderar el impacto del Seguro Popular consideremos que en 2003 el gasto federal en salud para población no asegurada era de 86 mil millones, y que el gasto del Seguro Popular estuvo en 2010 en el orden de 52 mil millones. Entonces, el aumento entre 2003 y 2011 del gasto en el Seguro Popular representa un aumento a la tendencia del gasto federal en salud del orden de 6 a 8

por ciento, esto con relación al gasto total en servicios de salud en el país. Por otro lado, el crecimiento del gasto federal en seguridad social creció sólo 28 por ciento, siendo que la inflación fue 29 por ciento (de 2003 a 2010). No es posible precisar en qué medida la política adoptada desplazó otro gasto público (es decir, el mayor gasto en seguro popular es posible gracias al menor financiamiento a la seguridad social), o, menos aún, privado. En cualquier caso, es difícil pensar que un aumento en el gasto de una fracción pequeña de la oferta, como ha sido el caso del Seguro Popular, pueda efectuar un cambio importante en la estructura de la industria de servicios de salud.

### ***Comando y control vs. descentralización***

La reforma de 2003 preveía que el Seguro Popular no sería responsable del servicio, y que éste se daría mediante tres redes principales: las Secretarías Estatales de Salud (SESA), los organismos de seguridad social y el sector privado. Sin embargo, con respecto a los SESA, los organismos federales llevan a cabo acciones de regulación detalladas, que incluyen definir las inversiones físicas por los estados y otras acciones. Se llevan a cabo convenios de gestión de recursos financieros y también hay normatividad sobre información a proporcionar y otros aspectos (Auditoría Superior de la Federación 2010).<sup>5</sup> El término descentralización suele utilizarse en dos acepciones distintas. Una es la transferencia de procesos de administración del nivel central hacia el nivel local. Ese es el sentido aplicable a la descentralización de la Secretaría de Salud desde los años ochenta. Otro sentido es el de autonomía, en el cual los municipios o los hospitales quedarían con responsabilidad de los servicios, llevando responsabilidad financiera sobre los resultados. Es necesario añadir la descentralización operativa a la descentralización del presupuesto a los estados, es decir, la autonomía de los grandes hospitales.

Los hospitales públicos en general no cuentan con la capacidad legal y operativa para decidir eficazmente si un paciente con un diagnóstico específico debe atenderse o enviarse a otro proveedor. El modelo de integración vertical no provee rutas para que una decisión de ese tipo se evalúe en forma cotidiana y sistemática. Si el problema fuese sólo de desarrollo de sistemas de información, las soluciones tecnológicas proveerían una esperanza para identificar la oferta y la demanda de servicios. Sin embargo, los proveedores públicos de servicios de salud reciben presupuestos programáticos por capítulo de gasto; entonces, su principal herramienta de gestión económica es el cumplimiento del presupuesto por capítulo o renglón (es decir, personal, medicamentos, servicios generales), estando además una fracción grande de ese presupuesto fuera de su control. En forma complementaria, ese mismo hospital debe cumplir con metas definidas centralmente de uso de insumos y de producción. Los proveedores públicos—con excepciones poco significativas—no tienen en esos presupuestos un concepto de excedente económico o de flujos de efectivo que puedan canalizar de acuerdo a sus propias acciones, ni cuentan en su normatividad con mecanismos para emplearlos en dar servicio a terceros. Por ello, ante una situación de excedente de oferta de servicios, el director de un hospital prefiere guardarla para atender posibles elevaciones futuras de la demanda “propia”, pues ello le permite enfrentar esas demandas, o bien le permite cumplir con su presupuesto programático con menor esfuerzo. En este equilibrio

---

<sup>5</sup> [http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo5/10\\_SEGURO%20POPULAR\\_a.pdf](http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo5/10_SEGURO%20POPULAR_a.pdf).

social, ante una situación de exceso de demanda ese mismo hospital no puede canalizar sus pacientes a otros proveedores. Para que los proveedores públicos se abran para recibir pacientes de otros planes, se deben crear condiciones creíbles en las cuales el proveedor gane por recibir pacientes de un plan distinto a aquél del cual recibe predominantemente su presupuesto. Los hospitales y clínicas en general no llevan a cabo funciones de facturación y cobranza, y en general tampoco cuentan con contabilidad financiera completa como para gestionarse de forma autónoma.

Una segunda arista a pulir en la relación entre financiadores y proveedores, como parte del Seguro Popular, debe plantear el establecer planes estatales para la población no asegurada. Cada Estado necesita una agencia que llevaría a cabo la gestión del plan de servicios de salud estatal. En la actualidad, como se ha planteado el seguro Popular, el financiador le compra servicios a su superior jerárquico (la Secretaría de Salud del estado), lo que no es una solución contractual adecuada. Como señalan Orozco et al. (2011) hay un fuerte incentivo para que los recursos del Seguro Popular simplemente se añadan al presupuesto de los SESA.

La adquisición de medicamentos es en ocasiones efectuada por los REPSS y en ocasiones por los SESA (Orozco et al. 2011). El mantenimiento y desarrollo de infraestructura pertenece claramente al ámbito de los proveedores de servicio, pero la Ley General de Salud establece que se puede dedicar hasta 5 por ciento de los recursos del REPSS a esos procesos. Esta regla de dedo no establece ninguna relación útil con el costo de los fondos o con la rentabilidad de los proyectos. Es contradictorio pensar en las ventajas de la descentralización al tiempo que se mantienen elementos sustantivos de control central.

Esta contradicción explica por qué la principal iniciativa del gobierno federal en la administración 2006-2012 haya sido la de “integración funcional”, que tiene como componentes principales al “padrón general de salud”, al “intercambio de servicios” y “expediente clínico electrónico”. Estas herramientas se basan en la idea de centralizar la información de pacientes y de oferta de servicios para definir “criterios y procedimientos de cálculo y registro de costos de los servicios de salud con los que sea posible construir tarifas homologadas de prestación de servicios dentro del Sistema Nacional de Salud” (INSP 2011) de manera que los convenios entre instituciones centrales sirvan para que los pacientes financiados por un esquema sean atendidos en hospitales de otro esquema. Además de dejar fuera la participación del sector privado (que es la mitad de la oferta), esta estrategia supone que las instituciones federales decidirán a nivel central las tarifas y controlarán los flujos de pacientes.

Así, vemos que no ha sido fácil implementar las ideas que guiaban la reforma de 2003. De ahí que se venga dando un ciclo de propuestas para nuevas reformas, las cuales se comentan en la siguiente sección.

#### **4.Una Discusión de las Propuestas Existentes**

Generalmente se considera que un país tiene universalidad si todos los ciudadanos tienen acceso a protección financiera y acceso efectivo a los servicios; es decir, la persona se encuentra en un ambiente en que puede acceder a los servicios de salud necesarios. Por ejemplo, en el reciente acuerdo entre la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la

Salud (OMS) sobre la definición del “piso social”, se articula una visión de la seguridad social como un derecho humano básico (OIT 2009, 2011a, 2011b).

Sin embargo, cualquier concepto de universalidad en forma aislada tiene poco sentido si no se entiende junto con los de integralidad e integridad de los servicios. Es decir, puede haber en la práctica diferencias importantes en la calidad de los planes por razones de oportunidad del servicio, calidad de los proveedores y servicios complementarios. El criterio guía a que señala este documento—que es integrar todos los servicios de salud para la familia en torno a un programa de atención primaria—incluye la protección financiera, pero es más amplio. En ocasiones se plantea como objetivo igualar el financiamiento público que se provee a cada persona; sin embargo, en un país en que más de la mitad del gasto nacional se da fuera de las instituciones públicas, un objetivo de igualar el gasto público por persona no debería ser relevante. Una reforma guiada por el objetivo de igualar el gasto por familia afiliada a cada organismo mantendrá los obstáculos a la integración de planes integrales de salud.

La mayor parte de las propuestas para una reforma al sistema de salud mexicano incluyen alguna forma de “garantía de acceso a los servicios de salud”, de “agrupación de los recursos” y de “separación” de las funciones del Estado.<sup>6</sup> En algún caso se propone la nacionalización de la industria y crear un sistema único. Sin embargo, en lo sustantivo, estas iniciativas se enfocan al problema de administrar el presupuesto federal y la operación de proveedores públicos, pero no en integrar los servicios para cada familia.

Una reforma exitosa debe considerar que las industrias tienen diferencias en sus patrones de organización entre países debido al tamaño de la economía, al nivel de ingreso y a la regulación, pero por otro lado la tecnología y las estructuras de información obligan a un nivel de convergencia importante. Por ejemplo, el Seguro Popular ha venido convergiendo a lo que podemos denominar el “modelo *Medicaid*” por su versión más conocida, que es la de Estados Unidos: como un mecanismo para distribuir dinero del presupuesto federal a los estados. Es un modelo popular en el ámbito político porque resuelve una negociación entre federación y estados. El modelo puede durar indefinidamente, pues cada estado obtiene recursos de acuerdo a su capacidad de negociación y puede añadir recursos propios en forma adicional. Por otro lado, esta estrategia no introduce una motivación a reformar el seguro de salud a nivel estatal, pues la mayor parte de la oferta y de la demanda no está en su ámbito de autoridad. Es decir, hay incentivos a favor de mantener el modelo que pueden ser difíciles de vencer.

Los documentos oficiales han señalado en el pasado explícitamente la intención de seguir de cerca la reforma de Colombia (que a su vez se inspira en el modelo de los Países Bajos; Londoño y Frenk 1997). Un análisis de relevancia para este punto es el de Van Gameren (2011), pues reformas como la planteada en 2003 en la Ley General de Salud demandan ciertas capacidades institucionales y antecedentes de reforma que no están presentes en México, y tampoco lo estuvieron en Colombia en 1994 (fecha de su reforma). Chile ha seguido un camino “de abajo hacia arriba” para buscar un modelo similar, mientras que Colombia intentó, una reforma agresiva que en la práctica ha enfrentado problemas de implementación (Chernichovsky, Guerrero y Martínez 2012).

---

<sup>6</sup> Banco Mundial, ver Cercone y St. Antoine (2001); Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006); Martínez (2006); Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Cercone et al. (2005).

Algunas propuestas en circulación implican llevar al Seguro Popular al modelo del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil.<sup>7</sup> Brasil es un caso interesante por ser un país de tamaño comparable al de México en población y territorio, y por padecer también de una segmentación social significativa. Brasil tiene un Impuesto al Valor Agregado (IVA) elevado y no tiene contribuciones tripartitas para financiar el seguro de salud. Es decir, es un marco muy parecido al propuesto por diversos autores: eliminar impuestos a la nómina y dar lo mismo a todos en el sector público. Por otro lado, en Brasil aproximadamente cuatro quintas partes de la población reciben servicios habitualmente de los servicios estatales, pero como en México, la mitad o más del gasto en servicios de salud es privado, principalmente efectuado por los hogares (OPS 2008). El Ministerio Federal opera una fracción relativamente pequeña de los hospitales (una cifra reciente es de 69 hospitales federales, 618 estatales y 2,278 municipales). Sin embargo, dos terceras partes de las camas en el país son privadas, por lo cual el sistema público brasileño compra una fracción importante de su oferta de servicios a hospitales privados (sólo 24 por ciento de las instalaciones privadas reciben pacientes públicos en Brasil; en México posiblemente esa cifra es cercana a cero con excepción de unos pocos estados). Un aspecto en el cual Brasil profundizó más que México es en la descentralización, ya que los estados y municipios tienen un control estrecho del sistema, con baja interferencia federal. Posiblemente eso se deba a que la contribución financiera de los estados es mayor que en México: 27 por ciento de los estados y 23 por ciento de los municipios, contra cerca de cero en México (alrededor de 18 por ciento citan las cifras oficiales, pero los recursos provienen de dinero que originalmente distribuye la federación, no de recaudación directa por los estados).

Se ha dado en México una discusión sobre la posibilidad de “eliminar los impuestos a la nómina para la seguridad social”. Podemos mencionar que las primas con respecto al salario para seguros obligatorios son de 7 por ciento en Chile, 12 por ciento en Colombia, y en general de cero en Brasil y Canadá. Una acotación importante es que en Chile, Canadá y Colombia las regulaciones han logrado un avance muy grande en canalizar el financiamiento vía el sistema público, no así en Brasil donde el ciudadano enfrenta en mayor grado, como en México, la opción continua de acudir a clínicas y hospitales públicos con costo monetario casi de cero o bien acudir a un proveedor privado. Tanto Brasil como Colombia y Chile tienen mercados laborales con un nivel importante de informalidad y una cobertura baja de empresas micro y trabajadores independientes. Sin embargo, Chile y Colombia han tenido mejoras en las tasas de cobertura de esos grupos; entre 1990 y 2010 Chile pasó de 42 a 55 por ciento y entre 1996 y 2009 Colombia pasó de 12 a 27 por ciento, mientras que México está debajo de 10 por ciento (Rofman y Oliveri 2011; este cálculo no acredita a la cobertura del Seguro Popular).<sup>8</sup> Es decir, algunas reformas a los seguros de salud si han tenido éxito en ampliar la cobertura. Por ello, al ver el caso de Chile, no es fácil argumentar que la contribución a la nómina desincentiva la afiliación, inclusive de empresas pequeñas, pues es el país con mayor cobertura en este grupo. Uruguay también tiene buenos resultados dentro de la región, también

---

<sup>7</sup> El SUS es un sistema altamente descentralizado a los estados federativos. Se estima que la mitad del gasto en salud brasileño se da vía el SUS, de manera que el resto es privado. Del gasto privado, no hay una institución análoga al IMSS. En Brasil se está desarrollando un mercado de planes de salud pero está altamente fragmentado. Ver, por ejemplo: <http://blogs.wsj.com/deals/2012/10/08/unitedhealths-amil-purchase-a-platform-for-international-growth/?KEYWORDS=brazil+health+care>.

<sup>8</sup> Estas cifras se refieren a la cobertura de la seguridad social en general, de manera que aproximan la cobertura de los regímenes contributivos.

tiene contribuciones sobre la nómina y ha tenido una reforma al seguro de salud sobre las líneas planteadas en este artículo. Un aspecto importante es que tanto en Colombia como en Chile y en Uruguay la persona tiene capacidad de elección de su plan, pero en Colombia hay un plan contributivo y uno no contributivo, y sólo se paga la contribución para el primero. En Chile, todos tienen que pagar la contribución, y quien desea un plan más generoso tiene que pagar más, dándose mecanismos de apoyo de acuerdo al nivel de riqueza y a otras variables, como la edad. Habiendo señalado a la mayor flexibilidad del modelo chileno, debemos apuntar también al costo principal, el cual debe ser a esta altura claro para el lector: el sistema público es blanco de una agresiva selección adversa y termina atendiendo mucho más casos de alto costo que el sistema de planes privados (Cid Pedraza 2007). Esa selección adversa es el principal problema que debe resolver la regulación al seguro de salud.

En vista de la penetración existente en México de la seguridad social como proveedor, el caso de Costa Rica plantea una opción distinta que no puede dejarse de lado. Ese país tuvo entre 1965 y 1984 un proceso para integrar todo el sistema en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Eventualmente, ha quedado sin seguro una fracción de empleados de microempresas e independientes a pesar de que su afiliación está altamente subsidiada, y también están sin seguro los inmigrantes (de Nicaragua y otros países cercanos). En esa estrategia de largo plazo, la cobertura se estacionó en torno al 90 por ciento, de manera que si no hay cobertura total, el resultado es bastante bueno en comparación al 50 por ciento de México.

México amplió el acceso a los servicios de salud en los setenta por una vía similar a la de Costa Rica, principalmente con el crecimiento del programa IMSS Solidaridad, en el cual se prestaba servicio en comunidades rurales.

A partir de los años ochenta se adoptó una política de descentralización de los servicios de salud federales que intentó revertir la expansión de IMSS Solidaridad; posiblemente no fue compatible descentralizar a los estados mientras se ampliaba el gasto federal y la descentralización no pudo concluir, de manera que en más de la mitad de los estados se mantuvo la situación anterior, con el IMSS atendiendo a la población no asegurada.

Adicionalmente, mediante la reforma de 1973 a la Ley del Seguro Social que estableció los “esquemas modificados” para afiliar a grupos no asalariados y otros de la economía informal. La opción de esquemas modificados que debía atender a auto-empleados y a trabajadores no afiliados normalmente por las empresas resultó en un impacto significativo sobre el déficit financiero del IMSS, logró avances modestos y terminó siendo derogada con la reforma de 1997.<sup>9</sup>

En vista de este legado, ¿cuál es el camino de evaluación posible con mejoras deseables en la equidad y en el acceso, así como en la integración de la oferta de cuidado que enfrentan las familias?

---

<sup>9</sup> En 1997 se legisló el Seguro de Salud para la Familia que tiene una estructura similar a la del Seguro Popular, pero eventualmente el gobierno decidió la expansión de ese modelo fuera del IMSS. Si México pudo avanzar más eficazmente hacia la integración del sistema de seguir un camino análogo al de Costa Rica es relevante porque ese país ha logrado un avance superior. Por otro lado, seguir el camino de Costa Rica puede ser difícil para México en la época actual porque se ha desarrollado una red pública alterna y porque el IMSS es ya demasiado grande, de manera que el gobierno puede no estar dispuesto a crear un monopolio bilateral con el IMSS, que tendría un poder de negociación muy grande al ser el proveedor exclusivo.

## 5. Sigüientes Pasos

De la discusión anterior no puede inferirse que la situación de regulación y financiamiento de los seguros y servicios de salud en México no es muy diferente a la que prevalecía hace unas décadas. Para avanzar en la integración se requiere el desarrollo de las garantías y de la organización, en el manejo de planes de salud y en la prestación de servicios. Aún más, la sociedad mexicana está entrando en una fase ineludible que define la política global de salud: el incremento en costos. Cualquier escenario sustentable debe prever la necesidad de acomodar un fuerte crecimiento del gasto, tanto público como privado, en un marco de contención (Aguilera y Scott 2011).

La principal problemática es que las familias mantienen una relación azarosa con los servicios. Esto exacerba el problema central de riesgo moral. Entender las posibilidades de evolución requiere reconocer los siguientes cuestionamientos:

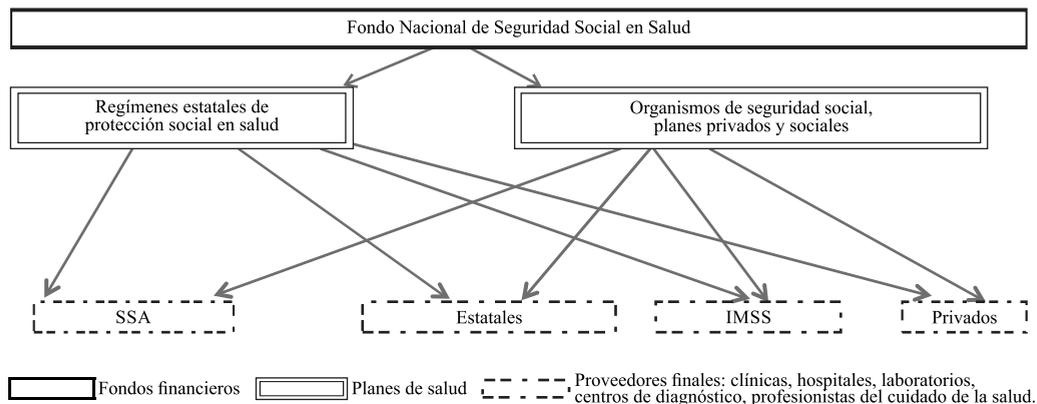
- ¿Cómo lograr que la familia tenga confianza acerca de quién será su proveedor, y que los planes tengan capacidad de controlar conductas de selección que les imposibilitan contener el gasto sin racionamiento arbitrario?
- ¿Cómo lograr que las familias y empresas integren el financiamiento complementario (más de la mitad del gasto nacional) a los planes regulados?
- ¿Cómo evitar la necesidad de regulaciones centralizadas sobre precios de servicios finales e insumos intermedios?
- ¿Cómo evitar un proceso de excesiva regulación y conflictos judiciales por la definición de beneficios?

El problema de regular al seguro de salud ha probado ser complejo. En efecto, la industria no sólo está plagada de problemas de información, sino que las sociedades contemporáneas muestran una profunda preferencia por la igualdad en el acceso a los servicios de salud a pesar de que otras diferencias son aceptables social y políticamente. A continuación se describe un plan de acción realista para romper la inercia de segmentación, y enfocar la política hacia la integración de un plan para cada familia en el país.

La Gráfica 2 resume una estrategia práctica que no requiere de incrementos en el gasto público y construye sobre las instituciones existentes. Esto se puede comparar con el panel intermedio de la Gráfica 1, que es el esquema vigente. En el esquema de la Gráfica 2 cada familia está afiliada al régimen de seguridad social o a un régimen estatal (REPSS). Todo el dinero federal (incluyendo una parte de las cuotas de trabajadores y empleadores) se agrupa en un Fondo Nacional de Seguridad Social en Salud (FONASA) y se distribuye hacia los fondos ya establecidos de la seguridad social o a los REPSS. Aquellos ciudadanos dispuestos a efectuar los pagos requeridos por los fondos de seguridad social tienen acceso a ellos (lo que usualmente implica tener otros beneficios sociales), y quienes no lo están quedan afiliados al REPSS de su entidad. Esto da un marco natural para la integración de los planes de cuidados de salud operados por instancias privadas y sociales: los trabajadores deberán afiliarse al plan del IMSS y de ahí se derivarán sus relaciones financieras con el resto del sistema. Los planes decidirán en forma descentralizada sobre sus proveedores de servicio. De esta forma se evita adoptar regulaciones

centralizadoras de tarifas, salarios y costos. Los reguladores federales se podrán concentrar en las tareas de optimizar la distribución de recursos del FONASA, incluyendo en ellos los criterios de equidad acordados democráticamente, en supervisar la calidad y el cumplimiento por parte de los planes y de los proveedores finales, y en coordinarse con otras instituciones estatales en temas eminentemente públicos, como son los de afiliación, conservación de derechos, cobranza, evaluación financiera y actuarial y planeación de la evolución futura del sistema.

**Gráfica 2**  
**Seguridad Social de Salud**



Las regulaciones permitirán tres conjuntos de beneficios: un conjunto de servicios garantizados; un conjunto de planes suplementarios, en general asociado a la seguridad social; y servicios financiados por los particulares pero que complementan (y no sustituyen) a los dos primeros. Lo importante es que cada familia tenga certidumbre sobre su ubicación en el sistema y que pueda prever que esencialmente todos los servicios de salud que recibirá en el largo plazo serán organizados por el plan en que participa. El contrato de seguro de salud es de largo plazo, y la movilidad entre planes es deseable como un mecanismo marginal y evolutivo de ajuste. Por el contrario, debe evitarse una estrategia de definir paquetes que obliguen a la expedición de regulaciones detalladas, lo que generaría burocracia y abriría flancos legales al sistema en forma indebida (es decir, que las decisiones de acceso a los hospitales o a los medicamentos comiencen a ser tomadas por los tribunales).

En los ámbitos de la financiación y de la organización y administración del consumo, partiendo de que se constituya un fondo nacional con todos los recursos públicos, estos se pueden asignar equitativamente entre todos los planes. El mapa de estos planes debe ser precisado para dar claridad a la política. Sólo habría tres planes federales (IMSS, ISSSTE e ISSSFAM), 32 estatales, y cualquier número de planes privados, aunque estos últimos estarían formalmente dentro de la sombrilla legal del IMSS como régimen general (en esto se incluye al de Pemex, la corporación petrolera del estado). Algunas reglas a resolver son las siguientes:

- Todos los fondos públicos se canalizan a un solo fondo nacional; este fondo asigna recursos a cada plan. A este fondo no se le aplica la estructura del presupuesto federal (es decir, los ramos y renglones del gasto), y el monto que recibe no depende del legado presupuestal ni de sus regulaciones. Este fondo constituye una empresa paraestatal que enfrenta regulaciones de transparencia financiera (las mismas que aplican a una institución financiera).
- El fondo nacional es un ente netamente técnico cuyas funciones básicas son coordinar el proceso de afiliación, administrar la base de datos de afiliados del sistema, asignar los recursos a los diferentes planes y proveer información a los usuarios sobre los planes. Podría hacer reembolsos por casos catastróficos de poca incidencia, es decir funcionar como reasegurador en estos pocos casos.
- Los REPSS deben ser organismos descentralizados sujetos a estándares financieros de empresas públicas, y el financiamiento irá directamente del fondo nacional a ellos (por ejemplo, tienen contabilidad financiera y registran plenamente sus pasivos).
- La regulación establece que las familias tienen la posibilidad de migrar entre planes, con visión de largo plazo y contemplando ajustes por riesgo. En particular, se prevén reglas para financiar los seguros de los retirados.
- Las regulaciones sobre el paquete garantizado son aplicables a todos los planes, pero en la práctica habrá diferencias de servicio, pues cada uno mantiene sus reglas propias de acceso (en el caso más importante, los fondos de seguridad social cobran cuotas a empleados y trabajadores).
- Ningún plan puede negar la afiliación de una persona y no se aplican los conceptos de preexistencias al plan básico. Regulaciones transitorias aplicarán en otros diagnósticos.

El fondo nacional lleva a cabo funciones de afiliación, cobranza, consolidación y asignación de fondos. Una vez que se acepta la necesidad de un mecanismo para consolidar fondos y redistribuirlos, no hay duda de que se requiere consolidar los mecanismos de afiliación y cobranza. Cómo hacerlo no es realmente atendido por la generalidad de las propuestas listadas, pero la evidencia de las mejores prácticas en diversos países indica que la agencia dedicada a estos procesos debe servir a todo el ámbito de la protección social e incluso servir como vehículo para la prestación de una gama amplia de servicios públicos al ciudadano (ver CISS 2007). Es decir, no tendría sentido crear un nuevo sistema especializado en servir sólo al sector de salud público que provee servicios de salud, con sus propias bases de datos y procedimientos. Debe partirse del núcleo creado en torno al sistema de pensiones, como ocurrió en Canadá, Australia, Uruguay y otros países. En la actualidad, el sistema de pensiones lleva a cabo la afiliación y cobranza del Fondo Nacional de Vivienda para los Trabajadores y se apoya en una empresa concesionada de servicio público (Procesar) para las interacciones financieras con bancos, administradores de fondos para el retiro y la SHCP. A diferencia del sistema de pensiones, donde se trata de beneficios o contribuciones monetarias definidas con precisión en las leyes, en el de salud la integración vertical de financiador y de administrador del plan determina incentivos para la asignación de recursos que son incompatibles con una política de distribución de recursos y acceso equitativo. Para ser explícitos, el control de la calidad y del acceso hace que quien controle el financiamiento pueda favorecer a sus propios hospitales y clínicas en detrimento de los demás. Por ello, el fondo nacional no puede estar integrado a ningún plan.

En el ámbito de prestación de servicios, cada plan tendrá libertad de contratar o integrarse con proveedores de servicios. En esta relación de planes y proveedores, la integración vertical es una solución eficiente y común para planes de cuidado administrado. Sin embargo, esa necesidad de integración vertical no debe confundirse con una excesiva integración horizontal que impida avanzar en la autonomía hospitalaria. La reforma interna de la seguridad social, y la autonomía de los REPSS como instancia estatal son metas de mediano plazo. Esta estructura tiene como objetivo dar autonomía a los hospitales y mantener sistemas efectivos de atención primaria. Es decir, estos planes mantendrán el control directo y estrecho de la atención primaria para resolver mejor los problemas colectivos (como el de vacunación) y controlar el costo (por el acceso a especialistas y hospitales), pero deben dar una estructura a sus hospitales para que sea atractivo atraer a pacientes de otros planes, y para tomar decisiones de enviar pacientes a otros proveedores cuando ello sea más conveniente.

Un legado que debe resolverse es la relación entre los regímenes estatales, las secretarías de salud estatales y el financiamiento federal. El modelo del Seguro Popular define que los REPSS son los planes de salud para la población que no está en la seguridad social, pero por otro lado están subordinados a las secretarías estatales de salud, que son autoridades sanitarias locales y a la vez proveedores de servicios finales. Las entidades federativas tienen soberanía en el aspecto de definir su administración pública local y no es claro que tengan incentivos para seguir una regulación federal que pretenda limitar su capacidad de decisión. Por ello debe considerarse que los REPSS integren verticalmente los servicios estatales convirtiéndose en empresas paraestatales que reciban directamente el financiamiento del fondo nacional y cumplan con regulaciones de información financiera.<sup>10</sup>

La movilidad de familias (la “portabilidad”) significa dos cosas distintas. Por un lado, es necesario que una familia pueda migrar entre planes, pues puede haber cambio de empleador, puede haber miembros de la familia en distintos planes, puede haber colectivos que por razones legales están asignados a un plan pero a quienes conviene mudarse a otro, o simplemente la familia puede estar inconforme con su plan. Ese primer tipo de movilidad es de largo plazo y su objetivo es que la familia se acomode en el plan que más le convenga. El primer tipo de movilidad es altamente regulado y tiene una visión de largo plazo; si un colectivo quiere moverse, debe cumplir con elevados estándares de información y compartir el riesgo con el sistema nacional. Probablemente casi toda la migración entre planes será colectiva, excepto para familias de clase media alta.

En su conjunto, la movilidad hacia planes privados debe ponderarse en una proyección realista. Un plan tiene que asumir el costo de la atención primaria y algo del riesgo de los cuidados médicos en invalidez y vejez. Es decir, las regulaciones serán conservadoras para evitar que estas migraciones individuales o colectivas pretendan obtener beneficios al transferir pasivos al sistema público. En vista de la distribución de salarios del país, posiblemente después de algunas décadas no se alcanzará más de un 20 o 25 por ciento de cobertura por planes privados, pues pocos empleadores estarán interesados en asumir el riesgo de largo plazo de financiar la salud, y una minoría de familias tiene ingresos para pagar un plan privado.

---

<sup>10</sup> Los aspectos corporativos han sido considerados secundarios, pero dos alertas son los resultados de la descentralización educativa, que inició hace 30 años y cuyo diagnóstico es menos favorable porque fue parcial. Posiblemente más que llegar a un proverbial punto medio de lograr lo mejor de un sistema centralizado y de uno federativo, terminó con lo menos bueno de ambos (Fierro, Tapia y Rojo 2009).

Un tipo de movilidad diferente es el de pacientes entre proveedores. Este segundo tipo de movilidad tiene el objetivo de control del costo y estandarización de la calidad, y la decisión está a cargo de cada plan. A nivel de prestación de servicios no puede haber en realidad un derecho individual a migrar. Más bien, son los planes los que deciden el lugar de atención de acuerdo a su manejo general del riesgo y del costo asociado a su población, a sus propios servicios y a sus opciones alternas de provisión. Son los planes los que organizan la red. La elección del afiliado por clínicas y hospitales se restringe al portafolio de proveedores que puede proporcionar cada plan (si es un PoP), o dentro de un sistema de medicina administrada (donde estará la vasta mayoría de las familias). A mediano plazo, al avanzar la calidad de la gestión de los planes, podrán abrirse algunas opciones. El seguro de salud es un contrato de largo plazo y si bien una mayor flexibilidad del sistema es necesaria para el buen funcionamiento de un seguro de salud contemporáneo, invariablemente se da dentro de un marco regulatorio que equilibra los elementos de elección con la buena administración del consumo y del riesgo.

La visión para el sector privado se define de una forma natural en este marco. Sólo los esquemas privados capaces de garantizar servicios integrales comparables a los del IMSS pueden ser elegibles para participar en el sistema. Estos organismos privados serían administradores y organizadores del consumo de los servicios de salud, no propiamente aseguradoras. No excluye esto la posibilidad de que las aseguradoras funcionen como planes, pero en la práctica, usualmente las aseguradoras son negocios financieros que no desarrollan la capacidad de administrar el consumo y utilizan restricciones de tiempos de espera, pre-existencias y elevados copagos para lograr la solvencia (es decir, transfieren el riesgo y el costo de administración al consumidor).

¿Se requiere una reforma constitucional para sustentar la política de salud? El Artículo 4 de la Constitución Mexicana que define "...que toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", cabe dentro de la categoría programática. Es decir, es una promesa del Estado, pero no genera compromisos de servicio exigibles. Hay tres motivaciones para una reforma constitucional. La primera es delimitar el alcance de la garantía estatal (hacer exigible el derecho), la segunda es establecer la obligación de contratar un seguro de salud para todos aquellos generadores de ingreso que no tiene seguro social, y la tercera es que los planes deben cumplir con regulaciones de funcionamiento. El derecho a la salud ya existe en la Constitución, y otros aspectos—como la integración de un fondo con todos los recursos públicos o la creación de nuevas regulaciones o instituciones—se pueden resolver caminando vías legales y reglamentarias.

Los tres puntos mencionados disminuyen el riesgo de judicializar las decisiones sobre las garantías federales, establecen para todos aquellos con capacidad de pago la obligación de contribuir, y obligan a los planes a adoptar cierta forma de administración y regulación.

El tema de la regulación es principal, y en un escenario de múltiples planes y proveedores es conveniente definirlo antes de avanzar en reformas al financiamiento. Las administraciones federales 2000-2012 han tratado de definir al Consejo de Salubridad General como la instancia de regulación.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Este papel del Consejo de Salubridad General se planteó desde el PNS 2001-2006 (Secretaría de Salud 2001). Esta es una institución constitucional por la necesidad de permitir acciones extraordinarias ante "...epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país...". Es creado en el artículo 73 de la Constitución, el cual trata las facultades del Congreso, en particular dentro de la Fracción XVI, que se refiere al tema de migración. Esta ubicación se explica por la necesidad de impedir la movilidad de personas ante una epidemia. Con base en ella se puede, por ejemplo, justificar la entrada forzada de la autoridad en domicilios particulares. Ese no es el caso que motiva la regulación a los seguros de salud. No es un caso de emergencia ni es aceptable el uso de una autoridad al margen de los canales constitucionales normales (ver Diario Oficial del 11 de diciembre de 2009).

Esa es una institución del siglo XIX que tiene un papel Constitucional referente al control de epidemias provenientes del extranjero por lo que debe explorarse la posibilidad de crear una instancia especializada de regulación que no tenga funciones operativas y sirva para regular las relaciones entre planes y proveedores, así como para fines de protección al consumidor.<sup>12</sup>

En el aspecto central de la medición y evaluación de la cobertura universal, las métricas centrales tienen que ver con el acceso a los servicios: dada la distribución de enfermedades y accidentes, cuántas personas tienen acceso efectivo a servicios. Es decir, la medición con base en registros a un programa tiene significancia fiscal, pero no describe los aspectos principales que se buscan con una política de salud.

Por último, podemos mencionar que “silos” utilizados para describir el sistema de salud en México están constituidos principalmente por equipos de gestión e incluso acción política que han estado en operación durante algún tiempo. En los términos establecidos por Ben-Bassat (2011), los obstáculos a la coordinación entre los organismos públicos proporcionan señales de riesgo político para implementar las reformas. La existencia de esos silos resume el análisis que motiva este artículo y apunta a problemas de coordinación. Las reformas al seguro de salud son difíciles en cualquier país y es probable que un enfoque rentable requiera encontrar mecanismos de gobernabilidad que continuamente generen mejor coordinación entre las instituciones públicas, los proveedores privados y los ciudadanos, y no un enfoque de finanzas públicas (más impuestos y más gasto).

---

<sup>12</sup> Esta es una oportunidad también para revisar si el Consejo de Salubridad General es el mecanismo adecuado para enfrentar situaciones de acción extraordinaria por epidemias. Del siglo 19 hasta hoy se ha dado un gran avance en la ciencia y en las formas de expedir regulaciones y de aplicarlas. En particular, hay sistemas aduaneros y de policía mucho más ligados al comercio internacional que sirven para restringir la entrada de personas o mercancías peligrosas al país, y dentro del territorio nacional también hay diversos mecanismos para enfrentar los problemas. Adicionalmente, los miembros del Consejo de Salubridad General son todos nombrados por el Ejecutivo, de manera que no es de esperar que tengan información o autoridad distinta que sirva para regular el sistema.

## Referencias

**Aguilera, Nelly, Alfonso Miranda y César Velázquez.** “Evaluación Costo Efectividad del Seguro Popular”. Mimeo. CIDE, 2012.

**Aguilera, Nelly y John Scott.** “Feasibility Analysis of an Integrated Health System: Financial and Distributive Implications”. *Well-Being and Social Policy* 7.1 (2011):23-46.

**Anand, Sudhir.** “The Concern for Equity in Health.” *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56 7 (2002): 485-487.

**Auditoría Superior de la Federación.** “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009. V. Gasto federalizado V.10. Ramo 12. Seguro Popular (Acuerdos de Coordinación).” México, 2010.

**Ben-Bassat Avi.** “Conflicts, Interest Groups, and Politics in Structural Reforms”. *Journal of Law and Economics*, vol. 54 (2011): 937-952.

**Cantú, Ricardo, Antonio Gómez, Bruno López-Videla, Eduardo Rodríguez-Oreggia, y Héctor J. Villarreal.** “The Worsening of the Labor Market and Its Effects in the Poverty of Mexico” Documento de Trabajo. CISS/WP/1207. México: CISS, 2012.

**Cercone, James y JJ de St. Antoine.** “Reform of the Mexican health care system”. En M. Giugale, O. Lafourade y VMHM Nguyen (comps.) *Mexico: A Comprehensive Development Agenda for the New Era*. Washington, D.C.: World Bank Publications, 2001.

**Cercone, James, Rodrigo Briceño y Varun Gauri.** “Contracting Primary Health Care Services—The Case of Costa Rica”. En La Forgia, Gerard M. Ed. “Health System Innovations in Central America. Lessons and Impact of New Approaches”. World Bank Working Paper No. 57, Mayo 2005.

**Chernichovsky, Dov, Ramiro Guerrero y Gabriel Martínez.** “La sinfonía inconclusa: Reforma al sistema de salud de Colombia”, PROESA, Mayo 2012.

**Chernichovsky, Dov.** “Pluralism, public choice, and the State in the emerging paradigm in health systems”. *The Milbank Quarterly* 80 no 1 (2002):5-39.

**Chernichovsky, Dov.** “Health system reform in industrialized economies: an emerging paradigm.” *The Milbank Quarterly* 73 no. 3 (1995):339-372.

**Cid Pedraza, Camilo.** “Inequidad y segmentación del financiamiento del sistema de salud Chileno”. AES, Chile:AES, 2007.

**Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud.** *Objetivos y Principales Conclusiones*. México, 2006.

**Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).** *Informe sobre la Seguridad Social en América 2007. Globalización y Protección Social*. México: CISS 2007. Disponible en: [http://www.ciss.org.mx/index\\_es.php?mod=informe](http://www.ciss.org.mx/index_es.php?mod=informe).

**Diario Oficial de la Federación.** “Reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros”. Secretaría de Gobernación 3 de enero de 1997 y 31 de diciembre de 1999.

**Fierro Evans, Cecilia, Guillermo Tapia García y Flavio Rojo Pons.** “Implementación de políticas educativas: México. Descentralización educativa en México. Un Recuento Analítico.” OCDE, 2009. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/7/9/44906363.pdf>.

**Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).** “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales”. Primera edición, México:INSP, 2012.

**Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).** “Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Informe final del proyecto”. Agosto, 2011. Disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/portabilidad\\_2011.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/portabilidad_2011.pdf).

**Knaul, Felicia Marie, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, David García-Junco, Héctor Arreola-Ornelas, Mariana Barraza-Lloréns, Rosa Sandoval, Francisco Caballero, Mauricio Hernández-Avila, Mercedes Juan, David Kershonovich, Gustavo Nigenda, Enrique Ruelas, Jaime Sepúlveda, Roberto Tapia, Guillermo Soberón, Salomón Chertorivski,\*Julio Frenk\* (\*autoría conjunta y líder de grupo).** “The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico.” Publicado en línea, agosto 16, 2012. Disponible en: [http://web.sph.harvard.edu/ministerial-leadership-in-health/files/Mexico-Update\\_8-16-12.pdf](http://web.sph.harvard.edu/ministerial-leadership-in-health/files/Mexico-Update_8-16-12.pdf).

**Londoño JL. y Frenk J.** (1997) "Structured pluralism: towards a new model for health systems reform in Latin America". *Health Policy*, Vol. 41 no 1 (1997): 1-36.

**Martínez, Gabriel, Nelly Aguilera, Martha Miranda, Ángel Calderón Madrid, Ricardo Cantú, Héctor J. Villarreal, Mercedes González, Bruno López Videla, María Quintana, Antonio Gómez, Cristian Hernández, Eduardo Rodríguez Oreggia, Inés Escobar y Marta Moreno.** *Empleo y protección social: el caso de México*. 2012.

**Martínez, Gabriel.** "An Estimation of Labor Supply Elasticities for Mexico." Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2012. Disponible en <http://ssrn.com/abstract=2109933>.

**Martínez, Gabriel.** *El Estado Mexicano de Bienestar*. México: Miguel Ángel Porrúa, 2006.

**Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Organización Mundial de la Salud (OMS).** *The Social Protection Floor*. Ginebra, 2009.

**Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Organización Mundial de la Salud (OMS).** *Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa*, Informe VI, Conferencia Internacional del Trabajo, 100ª reunión, Ginebra. 2011a.

**Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Organización Mundial de la Salud (OMS).** *Social protection floors for social justice and a fair globalization*. Report IV (1) International Labour Conference, 101st Session, 2012. OIT: Ginebra 2011b.

**Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).** "Brasil Perfil de Sistemas y Servicios de Salud. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio/ Reforma." Brasilia, D.F., Brasil, Febrero de 2008.

**Orozco, Emanuel, Miguel Ángel González Block, Mariel Rouvier, Armando Arredondo y Thomas Bossert.** "Evaluación. Retos e innovaciones de la gestión de los regímenes estatales de protección social en salud para la cobertura universal". Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.

**Rofman, Rafael y María Laura Oliveri.** "La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores". Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales N° 7, Banco Mundial, 2011.

**Secretaría de Salud (SSA).** *Manual de Organización Específico de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad*. México: SSA, 2007. Disponible en: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/ProyectosEstrategicos/MOECCINSHAE.pdf>

**Secretaría de Salud (SSA).** *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México: SSA, 2012. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compipro170108.pdf>.

**Secretaría de Salud (SSA).** *Rendición de Cuentas en Salud 2010*. México: SSA, 2011.

**Seguro Popular.** Número de Afiliados al Seguro Popular. México, 2009. Disponible en: [http://www.seguropopular.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=147&Itemid=63](http://www.seguropopular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=147&Itemid=63)

**Sistema Nacional de Información en Salud.** Servicios Otorgados. México, 2011. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/serviciosotorgados/index.html>.

**Van Gameren, Edwin.** "La Reforma al Seguro de Salud en los Países Bajos y su Relevancia para México." *Bienestar y Política Social*, 7.1 (2011):1-22.