

Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México

Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada

Coordinadores

Miguel A. González Block
Gabriel Martínez González



Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México

Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada

Coordinadores

Miguel A. González Block
Gabriel Martínez González



HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE LA PROTECCIÓN FINANCIERA DE LA SALUD EN MÉXICO.

Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada,
primera edición

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

DERECHOS RESERVADOS © 2015, por:

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. (AMIS)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., por



Intersistemas, S.A. de C.V.

Aguilar y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

ISBN 978-607-443-526-9



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Alejandro Bravo Valdez

Asesor editorial

LDG Marcela Solís Mendoza

Diseño portada, interiores y diagramación

Impreso en México

Printed in Mexico

Coordinadores

Dr. Miguel A. González Block

Cátedra PwC Anáhuac de Investigación en Sistemas de Salud,
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac

Dr. Gabriel Martínez González

Maestría en Política Pública, Instituto Tecnológico Autónomo de México

Colaboradores

Lic. José Ignacio Campillo

Fundación Mexicana para la Salud

Lic. Recaredo Arias

Act. Dolores Armenta

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros

Dr. Óscar Cetrángolo

Facultad de Economía, Universidad de Buenos Aires

Dr. Sergio I. Prada

Departamento de Economía

PROESA-Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud

Universidad Icesi

Mtro. Alejandro Figueroa

Evisys Consulting, México, D.F.

Mtro. Héctor Arreola

Fundación Mexicana para la Salud

Se agradecen los comentarios de:

Mtro. José Alarcón

PwC México

Dr. Tomás Barrientos Fortes

Director, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac

Dr. Iñaki Kegel

Universidad Anáhuac

Mtra. Brenda Armenta

Evisys Consulting, México, D.F.

Se agradece también la colaboración de la Red Latinoamericana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud Red-LIPSS

Contenido

Prólogo	VII
Resumen ejecutivo	1
1. Los grandes retos del Sistema Nacional de Salud	11
2. La mancomunación y la gestión financiera en la cobertura universal de la salud	17
3. Situación de la protección financiera de la salud en México	27
4. Innovación de la protección financiera en el mundo	53
5. Los seguros privados ante la cobertura universal en México	67
6. Conclusiones y recomendaciones. Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud.	81

Lista de Figuras

Figura 1.1.	Pirámides de edad y tasa de dependencia, México 2010 y 2050	12
Figura 1.2.	Evolución de las veinte principales causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA). 1990-2010	13
Figura 2.1.	Cobertura universal: servicios esenciales sin barreras económicas para toda la población	18
Figura 2.2.	Funciones de las articuladoras para la gestión financiera entre los actores del sistema de salud.....	21
Figura 2.3.	Gasto en salud privado total y gasto privado asegurado como porcentaje del gasto total en salud. Países selectos con ingresos similares a los de México	24
Figura 3.1.	Gasto en salud de México: 1995-2013	29
Figura 3.2.	Tendencia del gasto en salud en México según fuente. 1995-2013.....	30
Figura 3.3.	Población según fuente de la protección financiera. México, 2012	31
Figura 3.4.	Gasto per cápita en salud. México, 1995-2013	33
Figura 3.5.	Gastos excesivos catastróficos y empobrecedores de los hogares por trimestre. México, 1992-2012	35
Figura 3.6.	Gastos catastróficos y empobrecedores de acuerdo con el tipo de aseguramiento en salud. México, 1992-2012	36
Figura 3.7.	Déficit del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS. 2014-2050	38
Figura 3.8.	Proyecciones de costos totales de las principales enfermedades crónicas en el IMSS. 2011-2050.....	38
Figura 3.9.	Incentivos a la prestación de servicios según el agente responsable por la gestión del riesgo.....	42
Figura 3.10.	Cobertura de intervenciones en salud específicas. México, 2012.....	46
Figura 3.11.	Cobertura de las 13 intervenciones básicas para el control del diabético, según institución. 2012.....	47
Figura 3.12.	Porcentaje de diabéticos diagnosticados en diferentes categorías de riesgo de complicación en todas las instituciones de servicios de salud. México, 2012	48
Figura 3.13.	Decaimiento del acceso de acuerdo con normas y estándares de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Mujeres de 40 a 69 años en la población de la Secretaría de Salud. 2011	49

Figura 3.14.	Días promedio entre el diagnóstico de cáncer de mama y el tratamiento, según la unidad de atención de mujeres afiliadas al Seguro Popular. México, 2012	50
Figura 4.1.	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud. Colombia, 1993-2013	61
Figura 4.2.	Ingreso per cápita promedio de las Empresas Promotoras de la Salud. Dólares estadounidenses de 2013	62
Figura 5.1.	Escenarios propuestos para la colaboración de aseguradoras privadas como articuladoras del financiamiento público con la población y los servicios de salud	72

Lista de Cuadros

Cuadro 4.1.	Modalidades de aseguramiento privado en salud y nuevos sistemas universales	54
Cuadro 4.2.	Seguro privado en salud en países seleccionados, 2000 y 2011	55

Lista de Recuadros

Recuadro 2.1.	El principio de mancomunación de fondos	17
Recuadro 3.1.	Registro de la población con protección financiera según la institución	31
Recuadro 3.2.	Déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) y otros seguros de salud del IMSS	37
Recuadro 3.3.	Asignación financiera en el Sistema de Protección Social de la Salud	39
Recuadro 3.4.	Surgimiento de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud	40
Recuadro 3.5.	La reversión de cuotas como esquema de gestión financiera	41
Recuadro 3.6.	El gasto administrativo como barrera a la gestión financiera	43
Recuadro 3.7.	La rotación laboral: un reto de la gestión de la agencia	44
Recuadro 4.1.	Aseguramiento de enfermedades crónicas por la seguridad social alemana	56
Recuadro 4.2.	Hacia la cobertura universal en Estados Unidos	58
Recuadro 4.3.	Atención gerenciada para la cobertura universal. El caso de Colombia	59
Recuadro 4.4.	Competencia y desigualdad en la seguridad social argentina	63
Recuadro 4.5.	Integración de la gestión financiera en la reforma en Uruguay	64
Recuadro 4.6.	La reforma de la seguridad social peruana: sustitución parcial	64
Recuadro 5.1.	Contribuciones al Seguro Popular para la población de altos ingresos	73
Recuadro 5.2.	Contribución al Seguro Médico Siglo XXI	74
Recuadro 5.3.	Contribución al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos	74

Prólogo

México tiene todo a su favor para alcanzar el pleno desarrollo. A nivel mundial ocupamos el lugar número quince por el tamaño de la economía. Con 121 millones de mexicanos, somos la población número once y entre las mejor situadas demográficamente. La enorme biodiversidad, los abundantes recursos naturales y la vecindad con la economía más grande del mundo apuntalan nuestra economía.

Sin embargo, México encara también grandes retos. Ocupamos la posición 71 en el Índice de Desarrollo Humano, mientras que nuestra población envejece aceleradamente. En este escenario, las enfermedades crónico-degenerativas, sobre todo cáncer y la diabetes, son ya los principales problemas de salud. México encara, así, un triple reto de desarrollo general, población y salud.

Las enfermedades crónicas amenazan no sólo con estancar el crecimiento de la esperanza de vida de los mexicanos sino, incluso, disminuirlo. De no revertir sus tendencias, los costos proyectados para su atención serán insostenibles. México podrá ver el deterioro de su productividad y su competitividad mundial.

Sin soslayar los importantes logros del Sistema Nacional de Salud, vemos la urgencia de una reforma estructural para incidir en el panorama epidemiológico. Los retos de atención son muy diferentes a los que las instituciones públicas encararon –prácticamente solas, esto es, sin el acompañamiento auxiliar y complementario del sector privado– para el abatimiento de las enfermedades agudas. Es preciso, por tanto, responder oportuna y efectivamente con un sistema de salud que canalice e integre la participación de la sociedad en su conjunto, pasando a conformar, en la práctica, una política de Estado, y no únicamente de Gobierno.

Hacia la cobertura universal de la protección financiera en salud aborda los retos de los seguros públicos y privados y las oportunidades para responder conjuntamente a las nuevas necesidades de salud y competitividad de México. En el documento que hoy se presenta, el espacio de los seguros de salud es analizado de manera integral en términos de la mancomunación de fondos y la previsión de riesgos en las instituciones de la seguridad social, del Sistema de Protección Social en Salud y de seguros privados. El documento analiza, también, las mejores experiencias internacionales de colaboración público-privada para la mancomunación y la gestión financiera del gasto en salud.

Aquí se proponen escenarios de colaboración público-privada para alcanzar, a corto plazo, la cobertura universal de la protección financiera. Se propone el aseguramiento de los 18.7 millones de

mexicanos que aún carecen de este derecho fundamental, a la vez que la ampliación del alcance de la protección financiera pública mediante seguros de salud complementarios. Lograr la protección financiera de la salud universal permitirá reducir el gasto de bolsillo que todavía incide en el empobrecimiento de muchas familias y, sobre todo, en el retraso de la atención de las enfermedades crónicas, debido a la aversión al gasto al momento de encarar la incapacidad y la reducción de los ingresos.

Se presentan también alternativas de gestión financiera para mejorar la efectividad del gasto en salud, mediante la representación de los asegurados, la coordinación de redes de servicio y la gestión del riesgo asegurado. Se aborda, en suma, la arquitectura institucional para hacer posible la separación del financiamiento y la prestación de servicios, y llevar a México a la vanguardia en la protección financiera en salud en el ámbito mundial.

Las instituciones de seguros miembros de la AMIS y Funsalud presentan este documento de postura con el deseo de colaborar de manera sinérgica con el gobierno federal en el proyecto de reforma del Sistema Nacional de Salud Universal. Queremos mostrar los beneficios que puede ofrecer el sector privado a la sociedad en su conjunto para ampliar y mejorar la cobertura de salud en un ámbito de calidad que garantice el pleno derecho establecido en la Constitución Política de nuestro país. Estamos convencidos de que no es responsable –ni económicamente viable–, postergar la toma de decisiones que permitan darle nuevo rumbo al Sistema Nacional de Salud Universal.

México, D.F., 6 de mayo de 2015.

Pablo Escandón Cusi

Presidente del Consejo Directivo de la Fundación Mexicana para la Salud, y
Presidente del Consejo Promotor de Universalidad y Competitividad en Salud

Mario A. Vela Berrondo

Presidente de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

Acrónimos / Siglario

AMIS	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
AVISA	Años de vida saludable ajustados por discapacidad
Asse	Administradora de Servicios de Salud
BPS	Banco de Previsión Social
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
CRC	Convenio de reversión de cuotas
CS	Cuota social
DGIS	Dirección General de Información en Salud
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
Ensanut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPS	Empresas Promotoras de Salud Entidades Prestadoras de Salud
FPCGC	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
Funsalud	Fundación Mexicana para la Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IRC	Insuficiencia renal crónica
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MAEC	Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas
NHS	<i>National Health Service</i> (Servicio Nacional de Salud)
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OGCA	Organización y gestión del consumo de la atención
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PGE	Programas de gestión de enfermedades

PMO	Programa Médico Obligatorio
POS	Plan de beneficios obligatorio de salud
PPS	Proyectos de Prestación de Servicios
RC	Régimen Contributivo
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social de la Salud
RS	Régimen Subsidiado
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SMSXXI	Seguro Médico Siglo XXI
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud

Resumen ejecutivo

Introducción

El Sistema Nacional de Salud Universal propuesto por la actual administración tiene el reto de ampliar y profundizar la protección social de la salud a fin de garantizar el acceso y la cobertura efectiva de las cada vez más complejas necesidades de salud. El costo de los servicios de salud es la principal razón por la que las personas en riesgo o enfermas no solicitan atención. De ahí que el propósito fundamental de la cobertura universal sea reducir las barreras financieras del acceso a los servicios de salud, de modo que todas las personas puedan obtenerlos sin detenerse por ellas ni mucho menos incurrir en un gasto excesivo al hacerles frente. La universalidad del Sistema Nacional de Salud debe, entonces, considerar con muy alta prioridad instrumentar nuevas políticas para la cobertura de la protección financiera de la salud.

La cobertura universal de la protección financiera de la salud es clave para aprovechar la demografía competitiva que tiene hoy México, a la vez que para apoyar el envejecimiento saludable de la población. Es clave, asimismo, para enfrentar la epidemia de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas el cáncer en todas sus manifestaciones, la diabetes y la insuficiencia renal crónica, que son las primeras prioridades de salud, vinculadas a factores de riesgo que deben ser igualmente abordados.

Para que la protección financiera sea efectiva, es necesario que el costo no represente una barrera para el usuario en el momento de usar los servicios, y también que éstos sean accesibles y de calidad. La protección financiera demanda una gestión integral que lleve al fondeo suficiente de servicios definidos y de costos conocidos, así como a la asignación eficiente a programas y servicios de salud orientados sobre la base del llamado Modelo de Atención de las Enfermedades Crónicas (MAEC). El financiamiento orientado a la prevención y la participación social es tan importante como el correcto enfoque de la atención a los problemas de salud.

La mejor evidencia sugiere que la protección financiera en salud en México cubre a 84% de la población, quedando desprotegidos 16% del total o 18.7 millones de

mexicanos en 2015. El gasto de bolsillo en salud fue de 44% del total del gasto en salud, \$443 mil millones para 2013. Considerando la experiencia de los países de la OCDE, 64% del gasto de bolsillo actual –\$254 mil millones o 25% del gasto total en salud– es redundante del gasto público o bien inaceptable al recaer en población desprotegida. Este gasto debería ser absorbido por las instituciones públicas mediante la mayor eficiencia o bien captado por seguros privados. Estas cifras son elocuentes del potencial que tienen las instituciones públicas y privadas para ampliar la protección financiera en México. Desde la perspectiva de las instituciones privadas, la oportunidad es grande, pues apenas 4.1% del total del gasto en salud es asignado a pólizas de seguros privados de salud.

Este informe contribuye al alineamiento de los esfuerzos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), sus agremiados y la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) con las políticas del Gobierno Federal, para alcanzar un Sistema Nacional de Salud Universal. El informe propone escenarios para la colaboración público-privada hacia la protección financiera en salud y destaca en cada uno de ellos los beneficios que tendría la colaboración para ampliar y mejorar la cobertura de la salud con calidad, a fin de garantizar el pleno derecho de los ciudadanos establecido en la Constitución Política de nuestro país.

La mancomunación y la gestión financiera en la cobertura universal de la salud

La mancomunación exige la periódica definición de la relación entre riesgos cubiertos y costos, el análisis de la capacidad de contribución y la propuesta de políticas para la ampliación de la cobertura. Tres variables son el objeto de la mancomunación: la fracción de la población cubierta por servicios esenciales sufragados por el fondo; la fracción de los servicios pagados respecto del total, que podrían beneficiar a la población, y la fracción de los costos pagados por el fondo respecto de los costos totales de los servicios protegidos.

La mejor experiencia mundial sugiere que el financiamiento mancomunado debe ser público, obligatorio y progresivo, de fuentes fiscales, de descuentos de nómina o de una combinación de ambas. La sociedad civil y las personas siguen siendo responsables de cubrir de su bolsillo –mediante donativos o con seguros privados complementarios– el costo de las intervenciones que no están universalmente cubiertas. Si bien los recursos para la protección financiera universal deben ser de preferencia públicos, las aseguradoras sociales –y crecientemente las privadas– juegan un papel fundamental para la gestión financiera. Lo que define al financiamiento público es que sea obligatorio, no que sea necesariamente gestionado por instituciones gubernamentales.

La importancia de la gestión financiera para la cobertura universal radica en el desempeño de tres funciones esenciales: de agencia, de acceso y de gestión del

riesgo. Es por su conducto que la gestión financiera articula los fondos y a los prestadores de servicios con los beneficiarios y sus necesidades específicas de salud. La especialización es, por ello, central para la cobertura efectiva de las enfermedades crónicas. La gestión financiera se realiza en todos los sistemas de salud, ya sean del tipo de servicios nacionales de salud públicos, de seguridad social o de financiamiento privado.

Cada sistema de salud presenta retos propios para promover la eficiencia y la efectividad de la protección financiera de la salud. Por ello, la tendencia mundial ha sido tomar lo mejor de cada sistema y evolucionar con novedosos modelos de mezcla público-privada, donde los actores públicos compiten cada vez más para satisfacer a los beneficiarios, y los actores privados tienden a enfocar la protección financiera como bien público en el marco de la universalidad; todo ello, maximizando el volumen y la efectividad de los recursos financieros para la salud.

El sistema de seguridad social de Estado –que caracteriza a México así como a otros países de América Latina– presenta retos propios que deben abordarse con soluciones originales. No obstante, el avance en la protección social mediante fondos mancomunados y gestión financiera especializada ya representa soluciones innovadoras, como lo muestra el Seguro Popular. En estos contextos, las aseguradoras privadas pueden contribuir soluciones a la cobertura universal. Los beneficios de la mayor mancomunación de fondos y de la gestión financiera coadyuvarán a movilizar los recursos, a mejorar el bienestar social y la gobernabilidad de la protección financiera, y a estimular la inversión para la innovación y el desarrollo tecnológico.

Situación de la protección financiera de la salud en México

La definición de los derechos de salud específicos implica importantes retos, toda vez que la Constitución fragmenta su protección en los artículos cuarto y 123, al tiempo que este último protege la salud en función del estatus laboral de las personas. Además, no especifica la protección financiera de los trabajadores de los gobiernos estatales y municipales, y deja en la indefinición los derechos de los trabajadores por su cuenta y microempresarios que cada vez cobran mayor importancia en el país. Así, la Ley General de Salud, en su artículo 77 Bis, se ocupa del derecho a la protección financiera de la población excluida mediante el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Aborda con responsabilidad la especificación de los beneficios cubiertos, pero se queda corto en cuanto a la protección de importantes necesidades. Por definición, el estatuto jurídico de la protección financiera de la salud está segmentado y presenta la oportunidad de definir criterios homogéneos –o bien únicos– para mancomunar los fondos y especificar las coberturas.

La tendencia del gasto en salud tuvo, desde 1995, un incremento sostenido de 7.3% anuales, para alcanzar, en 2013, un millón de millones de pesos, es decir, 6.24% del PIB. El gasto público ha mostrado una tendencia de crecimiento más acentuada: en 2013 representó 51.7% del total. El gasto privado asegurado, por su parte, pasó de 1.7% del gasto total en salud en 1995 y 2.5% en 2000, a 4.1% en 2013, mostrando así un incremento mayor.

La cobertura de la protección financiera asciende a 84% de la población, considerando cifras corregidas y sin duplicaciones. La seguridad social cubre a 44% del total y el Seguro Popular a 40% del total. Los seguros privados cubren pólizas para 9.1 millones de personas, el equivalente a 7.6% de la población. No obstante, esta cifra no puede sumarse al total de la protección financiera por la duplicación que existe, sobre todo respecto de la seguridad social.

El gasto total per cápita en salud de los mexicanos es de \$8 485. El gasto en la seguridad social es de \$5 419, y para la población no asegurada –incluyendo el Seguro Popular– es de \$3 560. La brecha del gasto entre estas poblaciones se está cerrando: por cada peso de las personas sin seguro, se gastaron \$2.9 en los asegurados en 2000, y \$1.53 en 2013. El gasto per cápita en seguros privados fue de \$4 777.

El gasto de bolsillo se ha mantenido en niveles muy altos, si bien hubo una modesta reducción que, vista desde la perspectiva de los hogares, fue de 14.9% entre 2000 y 2012. El gasto de bolsillo es en buena medida redundante del financiamiento público o bien inaceptable por afectar a familias sin protección financiera. El gasto redundante o inaceptable asciende a 25% del gasto total, considerando el gasto de bolsillo que hace México por encima del promedio de los países de la OCDE. El gasto excesivo de bolsillo –aquel ligado a gastos catastróficos o empobrecedores de los hogares– ha disminuido de manera muy importante, pero sigue afectando a 2.7% de los hogares por trimestre.

La gestión financiera de los fondos por parte de la seguridad social incluye ya por ley la previsión de la suficiencia presupuestal, lo que ha permitido identificar el déficit actual y esperado para 2050 del Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este déficit acumulará 12.4% del PIB a valor presente entre 2014 y 2050, de no tomarse medidas importantes. Se ha estimado igualmente la tendencia financiera para las cinco enfermedades crónicas de mayor importancia financiera, que llevará a multiplicar siete veces el gasto real en salud en estas enfermedades para 2050.

El fondeo para el Seguro Popular tiene una cobertura explícita, sobre todo para la protección de enfermedades de alto costo. Si bien el SPSS define un monto per cápita de \$2 765 por afiliado y tiene una asignación como prima nominal, 51.7% de la prima se asigna como presupuesto histórico a los servicios estatales de salud, lo que le resta capacidad a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) para garantizar que los afiliados se beneficien con el total de la prima. Entre las fortalezas del Seguro

Popular está su cuidado de la suficiencia presupuestal mediante la previsión actuarial de riesgos. Así, el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC) incluye sólo las enfermedades que puede costear, aunque con riesgo de insuficiencia a mediano plazo, dadas la transición epidemiológica y la dificultad para incrementar la eficiencia en la prestación de servicios públicos.

El fondeo de las instituciones privadas de seguros privilegia las pólizas de gastos médicos mayores y accidentes, con muy bajo crecimiento y escasa participación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). El fondeo se hace con una estricta previsión actuarial, para evitar el riesgo de quiebra.

En México, la gestión financiera de los fondos públicos mancomunados se concentra en brindar acceso a los beneficiarios por la vía de la integración vertical entre financiamiento y prestación. Los fondos se han visto, así, rebasados por la administración de servicios: se triplican prácticamente los gastos de los países de la OCDE en administración, y se muestran, a la vez, grandes diferencias en los costos de producción entre instituciones. Ocuparse de la prestación de servicios más que la coordinación de redes ha llevado a dar menor atención a la representación de los beneficiarios y la gestión de riesgos. La mayor representación de los beneficiarios en la gobernanza de los fondos públicos podría mejorar su desempeño. El Seguro Popular muestra avances importantes en la tutela de derechos y empieza a incursionar en la gestión de riesgos con el fondo de gastos catastróficos. Está trabajando, además, en la coordinación de redes mediante el pago por servicios.

Los seguros privados, por su parte, han mejorado la representación de los beneficiarios como clientes de los servicios, sobre todo por la vía de las pólizas colectivas. No logran una óptima eficiencia en la gestión de riesgos porque se han concentrado en la indemnización de los riesgos económicos en relación directa con los asegurados, si bien están avanzando en la gestión clínica de enfermedades y de casos de alto costo. El modelo de las ISES persiste como una oportunidad de expansión.

La gestión del acceso a los servicios para la población que entra y sale de la economía formal asalariada ofrece un área de oportunidad. En el IMSS cerca de 30% de los afiliados por año rotan de esta manera, lo que obliga a tomar medidas que permitan la continuidad en los servicios de salud, sobre todo para los pacientes crónicos.

La protección financiera de la salud ha ampliado la cobertura de las enfermedades infectocontagiosas y en la salud materna. La cobertura de las enfermedades crónicas ofrece, en cambio, grandes oportunidades para la gestión de riesgos: menos de un tercio de los pacientes diagnosticados con diabetes reciben atención de calidad y sólo un cuarto alcanzan niveles de control satisfactorios. Entre las mujeres que reciben servicios de la Secretaría de Salud –considerando las normas para el tamizaje y el tratamiento de cáncer de mama–, sólo 15% tienen acceso a mastografía y 4% de los casos sospechosos reciben una evaluación especializada oportuna. De allí se desprenden importantes consecuencias para la mortalidad prematura, la productividad de las personas y el

dispendio en el sistema de salud. Debe superarse la visión de la productividad con que se elaboran complejos y costosos programas de atención para llegar a una visión de competitividad apoyada en la especialización de la gestión financiera.

Innovación de la protección financiera en el mundo

La seguridad social europea está evolucionando para disolver las diferencias entre los seguros públicos y los privados al abrir a la libre elección los planes que antes eran privilegio de determinados grupos ocupacionales, y establecer esquemas nacionales de compensación de riesgos. En Holanda toda la población está obligada a afiliarse a un seguro privado de salud de su elección, con estándares comunes de servicios. La experiencia europea se ha puesto en práctica en América Latina con la combinación de la atención gerenciada de origen norteamericano. En Colombia y Uruguay, organismos públicos y privados especializados en la gestión financiera de una prima nacional deben competir por calidad. En Argentina se abrieron las obras sociales a la libre afiliación, si bien con limitaciones en la eficiencia debidas a la asimetría en la información y la libre fijación de primas.

Los seguros privados en el mundo empiezan a tener un papel claramente vinculado a la protección financiera pública. Surgen esquemas sustitutivos de la seguridad social (como en Alemania, Chile y Perú), complementarios en servicios no provistos en los esquemas públicos (como en Corea), complementarios en cuotas (como en Francia) y suplementarios en servicios públicos (como en el Reino Unido). En el modelo universal –quizá el más interesante– los seguros públicos y privados están a la par, como en Holanda.

Los seguros privados ante la cobertura universal en México

Las restricciones al crecimiento del gasto público en México llevan a identificar un aumento de la protección financiera centrado en el crecimiento del gasto asegurado relativo al gasto de bolsillo. El aseguramiento público en el modelo actual podría haber agotado su crecimiento con la afiliación de la población de menores ingresos al Seguro Popular, si bien hay un pequeño margen para que el IMSS asegure a una parte de los empleados por su cuenta. Es más factible un crecimiento del gasto asegurado privado y un decremento del gasto de bolsillo. Al respecto, pueden vislumbrarse dos opciones: la innovación de seguros privados complementarios pero independientes del aseguramiento público, y la innovación de seguros privados en coordinación con los seguros públicos para que, de manera sinérgica, incrementen el aseguramiento público y privado, y repercutan poderosamente en la reducción del gasto de bolsillo.

Se proponen seis escenarios para incrementar la protección financiera con la colaboración público-privada complementaria.

En el escenario 1, “**Seguro Popular competitivo**”, este importante sector de protección pública se abriría a la participación de las instituciones privadas de seguros ya sea como administradoras de pagos o mediante la transferencia de la prima, tanto para el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) como para el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Los beneficios de este escenario para el Seguro Popular serían una mayor transparencia en la gestión financiera y la reducción de los costos administrativos, sobre todo en el ámbito estatal. La colaboración permitiría al Seguro Popular avanzar en la separación de las funciones de fondeo y gestión financiera. Las aseguradoras abordarían a la población excluida de la seguridad social con mayor capacidad económica, a la que le ofrecerían también pólizas complementarias. Las aseguradoras privadas contribuirían a la cobertura universal e incentivarían, además, la contribución de la clase media al Seguro Popular con importantes consecuencias redistributivas. Más que competencia, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS) verían sus funciones complementadas, pues las aseguradoras recibirían primas adicionales gracias a la nueva afiliación.

En el escenario 2, “**Eficiencia para la alta especialidad**”, la capacidad de gestión administrativa de las aseguradoras privadas se orientaría al pago de servicios de atención médica y la estructuración de redes de atención para el Seguro Popular y el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI). Se daría lugar, además, a las pólizas complementarias de cuotas y suplementarias de servicios públicos.

Los beneficios de este escenario para la población con diagnósticos que exigen atención de alta especialidad serían la gestión efectiva de sus problemas de salud, y la mejora de su productividad y su satisfacción. La gran ventaja para el gobierno sería la reducción de costos y la mayor satisfacción de la población.

En el escenario 3, “**Seguro Popular para la clase media**”, la capacidad de las aseguradoras privadas se dirigiría a un grupo social todavía con oportunidad de mayor inclusión en la protección financiera pero con capacidad contributiva. De todos los escenarios, este es en el que se puede lograr la mayor reducción del gasto de bolsillo gracias a las pólizas de salud complementarias para un grupo social con interés en invertir en su salud.

En el escenario 4, “**Seguro Popular Integral**”, se daría lugar a la complementación de la cobertura de esta fuente de protección para igualar –o incluso superar– la ofrecida por el IMSS. En este escenario se propiciaría la extensión de la cobertura vertical de la protección financiera pública ofreciendo incentivos para la afiliación de la clase media.

En el escenario 5, “**Protección para microempresarios**”, tendrían lugar la gestión financiera y la complementación de primas para los microempresarios del país, tanto los considerados en el escenario 3 –ampliando la participación de otros grupos de ingreso–

como los asegurados a los que el IMSS está ofreciendo ahora afiliación como parte de su programa de formalización.

A los beneficios del escenario 3, se sumarían aquí los de un programa de libre elección para el desarrollo de redes de atención y gestión de riesgos enfocados a la productividad de los microempresarios.

En el escenario 6, “**Cobertura efectiva de las enfermedades crónicas**”, las aseguradoras privadas administrarían programas de gestión de enfermedades (PGE) para incentivar acciones médicas y de participación comunitaria en etapas específicas de la enfermedad, definidas por su grado de complicación y comorbilidad. Los PGE se ofrecerían al Seguro Popular y a la seguridad social en general bajo un modelo de administración financiera.

Este escenario concentra los beneficios propios de las aseguradoras privadas para mejorar la cobertura efectiva en los esquemas de aseguramiento público. Podría complementar también a los ya descritos, donde los PGE serían incluidos como una póliza de transferencia del riesgo para la cobertura explícita de enfermedades crónicas. Se daría, así, una selección positiva del riesgo asegurado.

Los escenarios propuestos necesitarían que la capacidad rectora del gobierno se fortaleciera, aprendiendo de los modelos de instituciones reguladoras nacionales o “superintendencias” especializadas en la regulación de los fondos y la gestión financiera. La implementación de cualquiera de los escenarios no requeriría cambios legislativos, cuanto que el establecimiento de reglamentos específicos para la participación público-privada en la protección financiera. Basándose en la reducción del gasto privado de bolsillo, su transferencia al gasto público o su aseguramiento privado permitirían la implementación de los escenarios con modesta inversión pública.

Conclusiones y recomendaciones.

Hacia la protección financiera universal de la salud

México tiene un triple reto para alcanzar la cobertura universal de la protección financiera en salud:

- Cubrir a los 18.7 millones de mexicanos –16% del total, que carecen de cualquier protección, y de los cuales la mayoría son de la clase media, esto es, de los deciles V al X de ingresos y que podrían ser cubiertos por el Seguro Popular y con seguros privados en sinergia
- Reducir el gasto de bolsillo, que para 2013 ascendió a 44% del gasto total en salud de los mexicanos, imponiendo importantes barreras al acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Buena parte del gasto de bolsillo responde a la ineficiencia de la protección financiera o bien a la desprotección, siendo así, un gasto redundante e inaceptable. El gasto de bolsillo debería reducirse en 64% considerando la mejor

práctica internacional, lo que equivale a 25% del gasto total en salud –\$253.6 mil millones para 2013

- Incrementar los niveles de servicios protegidos, incluyendo importantes intervenciones para la población afiliada al Seguro Popular como la hemodiálisis y los trasplantes, así como incrementando los niveles de cobertura efectiva que se logran en el Sistema Nacional de Salud en su conjunto

La confianza para contribuir a fondos mancomunados de salud sólo puede basarse en un acuerdo nacional del alcance de los servicios de salud por financiar, de los estándares de calidad a los que el fondo se compromete, y de la equidad con que todos los mexicanos tendrán acceso a ellos.

Esta confianza sólo puede lograrse si los fondos son recaudados y resguardados por instituciones transparentes, comprometidas con el bienestar y la competitividad de sus contribuyentes, a la vez que habilitadas con las competencias especializadas para la gestión del financiamiento de la salud. La misión institucional es, en este ámbito, el ajuste permanente entre la capacidad de contribución financiera de los mexicanos y los beneficios específicos de salud a los que se compromete la asignación de los fondos.

Cerrar la brecha en la mancomunación de fondos significa mejorar la confianza de los contribuyentes y consolidar la gobernanza de México. Las aseguradoras privadas pueden sumar esfuerzos para lograr una transparencia plena mediante el fondeo responsable de la salud, con criterios de previsión y gestión financiera de los riesgos. Sobre estas bases, el Estado podrá movilizar los recursos para la salud que el país necesita y responder a un clamor nacional por más y mejor salud.

Recomendaciones

- Dirigir la política del Sistema Nacional de Salud Universal al alcance de la cobertura de protección financiera para todos los mexicanos conforme a la definición de la Organización Mundial de la Salud
- Brindar protección financiera de la salud a los 18.7 millones de mexicanos que carecen hoy en día de afiliación a las instituciones públicas
- Separar la función de financiamiento de la salud de la prestación de servicios para garantizar la sustentabilidad financiera y, a la vez, dirigir las funciones de aseguramiento a la cobertura efectiva
- Dedicar las instituciones financieras de la salud a recaudar y mancomunar los recursos necesarios para cubrir las necesidades de salud a corto, mediano y largo plazos
- Separar la mancomunación de la gestión financiera a fin de promover las competencias necesarias para proteger a la persona en un marco de pluralidad y libre elección

- Alinear la gestión financiera a las necesidades de la población y de los profesionales de la salud para prevenir y controlar las enfermedades crónicas, apoyando la competitividad de ambos actores
- Fortalecer la representación y el empoderamiento de los usuarios ante los fondos y los prestadores de servicios mediante estrategias de protección financiera y un padrón nacional de protección social
- Desarrollar la capacidad de compra estratégica de servicios de salud por parte de las instituciones financieras de la salud, como herramienta central para la gestión de redes de servicios competitivas, separándola de la compra de insumos y de la contratación de recursos humanos
- Fortalecer la gestión de los riesgos protegidos como estrategia clave del financiamiento, en función de la incidencia de los riesgos y las enfermedades, y de los costos de la atención, en el marco de la cobertura efectiva
- Reglamentar la colaboración público-privada para la gestión financiera de los fondos a fin de lograr la asignación eficiente, efectiva y transparente de los recursos a los servicios de salud

1. Los grandes retos del Sistema Nacional de Salud

México se ha propuesto alcanzar un Sistema Nacional de Salud Universal que les dé a todos acceso a servicios de salud equitativos y de calidad. Alcanzar este ambicioso objetivo es fundamental para cumplir las metas de bienestar social y desarrollo económico en un mundo cada vez más competitivo y complejo. El sistema de salud suma grandes fortalezas en sus instituciones públicas y privadas, y ha incrementado el gasto en salud con importantes logros para la equidad y el bienestar. No obstante, persiste el reto de ampliar y profundizar la protección social a fin de garantizar el acceso y la cobertura efectiva de las cada vez más complejas necesidades de salud.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), un sistema de protección social de la salud provee acceso universal a los servicios de salud necesarios para toda la población, que sean costeables y de una calidad adecuada, estén disponibles y ofrezcan protección financiera en el momento de la enfermedad, el accidente o la maternidad.¹ Puesto que el costo de los servicios de salud es la principal razón por la que las personas en riesgo o enfermas no solicitan atención, el propósito esencial de la cobertura universal es reducir las barreras financieras del acceso a los servicios de salud, de modo que todas las personas puedan obtenerlos sin detenerse por ellas ni mucho menos incurrir en un gasto excesivo al hacerles frente.²

Dadas estas premisas, es importante enfocar las políticas públicas a la cobertura universal de la protección financiera de la salud. México cuenta con una demografía mundialmente competitiva; su relación de jóvenes-adultos y adultos mayores es de 11 a 1, y sostiene a 6.4 millones de adultos mayores de 64 años, esto es, 6% del total (*Figura 1.1*). Para 2050, esta relación será de 2.9 a 1, es decir, el número de adultos mayores ascenderá a 26 millones (21% del total). Ante este panorama, es preciso invertir en la salud de los jóvenes para apoyar su competitividad y el desarrollo de su capital humano, así como para que envejeczan saludablemente, prolonguen su productividad y reduzcan sus costos de salud.

¹ Organización Internacional del Trabajo. Informe sobre la seguridad social en el mundo. Ginebra; 2011.

² Organización Mundial de la Salud. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.

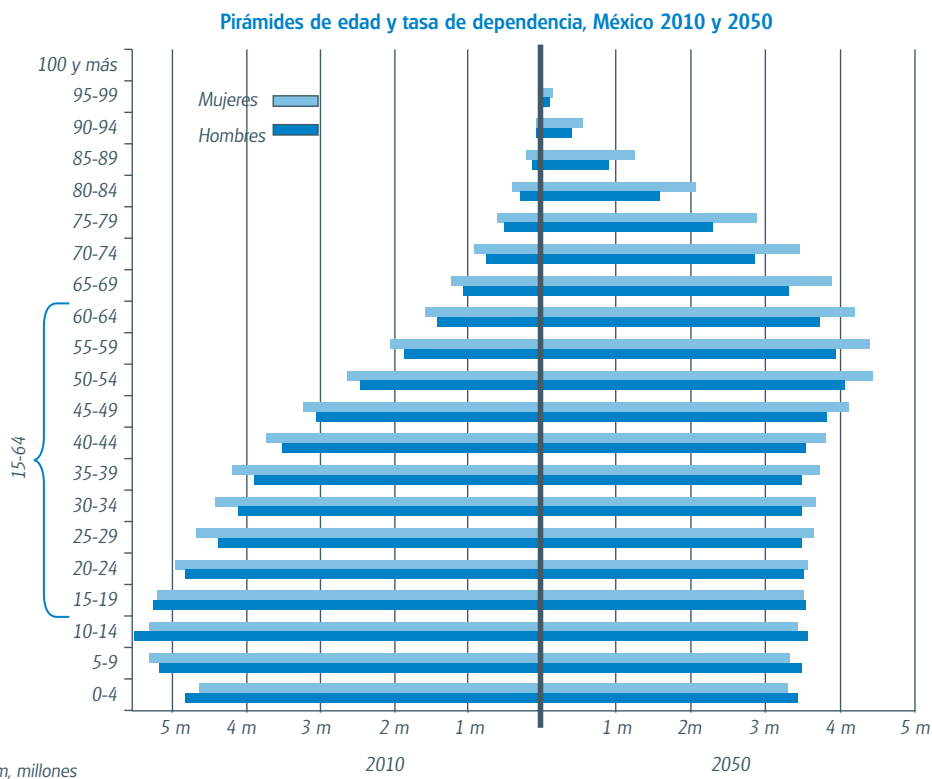


Figura 1.1 México tiene una demografía competitiva pero encara un acelerado envejecimiento poblacional. Fuente: CONAPO, Proyecciones de la población de México 2005-2050. México DF: CONAPO, 2006

México ya enfrenta necesidades de salud apremiantes en el ámbito de las enfermedades crónico-degenerativas. El cáncer ocupa el primer lugar como causa de años perdidos de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA), seguido de cerca por la diabetes, las cardiopatías isquémicas y la insuficiencia renal crónica (Figura 1.2), enfermedades que tienen factores de riesgo comunes tales como el tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad. Esto significó un cambio vertiginoso para un sistema de salud enfocado, como lo estuvo el nuestro, en el combate de las enfermedades agudas infectocontagiosas, que apenas en 1990 ocupaban las tres principales causas de pérdidas de AVISA.

Las enfermedades crónicas exigen, de suyo, el desarrollo de estrategias de protección financiera como una poderosa herramienta para alinear hacia el acceso efectivo a los nuevos actores que coinciden en la prevención y el control de las enfermedades a lo largo de las diversas etapas en la vida, así como en la rehabilitación y la integración productiva de las personas.³ La protección financiera ha de lograrse en un entorno de

³ Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Siasó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal de la salud. México: Salud Pública de México; marzo-abril de 2015;57(2).

Evolución de las veinte principales causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA).

1990-2010

	1990	AVISA (miles)		2010	AVISA (miles)	Cambio %
1	Diarrea	2226		1	Cáncer	1971 59
2	Infecciones del tracto respiratorio inferior	2075		2	Diabetes	1614 88
3	Complicaciones por parto prematuro	1274		3	Cardiopatía isquémica	1432 87
4	Cáncer	1237		4	Enfermedad renal crónica	1199 262
5	Malformación congénita	1119		5	Accidentes de tráfico	1050 15
6	Accidentes de tráfico	917		6	Violencia interpersonal	1044 20
7	Violencia interpersonal	873		7	Cirrosis	1029 55
8	Diabetes	860		8	Malformación congénita	773 -31
9	Encefalopatía neonatal	784		9	Infecciones del tracto respiratorio inferior	743 -64
10	Cardiopatía isquémica	767		10	Lumbalgia	751 63
11	Cirrosis	664		11	Depresión mayor	700 19
12	Depresión mayor	587		12	Evento cerebrovascular	670 42
13	Desnutrición proteico-calórica	495		13	Complicaciones por parto prematuro	616 -52
14	Evento cerebrovascular	474		14	Otras locomotoras	563 88
15	Anemia ferropénica	478		15	Cervicalgia	511 56
16	Lumbalgia	462		16	EPOC	466 15
17	EPOC	405		17	Epilepsia	385 23
18	Enfermedad renal crónica	332		18	Encefalopatía neonatal	375 -52
19	Sepsis neonatal	342		19	Diarrea	361 -84
20	Cervicalgia	328		20	Migraña	342 48
21	Epilepsia	314		21	Alcoholismo	345 31
22	Otras locomotoras	300		28	Anemia ferropénica	245 -49
25	Alcoholismo	263		31	Sepsis neonatal	225 -35
28	Migraña	232		40	Desnutrición proteico-calórica	160 -68

Figura 1.2 Las prioridades de salud se transformaron en tan sólo veinte años.

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. Washington, USA: IHME; 2012.

restricciones económicas tanto por el encarecimiento del cuidado de la salud a lo largo de la vida, como por las exigencias de la competitividad global. En efecto, nuestra dependencia de los ingresos petroleros amenaza los recursos destinados a la prestación de servicios públicos de salud. La protección financiera demanda innovar para incrementar la eficiencia y para el financiamiento del Sistema Nacional de Salud.

La protección financiera de las enfermedades crónicas debe poner la mira en el acceso efectivo a los servicios mediante la participación social y comunitaria conforme al MAEC, a fin de propiciar, por un lado, interacciones y relaciones productivas entre comunidades activadas y pacientes informados y, por el otro, la formación de un equipo de salud interdisciplinario preparado y proactivo.⁴ El MAEC propone la transformación de las

⁴ Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly; 2013;7(1):73-82.

instituciones financieras públicas y privadas de la salud para transitar juntas del enfoque en el financiamiento de la atención curativa y la indemnización del daño económico, al enfoque del fondeo y la gestión financiera de los riesgos de la salud, con énfasis en acciones de servicios de salud y de activación comunitarias para la prevención y el control de las enfermedades, así como para la prevención secundaria y la rehabilitación.

Los mexicanos pagan hasta 44% del gasto total en salud de su bolsillo, indicador clave de la desprotección financiera debida a las barreras que el afiliado enfrenta en el momento de atender sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo redundante del gasto asegurado e inaceptable por provenir de personas sin protección financiera asciende a 25% del gasto total en salud, esto es, a \$254 mil millones.

Si bien el Seguro Popular ha colaborado en la reducción del gasto excesivo de bolsillo, éste sigue siendo un factor de empobrecimiento entre muchas familias y, sobre todo, de retraso en la prevención y la atención de las enfermedades crónicas, dada la aversión que suscita el gasto, sobre todo cuando se encara una incapacidad temporal y la reducción de los ingresos. Una proporción tan alta de gastos de bolsillo en México evidencia la pérdida de una oportunidad para consolidar fondos, hacer compras de mayor escala y movilizar, así, los recursos de inversión para la salud que el país necesita.

La elevada cifra del gasto de bolsillo en salud que resulta redundante e inaceptable y sus todavía importantes consecuencias sociales y económicas son elocuentes respecto de las oportunidades de colaboración entre las instituciones privadas de seguros y las instituciones públicas de financiamiento de la salud. El gasto privado asegurado tiene una participación del mercado de 4% del total del gasto en salud y una cobertura de 9.1 millones de personas, esto es, 7.6% del total nacional, principalmente con seguros de gastos médicos mayores.

La cobertura universal de la protección financiera de la salud en México. Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada tiene el propósito de contribuir al mayor alineamiento de los esfuerzos de la AMIS, sus agremiados y Funsalud con las políticas del Gobierno Federal, para alcanzar un Sistema Nacional de Salud Universal competitivo. El informe destaca los beneficios que el sector privado asegurador puede aportar para ampliar y mejorar la cobertura de la salud con calidad, a fin de garantizar el pleno derecho establecido en la Constitución Política de nuestro país.

La propuesta considera urgente tomar medidas de corto plazo y formular políticas y estrategias de mediano plazo para garantizar la protección social de la salud y, en particular, la cobertura universal mediante la protección financiera. Aborda la cobertura universal de la protección financiera desde el marco conceptual de la mancomunación y la gestión financiera del riesgo cubierto. Destaca las bondades de este marco para comprender la situación actual y propone, en sus conclusiones, una mayor colaboración entre los sectores público y privado, y en particular entre la AMIS y las autoridades nacionales de salud.

El informe aborda, en el capítulo 2, la importancia del principio de la mancomunidad y de la gestión financiera de los riesgos para la cobertura universal. La protección financiera a cargo de entidades públicas o privadas especializadas permite movilizar los recursos necesarios para prever los riesgos y constituir un fondo mancomunado para su cobertura. La gestión financiera especializada cumple tres importantes funciones: 1) la función de representación mediante la afiliación de los beneficiarios y la tutela de sus derechos; 2) la función de acceso a redes de prestadores confiables y acreditados para alcanzar la cobertura efectiva de los servicios, y 3) la función de gestión de riesgos mediante la evaluación continua del riesgo asegurado y el diseño de incentivos financieros. En ese capítulo se presentan los beneficios –que la mayoría de los países de la OCDE han hecho evidentes– de integrar las mejores prácticas de los sectores público, social y privado en torno a las agencias especializadas en la protección y la gestión financiera.

El tercer capítulo aborda las oportunidades de transformar la protección financiera pública de la salud de México, incluyendo la seguridad social y el SPSS. Destaca las tendencias financieras de los últimos veinte años, sobre todo el muy elevado gasto privado de bolsillo en salud en México, como consecuencia de las fallas de gobierno y de mercado para consolidar la protección financiera de la salud. El capítulo 4 identifica la evolución de la protección financiera de la salud en el mundo, destacando la experiencia de países ejemplares, así como las lecciones aprendidas. El capítulo 5 analiza las opciones de colaboración de los seguros privados para la cobertura universal e identifica escenarios para estas opciones. Las conclusiones resaltan las grandes oportunidades que la sociedad y el gobierno deben capitalizar para alcanzar el Sistema Nacional de Salud Universal.

2. La mancomunación y la gestión financiera en la cobertura universal de la salud

México, al igual que muchos países del orbe, está comprometido con la cobertura universal de la protección financiera de la salud. El alcance de tan ambiciosa meta y, sobre todo, su sustentabilidad, exigen cumplir dos objetivos financieros: en primer lugar, el fondeo mancomunado de los riesgos de la salud implícitos en la cobertura universal; es decir, procurar los recursos necesarios para brindar atención sin restricciones económicas (*Recuadro 2.1*). En segundo lugar, la gestión financiera para encaminar eficientemente los recursos comprometidos al logro de la cobertura efectiva; esto es, para alcanzar el máximo potencial que la tecnología y los procesos de atención permiten.⁵

La gestión financiera debe realizarse por agentes especializados en la compra estratégica de servicios de salud, capaces de definir qué servicios comprar, de quién y a qué precios, y qué incentivos brindar para lograr la cobertura efectiva.⁶ La gestión financiera debe contribuir al alineamiento de todos los actores de la salud y facilitar tanto el desempeño de su trabajo como el autocuidado, para que puedan alcanzar la cobertura efectiva.

Recuadro 2.1. El principio de mancomunación de fondos

El principio de mancomunación de fondos –o aseguramiento– para la salud es la contribución mutua de diversas fuentes de financiamiento con el objeto de establecer un fondo para prever los riesgos de la salud cuya probabilidad pueda estimarse. La mancomunación permite estimar los riesgos para un grupo poblacional suficientemente amplio, y recaudar los recursos necesarios para sufragarlos. La mancomunación distribuye, además, la carga económica de las necesidades de salud entre un amplio grupo poblacional: los sanos subsidian a los enfermos, los jóvenes a los más viejos y, en la mayoría de los casos, los más pudientes a los que menos tienen. Este sistema de “subsidios cruzados” garantiza un óptimo aprovechamiento de lo que se conoce como “bono demográfico”, que es por el que México transita actualmente.

⁵ Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science & Medicine*.2005;61(1):97-109.

⁶ Figueras J, Robinson R, Kakubowski E. Purchasing to improve health system performance. Londres: Open University Press; 2005.

Mancomunación de los riesgos de la salud

En cualquier sistema de salud, la cobertura universal de la protección financiera demanda definir los riesgos cubiertos en planes explícitos de beneficios, previendo su incidencia y su costo. Esta definición tiene una estrecha relación con la estimación del fondo mancomunado necesario para soportar de manera costeable, transparente y equitativa el plan de beneficios entre toda la población. Para ello, el gobierno debe, primero, identificar y acotar las necesidades de salud a los servicios y a las intervenciones necesarias para su atención, así como a la fracción total del costo por cubrir con el fondo mancomunado que se asignará a la cobertura universal. Sobre la base de esta premisa, el gobierno puede estimar el monto del fondo necesario para prever el riesgo, así como las fuentes y las reglas de contribución.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la cobertura universal de la protección financiera de la salud como el acceso de toda la población, sin restricciones económicas, a los servicios de salud priorizados. La OMS propone tres variables para planificar el avance y evaluar el alcance del fondo mancomunado en relación con la cobertura universal: la fracción de la población que está cubierta por servicios esenciales sufragados por el fondo; la fracción de los servicios pagados respecto del total que podrían beneficiar a la población, y la fracción de los costos que están siendo pagados por el fondo respecto de los costos totales de los servicios protegidos (Figura 2.1).

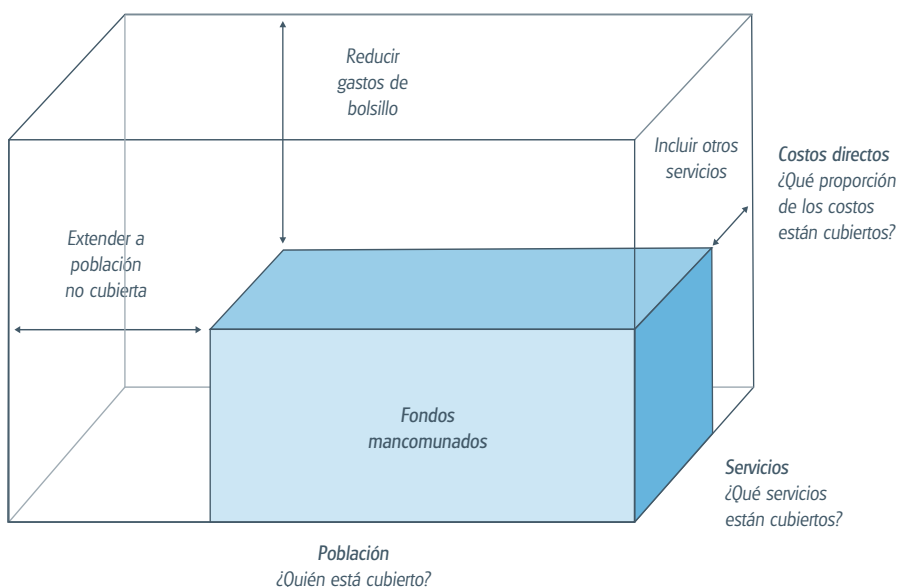


Figura 2.1 Cobertura universal: servicios esenciales sin barreras económicas para toda la población. Fuente: OMS, 2010.

La cobertura universal de la protección financiera implica el esfuerzo de múltiples actores para alcanzar y sostener los objetivos de la política pública en las dimensiones de: la población, los servicios y los costos. Los actores financieros especializados deben garantizar la previsión de los riesgos de la salud protegidos universalmente por el fondo mancomunado. La experiencia en los países de la OCDE permite identificar los principios exitosos para la protección financiera de la salud.^{7,8}

Las necesidades y los servicios de salud por cubrir se definen explícitamente en los derechos (*entitlements*) acordados democráticamente al más alto nivel político. Estos derechos –a diferencia de los derechos más genéricos– ajustan de manera periódica la relación entre las necesidades y los servicios de salud por protegerse, por un lado, y el financiamiento público disponible por el otro. Los derechos definen, así, los riesgos de la salud que el fondo mancomunado habrá de cubrir para toda la población, en función tanto de la incidencia y la prevalencia de las necesidades de salud, como de los costos asociados a las intervenciones seleccionadas para su atención.

La cobertura universal exige, asimismo, identificar los servicios y las intervenciones de salud por incluirse o excluirse para todos –atendiendo a las barreras aceptables de acceso en todas sus dimensiones–, junto con la previsión del financiamiento necesario. Esta definición establece una prima nacional por habitante que habrá de ponerse a disposición de los gestores financieros. Establece también una amplia canasta de servicios, que en este nivel tiende a ser genérica, para permitir que los gestores financieros la adecuen a las necesidades de las poblaciones específicas. La experiencia internacional sugiere que es preferible enfocar la atención en los servicios excluidos, y no tanto en los incluidos.

El gasto de bolsillo que cada individuo invierte en la búsqueda de atención a la salud es, sin duda, el principal indicador del grado de protección financiera de una población. En efecto, el gasto de bolsillo predispone a encarar gastos catastróficos y empobrecedores, a la vez que al retraso de la atención y a la complicación y el encarecimiento de los problemas de salud. La cobertura universal procura disminuir el gasto de bolsillo por dos vías: al reducir el aporte monetario en el momento de recibir la atención para los servicios esenciales cubiertos, y al extender la cobertura universal a una mayor gama de servicios.

La experiencia de los países de la OCDE sugiere que el financiamiento para la cobertura universal debe ser público, obligatorio y progresivo, y debe tender a reducir el gasto de bolsillo y alcanzar la mancomunación nacional de contribuciones, ya sean éstas fiscales, por descuentos de nómina o por una combinación de ambas. El financiamiento que recae en los usuarios cuando reciben los servicios del paquete de servicios esenciales se especifica en copagos, por lo general instituidos más como incentivos a la eficiencia que

⁷ Chernichovsky D. Pluralism, choice, and the state in the emerging paradigm in health systems. *The Milbank Quarterly*; 2002;80(1):5-40.

⁸ Aguilera N, Martínez G, Miranda M. Seguro social de salud. *Bienestar y política social* 2013;9(1):45-67.

como fuentes de financiamiento. La sociedad civil y las personas siguen siendo responsables de cubrir de su bolsillo, mediante donativos o con seguros privados complementarios, el costo de las intervenciones que no están universalmente cubiertas.

La gestión financiera de la salud

La gestión financiera de los riesgos protegidos tiene una importante responsabilidad en la expansión y la sustentabilidad de la protección financiera universal, así como en la cobertura efectiva de las intervenciones financiadas. El diseño de los incentivos que se ofrecen para recaudar los recursos monetarios y asignarlos a los prestadores favorece de manera preponderante la demanda de servicios por parte de los beneficiarios, y la oferta de servicios de calidad por parte de los prestadores de servicios.

La gestión financiera incluye las tres funciones de agencia, acceso y gestión del riesgo ya descritas. En los países de la OCDE, la especialización de agentes y herramientas para el ejercicio de estas funciones ha probado ser fundamental para lograr los objetivos de la cobertura universal. Las instituciones de la seguridad social y las empresas aseguradoras fueron pioneras, y están desarrollando sus competencias para la organización y gestión del consumo de la atención (OGCA), competencias también denominadas “de articulación”⁹. Las articuladoras tienden –aunque no necesariamente– a especializarse en la gestión financiera, separándose de la recaudación y salvaguarda del fondo mancomunado. Las articuladoras cumplen su papel –ya sea mediante la administración financiera o asumiendo una parte del riesgo financiero– al gestionar las primas del fondo mancomunado.

Las OGCA o articuladoras son esenciales para alcanzar la cobertura efectiva de los servicios de salud por sus funciones de agencia entre los diversos actores del sistema de salud (Figura 2.2). Responden por el cumplimiento de los derechos de salud al afiliar y conformar el padrón de beneficiarios, al recaudar y salvaguardar los fondos cuando así lo hacen, al gestionar el reaseguro o al apoyar a las autoridades en la acreditación de los prestadores de servicios. Las OGCA o articuladoras facilitan el acceso oportuno a los servicios de salud, conformando redes de prestadores de servicios y apoyando la demanda del plan integral de salud. Las articuladoras pueden adaptar –o incluso conformar– el plan esencial de salud para responder a las necesidades de su población.

Las articuladoras gestionan el riesgo cubierto monitoreando la incidencia de las necesidades de salud de más alta prioridad, el acceso a los servicios, la cobertura efectiva y la utilización de los recursos financieros. Sobre esta base, diseñan incentivos tanto para los prestadores de servicios como para los beneficiarios, promoviendo el enfoque

⁹ Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41(1):1-36.

Funciones de las articuladoras para la gestión financiera entre los actores del sistema de salud

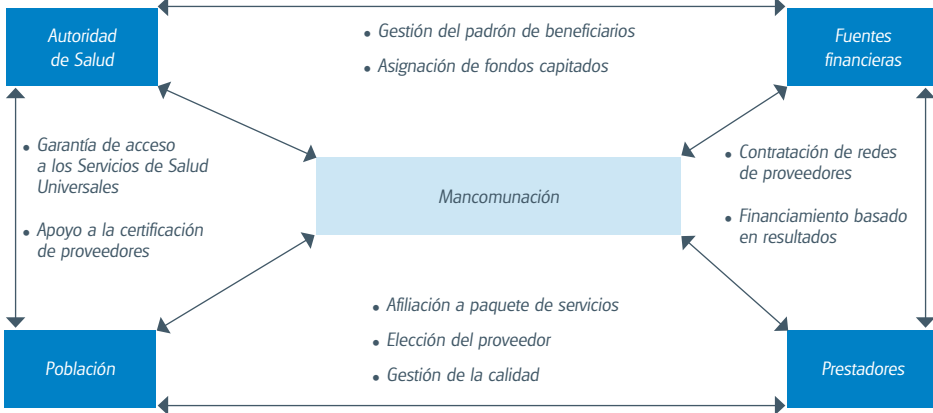


Figura 2.2 La gestión financiera es central en la articulación del sistema de salud.

Fuente: Modificado de Londoño y Frenk, 1997.

de riesgos. Los fondos mancomunados y las articuladoras se están abocando cada vez más en la puesta en marcha de programas de gestión de las enfermedades crónicas para la selección positiva de riesgos mediante primas especiales, y para la gestión financiera especializada (véase el Recuadro 4.1).

Modalidades de mancomunación y gestión financiera de la salud

Por más de 120 años, diversos países han adoptado la protección financiera como política de Estado, y ésta ha demostrado ser una poderosa herramienta para el desarrollo social. Tres modalidades son prototípicas: el modelo público sustentado en impuestos generales, la seguridad social mediante contribuciones obligatorias de organismos de la sociedad civil, y los seguros privados con aportes voluntarios individuales o de las empresas. México incluyó en la Constitución de 1917 los preceptos de la seguridad social, y en 1943 los transformó a un modelo de Estado mediante la Ley del IMSS. Al mismo tiempo, se instituyó el modelo público con un enfoque asistencialista para la población excluida de la seguridad social.

La transición epidemiológica y la explosión de costos, por una parte, y la exigencia de equidad y de competitividad global, por la otra, están llevando a una rápida transformación de las políticas y las estrategias para la protección financiera de la salud en el mundo. La transformación de los modelos de protección financiera está combinando estas modalidades y generando modelos cambiantes. Y México no es la excepción.

En el modelo público, el fondo mancomunado se constituye principalmente mediante impuestos generales a cargo de los ministerios de hacienda, mientras que una

entidad pública –por lo general los ministerios o secretarías de salud– se ocupa de la gestión financiera. La estimación del riesgo tiende a ser general y el financiamiento se asigna a los prestadores de servicios sobre la base de presupuestos que consolidan los riesgos año con año, los llamados “presupuestos históricos”. Los prestadores de servicios suelen ser contratados conforme a diversas fórmulas, si bien en América Latina este modelo se ha enfocado en la prestación de servicios pública directa en todos los niveles de atención.

La definición general de riesgos y la consolidación presupuestal propias del modelo público han tendido a presentar cuentas deficitarias, no sólo por la dificultad para actualizar los riesgos –dadas las cambiantes necesidades y tecnologías–, sino también por la incapacidad de formular los incentivos necesarios para lograr una gestión financiera eficiente. Para responder a este reto, el modelo público está desarrollando modalidades de asignación de los recursos basadas en la estimación de los riesgos de la salud y en su incidencia. En México esta tendencia se ve reflejada en el SPSS, que asigna recursos a la población excluida de la seguridad social sobre la base de la identificación de riesgos y de planes de beneficios, de contribuciones en función de la capacidad de pago, así como mediante la formulación de una prima por beneficiario y de tabuladores de pago.

El modelo de la seguridad social define la contribución obligatoria a un fondo mancomunado exclusivo para distintos grupos de la sociedad civil: sindicatos, gremios, empresas y asociaciones privadas no lucrativas. Los fondos son recaudados y gestionados por los propios grupos sociales conforme a un marco regulatorio público. Si bien la contribución proviene de fuentes privadas –trabajadores y empleadores–, es obligatoria y, por consiguiente, de carácter o “interés” público. La regulación pública determina la obligación de contribuir más no las tasas ni los beneficios cubiertos, aunque tiende a establecer un piso. Los recursos son asignados, por lo general, a prestadores de servicios privados conforme a diversos arreglos contractuales que llegan a ser normados por estatutos especiales.

Las exigencias de la cobertura universal están llevando a los distintos fondos de seguridad social que operan dentro de un país a competir mediante la apertura a la libre afiliación de los beneficiarios. Para contrarrestar la selección de riesgos entre los fondos, el gobierno establece un fondo nacional de compensación con aportes de todos los fondos, y norma mecanismos de compensación que incluyen el ajuste de los riesgos por edad, sexo, ingresos, discapacidad y, crecientemente, enfermedades crónicas preexistentes. La competencia se convierte, así, en un mecanismo en favor de la eficiencia, al obligar a consolidar fondos de tamaño óptimo para gestionar el riesgo. Se observa incluso una tendencia a que los fondos de la seguridad social y las aseguradoras privadas operen con las mismas reglas.

Durante la posguerra se crearon en México –y en la mayoría de los países de América Latina– instituciones nacionales de seguridad social, al consolidarse de manera obligatoria múltiples fondos gremiales que operaban con los preceptos de la seguridad

social en instituciones públicas gestionadas por el Estado. Este modelo de seguridad social de Estado se distingue del de la “seguridad social original”, por la subordinación política de los grupos sociales y el establecimiento de enormes órganos monolíticos para la recaudación de los recursos monetarios, la gestión financiera y la prestación de servicios. La seguridad social de Estado tiene retos y alternativas diferentes de las de la seguridad social original.

En el modelo de seguridad social de Estado, instituciones gubernamentales recaudan y gestionan los fondos con una prima progresiva única, y a la contribución privada se suma la gubernamental. Estos cambios hacen que el carácter social de la contribución se transforme en un impuesto especial. Bajo la égida del Estado, los organismos sociales son representados –de manera genérica y al más alto nivel– por consejos técnicos presididos por la autoridad gubernamental, la cual ejerce un control sobre el ejercicio de las contribuciones. La prestación de servicios de salud se integra orgánica y presupuestalmente al fondo mancomunado, consolidando, así, la gestión del riesgo al nivel más general. Los recursos se asignan sobre la base de presupuestos históricos que consolidan la manifestación de los riesgos. La población beneficiaria se integra obligatoriamente en un solo grupo de gran tamaño, lo que limita la eficiencia de la gestión de riesgos.

Los sistemas de seguridad social en América Latina no han podido ser la base de la cobertura universal, dada la segmentación laboral en las economías formal e informal, y la falta de incentivos para extender los beneficios cubiertos de manera universal. El Estado se ha visto, así, obligado a brindar atención para la salud a la población excluida de la seguridad social, conforme a un modelo público basado en la infraestructura de la salud pública y un modelo asistencialista. De ahí que surgieran dos modelos paralelos y segmentados de protección financiera; modelos similares, no obstante, pues el Estado es, finalmente, el único responsable de la mancomunación por la vía de impuestos generales o especiales, la gestión financiera a través de instituciones públicas y la prestación de servicios integrados verticalmente. De allí las innovaciones que se están observando en países de la región como Chile, Colombia y, más recientemente, Uruguay, tendientes a transformar la seguridad social de Estado en un modelo universal.

Los seguros privados de salud se caracterizan por la contribución voluntaria al fondo mancomunado por parte de actores privados –individuos o empresas–, o incluso por el propio gobierno como parte de sus prestaciones laborales. La gestión del fondo está a cargo de una empresa especializada, conforme a la regulación financiera del gobierno. Los seguros privados están expuestos al mercado en la definición de los beneficios asegurados, el monto de la prima, la venta de pólizas y el pago a los prestadores de servicios de salud. Y encaran estos retos por diversas vías: el diseño de productos, la limitación de riesgos, la búsqueda de eficiencia operativa y el pago de servicios.

Las aseguradoras privadas en México enfrentan un mercado particularmente complejo y retador, en la medida en que las instituciones de la seguridad social ya exi-

**Gasto en salud privado total y gasto privado asegurado como porcentaje del gasto total en salud.
Países selectos con ingresos similares a los de México**

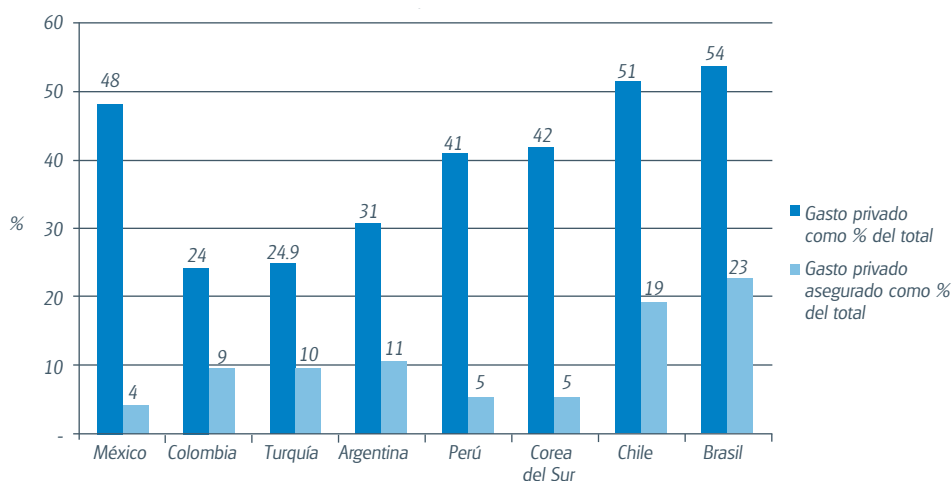


Figura 2.3 México tiene un alto gasto privado de salud, con muy baja participación de los seguros privados.
Fuente: Banco Mundial, 2012.

gen un alto nivel de contribución, a la vez que han desarrollado en gran medida su capacidad en la medicina especializada. Las aseguradoras enfocan, así, productos complementarios de gastos médicos mayores de carácter indemnizatorio y captan 4% del gasto total en salud, mientras que países como Brasil –donde la seguridad social no existe– logran el aseguramiento privado de 23% del gasto en salud, si bien mantienen un gasto privado muy elevado (Figura 2.3).

Beneficios de la mancomunación y la gestión financiera de la salud

La mancomunación de fondos para cubrir riesgos específicos de salud y la gestión especializada de los riesgos pueden derivar en importantes beneficios financieros, económicos y sociales que son clave para la cobertura universal de la protección financiera de la salud. Por ejemplo:

- permiten la contribución costeable, predecible y continua de las diversas fuentes, logrando así un flujo financiero eficiente para el sistema de salud
- evitan el gasto catastrófico para los pacientes, eliminando trampas de pobreza
- reducen la delincuencia en los pagos para el prestador de servicios de salud, contribuyendo a su viabilidad económica y reduciendo incentivos a la inducción de servicios innecesarios

- reducen el gasto de bolsillo de los pacientes, fomentando la atención oportuna
- contribuyen a la gestión de los riesgos protegidos, reduciendo las complicaciones y la comorbilidad y, por consiguiente, el gasto en salud
- crean fondos predecibles para la inversión y el gasto en salud, estimulando el desarrollo de los recursos humanos, la tecnología y la organización de los servicios de salud

Las exigencias de la cobertura universal de la protección financiera están llevando a transformar cada vez más el financiamiento de la salud bajo la égida del principio de mancomunación. En varios países, la integración de los mejores rasgos de los distintos modelos de protección ha llevado a la cobertura universal, y la subsecuente reducción drástica del gasto de bolsillo. La contención de costos sigue siendo un gran reto en muchos sistemas, si bien ha habido logros significativos.

¿A qué grado está logrando México estos beneficios en el marco de la protección social de la salud? ¿Cuáles son las perspectivas para la cobertura universal? ¿Cómo pueden contribuir las instituciones privadas de seguros para lograrlo? Los siguientes capítulos buscan responder a estas preguntas.

3. Situación de la protección financiera de la salud en México

El Estado mexicano cuenta con un extenso acervo de disposiciones legales relativas al financiamiento público que establecen derechos y beneficios. De aquí que los mexicanos dispongan de un amplio marco de derechos garantizados (*entitlements*) para el aseguramiento de la salud. Tales derechos se distribuyen, no obstante, entre diversos grupos poblacionales, se fragmentan incluso al interior de un solo grupo de beneficiarios, y su rectoría está segmentada entre autoridades diversas. Por otra parte, su vinculación al estatus laboral y familiar de las personas los hace inestables para los beneficiarios y retan la continuidad de los beneficios.¹⁰

Este capítulo describe el panorama de los derechos de aseguramiento y protección financiera de la salud en México, resaltando las oportunidades de colaboración público-privada. Analiza la tendencia del gasto en salud, destacando tanto el crecimiento del gasto como el comportamiento de la brecha del financiamiento entre la población asegurada y la no asegurada. Analiza, asimismo, la cobertura de la protección social de la salud mediante el gasto per cápita. Al respecto destaca la dificultad para su medición, dadas las divergencias entre las distintas estimaciones y la carencia de un padrón único nacional de beneficiarios.

El capítulo revisa las estrategias del fondeo y la previsión de riesgos financieros de la salud por las diversas instituciones públicas y privadas, y analiza –en este contexto– el déficit proyectado para el seguro de enfermedad y maternidad del IMSS, así como la contraparte de la protección financiera de la salud: el gasto privado no asegurado o de bolsillo. Sobre esta base, explora las estrategias institucionales que se están poniendo en práctica para la gestión financiera del acceso a los servicios, de la representación de los asegurados y de los riesgos cubiertos. Presenta, finalmente, evidencia de la cobertura efectiva de los servicios de salud, y deja ver que los éxitos logrados en relación con las enfermedades agudas están todavía por alcanzarse para las enfermedades crónicas.

¹⁰ Aguilera N, Martínez G, Miranda M. *Op. cit.*

Derechos de aseguramiento en salud

Nuestra Carta Magna establece el Derecho a la Protección de la Salud en el Artículo 4º Constitucional, y delega a las leyes secundarias la especificación de las bases para el acceso –y sus modalidades– a los servicios de salud, así como la concurrencia de la federación y las entidades federativas para su procuración. El Artículo 123 Constitucional regula, en el apartado A, la seguridad social de los trabajadores asalariados del sector formal privado, y en el apartado B, la de los trabajadores del gobierno. Las constituciones de cada entidad federativa especifican los derechos de aseguramiento de los trabajadores públicos estatales. La Ley General de Salud fija el financiamiento de los servicios de salud para la población no cubierta en los apartados arriba citados, específicamente en el Artículo 77 Bis, que define al SPSS.

Cada estatuto legal del Estado mexicano determina beneficios y flujos financieros específicos. Las leyes y reglamentos de la seguridad social federal y estatal establecen una cobertura de intervenciones de salud sin restricciones, así como primas de contribución obrero-patronales y gubernamentales. Los estatutos se han interpretado como la cobertura de las más de 10 000 enfermedades incluidas por la OMS en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Para 2014 el SPSS incluía 59 enfermedades de gasto catastrófico, así como 285 intervenciones y 609 medicamentos para cubrir las necesidades básicas de salud. Por su parte, el Artículo 77 Bis especifica la asignación de recursos financieros públicos y privados, federales y estatales, para costear las intervenciones y los medicamentos cubiertos.

Se ha propuesto que los beneficios del Seguro Popular constituyan el paquete esencial de servicios al que todo mexicano tiene derecho.^{11,12} Se ha hecho evidente, asimismo, la importancia de una ley federal –o incluso cambios constitucionales– que regule la contribución para la protección financiera universal y la constitución de un fondo nacional o fondos específicos pero homogéneos en sus reglas de contribución.

Tendencia del gasto en salud

Para 2013, el gasto total en salud en México alcanzó un total de \$1 004 570 millones, equivalente a 6.24% del producto interno bruto, con una tendencia sostenida al alza desde 1995, a una tasa anual de 7.3%, multiplicando el gasto en términos reales 2.3 veces.¹³ (Figura 3.1). El gasto público pasó de 183.2 mil millones en 1995 a \$519.7 mil millones en 2013, multiplicándose 2.8 veces. El gasto privado pasó de \$251.5 mil millones en 1995 a \$484.9 mil millones en 2013, un incremento menor al del gasto total, de 1.9 veces. El

¹¹ Grupo de Trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México. 2013;55(1):1-64.

¹² Martínez-Valle A, Molano-Ruiz M (coord.) El México del 2013, propuesta para transformar el Sistema Nacional de Salud. México DF: CEEY Editorial; 2013.

¹³ Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database. Ginebra: OMS. Consultado el 3 de abril de 2014.

Gasto en salud de México: 1995-2013

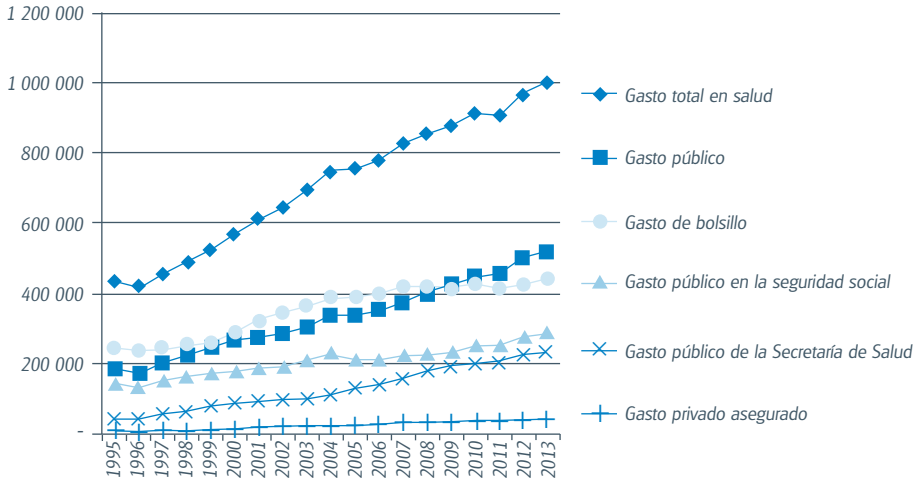


Figura 3.1 México ha observado un incremento en el gasto per cápita, sobre todo para cerrar la brecha entre asegurados y no asegurados.

Fuente: OMS. World Health Expenditure Database.

gasto de la seguridad social alcanzó \$286 473 millones en 2013 –dos veces más que en 1995–, mientras que el gasto público en población no asegurada fue de \$233 248 millones, seis veces la cantidad asignada en 1995. La razón del gasto en términos reales entre asegurados y no asegurados pasó, así, en el periodo, de 2.91 a 1.52, con lo que la brecha entre los dos destinos del financiamiento público se redujo significativamente.

El gasto en población no asegurada, propiamente mancomunado por el SPSS para la cobertura de la población afiliada al Seguro Popular, ascendió en 2013 a \$146 mil millones, 62.7% del gasto total en esta población. No obstante, el gasto gestionado por la CNPS y dirigido mediante primas al gasto de los afiliados del Seguro Popular fue de \$76.7 mil millones, es decir, 48% del total del fondo mancomunado y 30.3% del gasto total en la población no asegurada.¹⁴ Es clara la oportunidad para incrementar el fondo mancomunado y, sobre todo, su gestión financiera sobre la base de las primas.

Si bien el gasto privado asegurado partió de una base muy inferior, incrementó de manera significativa en el periodo analizado (5.6 veces), al pasar de \$7 440 millones a \$41 362 millones.

La tendencia de la composición del gasto en salud ha favorecido ligeramente a la fuente pública, que pasó de 42.1% en 1995 y 46.6% en 2000 a 51.7% en 2013 (Figura 3.2). En 2011 el gasto privado dejó de ser mayoritario para representar, en 2013, 48.3% del total. La tendencia deja ver la contribución de las políticas de gasto público en salud,

¹⁴ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de resultados 2013. México DF: CNPSS; 2013.

Tendencia del gasto en salud en México según fuente. 1995-2013

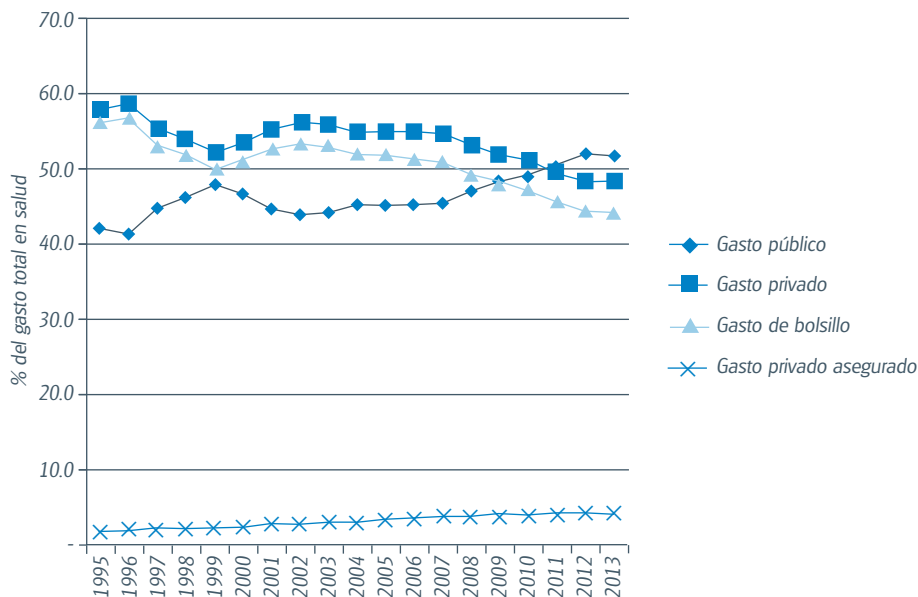


Figura 3.2 El gasto público prevalece sobre el privado desde 2011, manteniéndose ahora su relación.
Fuente: OMS. Global Health Expenditure Database.

en particular del SPSS, aun cuando la inercia del gasto privado persiste. El gasto privado asegurado, por su parte, tuvo un incremento significativo, aunque a partir de una base mucho más reducida, al pasar de 1.7% del gasto total en salud en 1995 y 2.5% en 2000 a 4.1% en 2013. El cambio entre 2000 y 2013 fue de 65%. El gasto privado de bolsillo ha decrecido de 56.2% del total en 1995, a 50.9% en 2000, y hasta 44.1% en 2013. La tendencia del gasto privado favorece la cobertura universal de la protección financiera, si bien el nivel de gasto privado de bolsillo se mantiene alto.

Población con protección financiera en salud

La identificación de la cobertura poblacional con fondos mancomunados para la salud es clave para las políticas de protección financiera (*Recuadro 3.1*). La información más confiable está disponible para 2012. Del total de la población nacional de 117 millones de personas, 98 millones –84%–, contaban con protección financiera en salud. La población protegida se divide entre las instituciones de la seguridad social, con 52 millones de personas o 44.4% del total nacional, y el Seguro Popular, con 46.3 millones de personas protegidas o 39.6% del total (*Figura 3.3*).

Recuadro 3.1. Registro de la población con protección financiera según la institución

Los registros administrativos de afiliados del IMSS y del ISSSTE consignan para 2014 una población beneficiaria total de 70.7 millones de personas, que sumada a los 1.1 millones de asegurados de otras instituciones públicas daría 71.8 millones, y una cobertura nacional de 60% del total.¹⁵ El informe de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud reporta para 2012 un total de 52.9 millones de personas afiliadas al Seguro Popular.¹⁶ Este dato, sin embargo, no considera la posible afiliación de los beneficiarios a la seguridad social, si bien ello debería evitarse al momento de la afiliación y de la validación mediante el cotejo de padrones.

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) reportó que para 2012, 44.4% de la población –52.02 millones de personas– estaban cubiertas por instituciones de la seguridad social en el país.¹⁷ Esta cifra está basada en la encuesta especial de cobertura de servicios de salud del Censo 2010 y corrige la doble afiliación, por ejemplo, afiliación al IMSS y al ISSSTE o bien al IMSS y al Seguro Popular. En este último caso, la persona es contada como derechohabiente de la seguridad social. Basado en el censo, la cifra estima con precisión la población dependiente de cada afiliado.

Respecto de la afiliación al Seguro Popular, la Auditoría Superior de la Federación observó que para 2012 un total de 6.5 millones de afiliados –12.4% del total– estaban también afiliados a la seguridad social. Descontando esta población, el total de afiliados exclusivos del Seguro Popular es de 46.3 millones de habitantes, equivalente a 39.6% de la población nacional en 2012.

Descontando de la población nacional a los derechohabientes de la seguridad social y a la población exclusivamente afiliada por el Seguro Popular, quedó para 2012 un remanente de 18.7 millones de personas –16.0% del total nacional, sin protección financiera en salud.

Población según fuente de la protección financiera. México, 2012

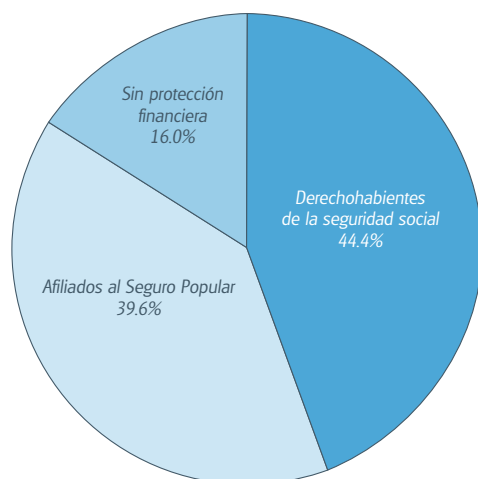


Figura 3.3. El 16% de la población en México carece de protección financiera en salud.

Fuentes: SSA, Dirección General de Información en Salud. Comisión Nacional de Protección en Salud 2013. Auditoría Superior de la Federación.

¹⁵ Gobierno Federal. II Informe de Gobierno. Anexo Estadístico México Incluyente. Ciudad de México; 2014: 150.

¹⁶ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Op. cit.* 2013.

¹⁷ Dirección General de Información en Salud. Estimaciones a partir de la muestra del censo de población y vivienda 2010 y de las proyecciones de la población de los municipios de México 2010-2030 CONAPO. Ciudad de México; DGIS; 2014. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/ccubopobcensal2010CA.html> [consultado el 13 de abril de 2015]

Quedaban sin protección financiera para 2012 un total de 18.7 millones de personas, 16% del total nacional. Aplicando este porcentaje al total a la población para 2015 –de 121 millones–, y suponiendo que no se han dado importantes modificaciones para incrementar la cobertura más allá del crecimiento de la población, la población desprotegida actual puede estimarse en 19.3 millones de personas.

En 2013, los seguros privados cubrieron con pólizas de salud de diversos tipos a 9.1 millones de personas, es decir, a 7.6% de la población. Debe considerarse que un número indeterminado de pólizas son contratadas por población ya cubierta por las instituciones públicas y, por consiguiente, no puede agregarse al total de la protección financiera. La población cubierta por seguros privados pasó de 3.1 millones en 2003 a 9.1 millones en 2013, lo que representa un incremento de 164%.¹⁸

Gasto per cápita en salud

El gasto total en salud per cápita es la cifra clave que puede llegar a soportar un derecho de financiamiento en el marco de la cobertura universal de salud y traducirse en primas para los diversos esquemas de protección. El incremento del monto per cápita de gasto público y privado mancomunado respecto del monto per cápita del gasto privado de bolsillo sería una meta de gran importancia.

En 2013, el gasto total en salud per cápita fue de \$8 485, lo que indica un incremento de 2.3 veces en términos reales desde 1995, y de 1.8 veces desde 2000 (*Figura 3.4*). El gasto per cápita en la población beneficiaria de la seguridad social fue de \$5 419 y en la población cubierta por la Secretaría de Salud, incluyendo el Seguro Popular, de \$3 560. En 2000, el gasto asignado a estas dos poblaciones fue de \$4 256 y de \$1 461, respectivamente. La brecha del gasto público entre asegurados y no asegurados se cerró considerablemente, al pasar de una razón entre gastos de 2.91 en 2000, a una de 1.52 en 2013. El monto per cápita del fondo mancomunado por el SPSS para este año fue de \$2 631.

El gasto per cápita en seguros privados, considerando a la población cubierta en 2013, fue de \$4 777, lo que indica un decremento de 11.1% respecto de 2003. Los niveles de gasto per cápita de los seguros privados y de la seguridad social son muy similares, si bien el primero está más expuesto a la fluctuación asociada al ciclo económico. La caída del gasto per cápita se observó, en efecto, a partir de la crisis económica del 2009.

Evolución del gasto privado de bolsillo

El gasto privado de bolsillo –el que realiza el paciente al ser atendido y que no le reembolsa un seguro– es una medida central del alcance de la protección financiera en la

¹⁸ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Seguros médicos. Gastos médicos mayores y salud. Ciudad de México: AMIS; diciembre de 2014.

Gasto per cápita en salud. México, 1995-2013

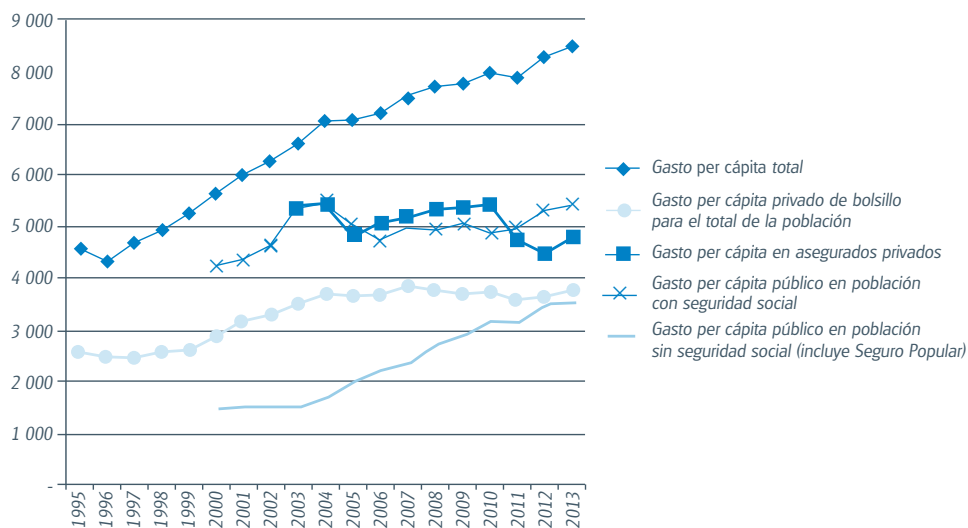


Figura 3.4. Se redujo la brecha del gasto per cápita entre asegurados y no asegurados, pero el gasto de bolsillo per cápita se mantiene muy alto.

Fuentes: DGIS para población asegurada 2010-2013. Gobierno Federal, Segundo Informe de Gobierno 2014 para población asegurada 2000-2009, corregida con el ponderador derivado de DGIS. Gasto corriente de la OMS. World Health Expenditure Database. Deflatores del Banco Mundial.

cobertura universal. Se analiza a continuación la evolución del gasto y se evalúa en términos de si es un gasto complementario o redundante del gasto asegurado, así como en su impacto en los hogares como gasto excesivo.

El gasto de bolsillo se ha reducido ligeramente respecto del gasto total en salud (véase Figura 3.2). El gasto de bolsillo per cápita, sin embargo, se fue incrementando entre 1995 y 2004, cuando se estabilizó con ligeros altibajos (Figura 3.4). De acuerdo con la ENIGH, entre 2000 y 2012 el gasto de bolsillo per cápita se redujo 14.9% en términos reales. Para el quintil más pobre, sin embargo, la reducción fue de 49.7%. La relación del gasto de bolsillo entre los afiliados a la seguridad social y la población sin seguridad social –estén o no afiliados al Seguro Popular– ha cambiado notoriamente. La proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares que no están afiliados a instituciones de seguridad social versus los afiliados se redujo de 58% en 2002, a 39% en el 2012. Llama la atención que el gasto de bolsillo per cápita –así como la frecuencia de su incidencia– sea mayor para la población beneficiaria de la seguridad social que para los que no están asegurados. Aunque esto se asocia con su mayor poder adquisitivo, deja ver las brechas de la seguridad social para satisfacer a la población beneficiaria.

El gasto de bolsillo en salud en México puede analizarse ya sea por el grado en que complementa la protección financiera de la salud, o bien por el grado al que revela ineficiencia de la gestión de los fondos mancomunados, resultando así en un gasto redundante. El gasto de bolsillo es complementario de la protección financiera de la salud en dos circunstancias: cuando es la única fuente de financiamiento –esto es, cuando la persona carece de protección financiera, y cuando se hace como el copago de un seguro. El copago puede ser de bajo monto y orientado a mejorar la eficiencia del consumo, o bien de mayor cuantía pero protegido por un mercado privado de aseguramiento del copago, como ocurre en Francia. En estos casos, el gasto de bolsillo será complementario porque permite el acceso inmediato a bienes y servicios de salud. El gasto de bolsillo complementario en la desprotección, sin embargo, debe ser calificado de inaceptable por sus consecuencias sociales y para la salud.

Cuando, en cambio, el gasto de bolsillo responde a la necesidad de tener acceso a servicios importantes que las instituciones públicas no pueden ofrecer debido a insuficiente capacidad, deja de ser complementario y se convierte en redundante. El gasto de bolsillo se convierte no sólo en una barrera para el acceso, sino que significa una ineficiencia financiera debido al doble pago por servicios.

El gasto de bolsillo es complementario para 16% de la población excluida de la protección financiera en México, para la cual es su única fuente de financiamiento. El gasto de bolsillo complementario de la protección financiera pública prácticamente no existe en México, pues las instituciones de la seguridad social nunca han cobrado copagos, mientras que las cuotas de recuperación fueron eliminadas en la Secretaría de Salud para los servicios cubiertos por el Seguro Popular, que abarca un importante conjunto de servicios y medicamentos.

El gasto de bolsillo redundante así como el complementario en la carencia de protección financiera y por tanto inaceptable, puede medirse en relación con el gasto de bolsillo en los países con cobertura universal de protección financiera de la salud; esto es, donde cerca de 100% de la población está afiliada a seguros de salud y donde el gasto de bolsillo que se realiza puede ser considerado como complementario. Este análisis toma como referencia el gasto promedio de bolsillo de los países de la OCDE en 2012, de 19.0% del gasto en salud.¹⁹ Con un gasto de bolsillo en México de 44% para 2013 y suponiendo que no se ha modificado el gasto de la OCDE, el gasto redundante e inaceptable es de 25% del total, cifra que aplicada al gasto de 2013 asciende a \$253.6 mil millones.

El gasto de bolsillo excesivo para los hogares puede evaluarse por ser ya sea catastrófico –definido como el gasto mayor a 30% de los ingresos disponibles por encima del gasto en alimentación– o empobrecedor –el que lleva a los hogares a cruzar la línea de pobreza. En 2012, el gasto excesivo en salud afectó a 2.7% de los hogares en México, con lo que incidió en el bienestar de 792 000 hogares y de alrededor de 2.9 millones de

¹⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Estadísticas de salud 2014. París: OCDE; 2014.

Gastos excesivos catastróficos y empobrecedores de los hogares por trimestre. México, 1992-2012

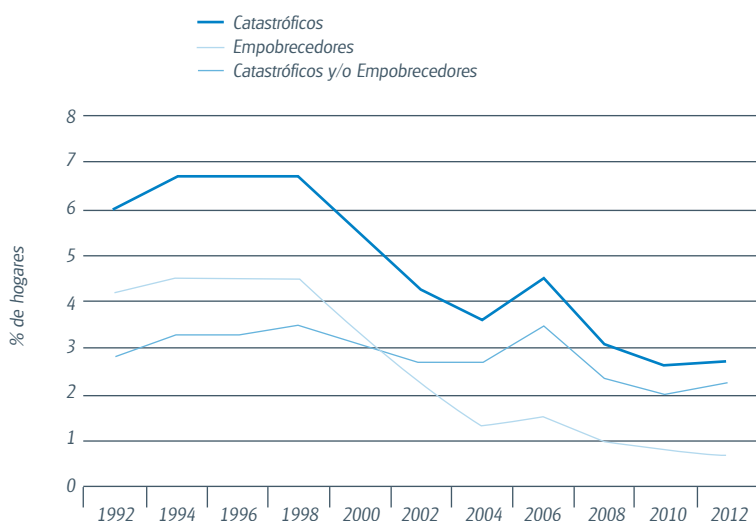


Figura 3.5. El gasto excesivo de los hogares, ya sea catastrófico o empobrecedor, ha tenido una importante reducción.

Fuente: Modificado de Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, ... & Frenk J. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*. 2012;380(9849):1259-79.

personas. La tendencia del gasto excesivo ha ido a la baja desde 1998, con excepción de 2006, año en que ambos indicadores tuvieron un ligero incremento (Figura 3.5).

El decremento de los gastos excesivos de bolsillo en salud inició al menos en 1998, y posiblemente haya obedecido a la política de introducción de medicamentos genéricos de bajo costo al mercado. Mientras que en 1992, 10.1% de los hogares sin seguro tenían gastos excesivos por trimestre, para 2012 éstos se redujeron a 3% entre la población sin seguro ni afiliación al Seguro Popular, y a 3.2% entre aquellos con afiliación al Seguro Popular (Figura 3.6). Entre los hogares con seguridad social, la tendencia del gasto excesivo se ha mantenido constante, con valores de 1.5 y 1.2% por trimestre a lo largo del periodo analizado. El que la reducción del gasto excesivo entre afiliados al Seguro Popular y no afiliados haya sido muy similar en el periodo puede deberse a que los no asegurados tuvieron acceso a diversas estrategias para reducir su gasto de bolsillo que surgieron en paralelo: la afiliación voluntaria al Seguro Popular y el acceso a consultas y medicamentos genéricos de bajo costo.

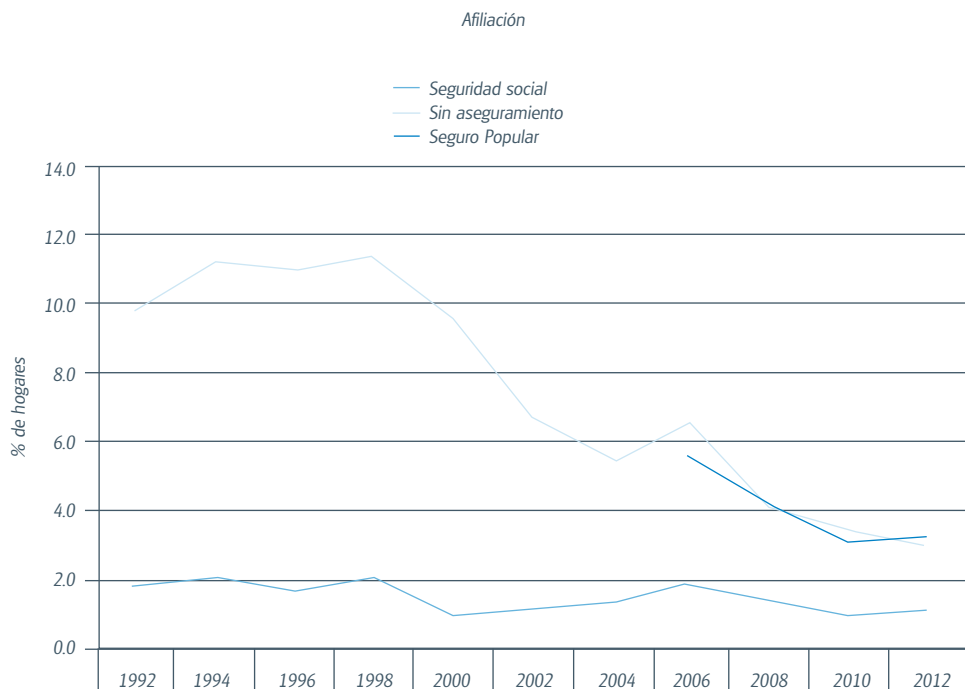


Figura 3.6. Hogares con gastos catastróficos y empobrecedores trimestrales de acuerdo con el tipo de aseguramiento en salud.

Fuente: Knaul FM, Arreola-Ornelas H y Méndez O. Tendencias en la protección financiera en México 1992 a 2012. Enviado a publicación.

Fondeo mancomunado

A continuación se analizan, en general, las reglas para constituir los fondos mancomunados y asignarlos –con criterios explícitos– a los beneficios y las personas. La contribución financiera para la protección social de la salud tiende crecientemente a ser explícita y a vincularse con un aporte por afiliado o por persona. Las contribuciones al IMSS y al ISSSTE incluyen primas para el seguro de salud recaudadas por trabajador afiliado y ajustadas por nivel de ingresos. Las leyes de la seguridad social mexicana exigen la asignación de la prima a una reserva exclusiva para cubrir los riesgos de la salud, de donde se deriva un presupuesto por afiliado y un gasto en salud per cápita, determinado sobre la base de estimaciones demográficas y no por la asignación de una prima por beneficiario registrado. Los fondos de aseguramiento de la salud están evolucionando a partir de sistemas de reparto que cubrían el gasto corriente, para convertirse en fondos de reserva para la previsión de riesgos a corto, mediano y largo plazos.

La Ley del IMSS (Art. 281) le atribuye al Consejo Técnico la responsabilidad de establecer reservas operativas y financieras, y de proponerle al Congreso cambios que permitan la previsión de riesgos a mediano y largo plazos para cada ramo de seguros. Las reservas pueden dividirse y gestionarse conforme a la naturaleza de los riesgos. Para el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), por ejemplo, se mantiene una reserva general, aunque ya se está analizando la previsión para riesgos específicos. De mantenerse las primas de contribución, el IMSS proyecta un déficit en general y para enfermedades crónicas específicas hasta 2050; de allí que le haya propuesto al Congreso el incremento de la cuota base^{20,21} (*Recuadro 3.2*).

Recuadro 3.2. Déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) y otros seguros de salud del IMSS

El IMSS estima que entre 2014 y 2050 acumulará un déficit para el SEM de \$2.2 millones de millones, equivalente a 12.4% del PIB a valor presente. Cerca de dos tercios se acumularán en el fondo para pensionados y un tercio en el fondo para asegurados. Para el Seguro de Salud para la Familia –el seguro voluntario del IMSS– se estima un déficit de \$206.7 mil millones para el mismo periodo, equivalente a 1.2% del PIB. En total, el déficit acumulado en salud en 2014 sería de 13.6% del PIB anual del país (*Figura 3.7*).²²

El IMSS le propuso al Congreso dos opciones para hacer frente a este déficit, más allá de las mejoras en la eficiencia. La primera es establecer una prima de reparto creciente, que para 2015 incremente la prima de contribución de 12.3 a 15.9% y para 2050 a 18.6%. La segunda opción sería fijar una prima media nivelada de 17.1% a partir de 2015, sostenida hasta 2050.²³

La previsión del riesgo por enfermedades crónicas indica un mayor desequilibrio, pues los costos para las cinco principales enfermedades se proyectan siete veces mayores para 2050, a menos que se mejore la eficiencia o se incremente la contribución (*Figura 3.8*). Una opción para el IMSS al respecto sería estimar reservas y primas de gasto específicas para los riesgos de las enfermedades crónicas, a fin de promover, de este modo, la gestión financiera para favorecer la cobertura efectiva y la reducción de costos.

²⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014. Ciudad de México: IMSS; 2014.

²¹ Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012. Ciudad de México: IMSS; 2012.

²² IMSS, *Op. cit.*, 2014; p. 32.

²³ *Ibid.*, p. 110.

Déficit del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS. 2014-2050

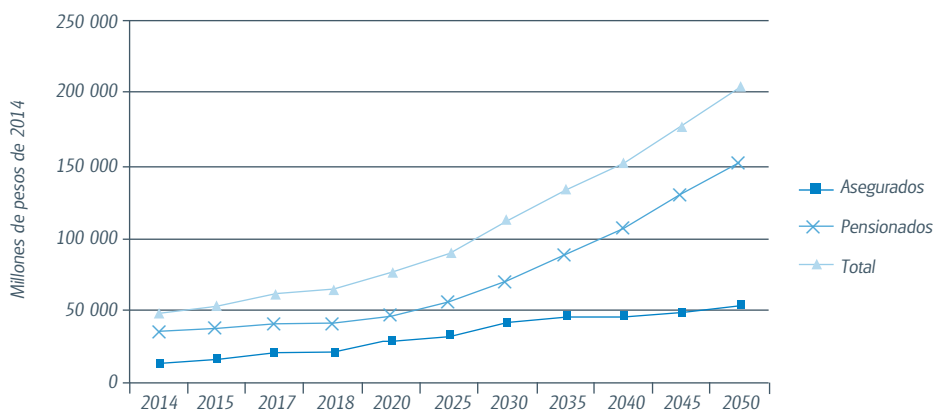
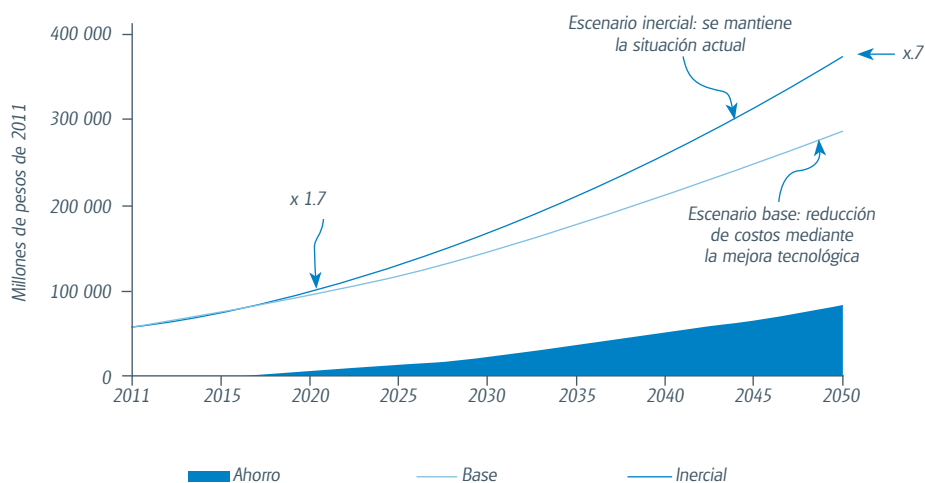


Figura 3.7. El déficit del seguro de enfermedades y maternidad del IMSS incrementará, de mantenerse los costos y eficiencia actuales.
Fuente: IMSS, 2014.

Proyecciones de costos totales de las principales enfermedades crónicas* en el IMSS, 2011-2050



*Diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, cáncer de útero, cáncer de mama y VIH-SIDA.

Figura 3.8. Las enfermedades crónicas llevarán al IMSS a una crisis, de no transformarse el sistema de salud.

Fuente: IMSS, 2012.

Fondeo de la protección social de la salud

El gasto en salud para la población no asegurada se financia con diversos mecanismos, cada uno con distinto grado de mancomunación. En el plano más general, el SPSS manda establecer un fondo mancomunado sobre la base de las reglas de aportación, que se dispersa entre diversos subfondos y agentes financieros. En 2013 este fondo fue de \$2 765 (Recuadro 3.3). El fondo asignado al FPGC –que precisa el gasto en 59 enfermedades– es gestionado por un fideicomiso federal que determina la inclusión de nuevos padecimientos sobre la base de una estimación actuarial de riesgos, de modo que cualquier beneficiario con un diagnóstico dado cuenta con el respaldo económico técnicamente suficiente para cubrir su tratamiento.

El fondo asignado a los REPSS cubre 285 condiciones de salud del CAUSES, delimitadas sobre la base de un análisis de riesgos. No obstante, este subfondo se asigna –sobre todo aunque no obligatoriamente– de acuerdo con un subsidio para que los servicios estatales de salud alcancen las metas de las principales intervenciones del CAUSES. La Secretaría de Salud asigna la mayor parte del fondo –51.7%– a los servicios estatales como presupuesto histórico para cubrir las necesidades del CAUSES, bajo el supuesto de que este fondo no será utilizado en intervenciones y poblaciones que no estén cubiertas.

La cobertura universal de la protección financiera ha tendido a incrementar la cobertura de las intervenciones a la par del gasto en salud en general, con lo que se cierra la brecha entre las poblaciones protegidas, aun remarcando las brechas que perciben los afiliados en la protección financiera.

Fondeo de los seguros privados

Las instituciones privadas de seguros gestionan los fondos de aseguramiento en tres grandes grupos de pólizas: el de gastos médicos mayores, el de accidentes personales y el de gastos en salud. En septiembre de 2014, la distribución de estos fondos fue

Recuadro 3.3. Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud

El SPSS establece diversos fondos para el gasto en salud de la población excluida de la seguridad social sobre la base de una contribución federal compuesta de la Cuota Social (CS), de 3.92% de un salario mínimo por afiliado, y de la Aportación Solidaria Federal, de 1.5 veces la CS. Los gobiernos estatales contribuyen con la Aportación Solidaria Estatal de 0.5 veces la CS. En 2013, el SPSS asignó un monto per cápita de \$2 765 para alcanzar un total de \$146 mil millones. El fondo general se distribuye en tres partes: la CNPSS recibe 7.4% para el pago de servicios del FPGC y 3% para otros gastos; los REPSS reciben 38% para el subsidio a la demanda del CAUSES, y 51.7% se asigna a través de los presupuestos históricos directamente a los servicios públicos de salud.²⁴

²⁴ González-Block MA, Figueroa A, García-Téllez I, Alarcón J. Coordinación de la asignación financiera en el Sistema de Protección Social de la salud de México: limitaciones y retos para la compra estratégica. Enviado a publicación.

Recuadro 3.4. Surgimiento de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud

Las pólizas de seguros de salud se instituyeron en México a partir de 1997, año en que se modificó la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y en 2000 se expidieron las reglas de operación de las ISES. Las ISES se crearon para promover la eficiencia en la transferencia del riesgo financiero a los prestadores de servicios, a fin de enfocar la salud como bien asegurado y fomentar la prevención. Hoy en día, las ISES asignan 19% de su gasto a la consulta externa y 48% al gasto hospitalario, mientras que los seguros de gastos médicos mayores no pagan la consulta externa y asignan 64% de su gasto a hospitales. Las ISES fueron creadas con la expectativa de abrir la competencia con el sector público mediante la reversión de cuotas del IMSS; no obstante, el IMSS no abrió la reversión de cuotas, e incluso restringió las reglas de acceso, obligando así a los interesados en las ISES a duplicar el pago.

de 87.6, 9.2 y 3.2%, respectivamente²⁵ (Recuadro 3.4). En el seguro de gastos médicos mayores, el riesgo se gestiona mediante la exclusión de enfermedades preexistentes en las pólizas individuales y mediante la contratación de pólizas colectivas con empresas y el gobierno, amparando a grandes grupos con un perfil demográfico favorable. Ambas estrategias de selección son fundamentales para la eficiencia financiera, permitiendo ofrecer pólizas a un costo atractivo para el mercado a la vez que prever la solvencia del fondo. Es claro que la cobertura grupal tiende al mayor bienestar de los asegurados, pues se apoya en la solidaridad entre los miembros. La tendencia del mercado mexicano es positiva en este sentido, pues las pólizas individuales cubren 29% del mercado y las colectivas 71%.

Las pólizas de gastos médicos mayores indemnizan a los asegurados por los gastos médicos que se acumulen en relación con un episodio definido de cualquier enfermedad cubierta. Si bien la suma asegurada puede tener un techo para limitar el riesgo, puede también ser ilimitada. El seguro incentiva el cuidado de la salud y reduce el costo de las pólizas según el monto deducible que el beneficiario deba pagar de su bolsillo. Las pólizas especifican también un copago por cada gasto más allá del deducible a fin de mantener un incentivo para el consumo racional. El monto del techo, el deducible y el copago es variable, pues los planes se adecuan a la percepción del riesgo de los asegurados y a su disponibilidad a pagar las primas.

Los siniestros más frecuentes son la atención del embarazo y el parto, con 7% del total y un gasto promedio de \$27 062. El gasto promedio mayor cubre trastornos de la columna vertebral, con \$108 703, seguido por la atención de tumores, con \$103 340. Los casos más costosos registrados por las aseguradoras privadas entre 2007 y 2013 fueron de hasta \$47.3 millones para un trastorno fisiológico, seguido de \$37.6 millones para un infarto agudo de miocardio. El más largo episodio de enfermedad registrado es de 22 años, con un pago promedio anual de \$534 128. Las aseguradoras ofrecen las pólizas con renovación automática, aun cuando hacerlo no es obligatorio.

²⁵ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, *Op. cit.* 2014.

Gestión de la protección financiera

La gestión de la protección financiera de la salud por parte de las instituciones de financiamiento público y privado en México ha privilegiado la función de brindar acceso a los servicios médicos por encima de las funciones de agencia –representar a los asegurados para garantizar el cumplimiento de sus derechos– y de gestión de los riesgos para hacer más eficiente la relación entre el fondo disponible y las necesidades de servicios de salud cubiertas.

Las instituciones públicas han privilegiado la integración vertical del financiamiento y la prestación de servicios mediante el modelo de contratación de recursos humanos y la construcción y el mantenimiento de infraestructura. Desde su fundación, el IMSS ha conservado el modelo de reversión de cuotas, delegando a las empresas del sector privado la inversión y la operación de los servicios de salud (*Recuadro 3.5*). Más recientemente, la Secretaría de Salud incursionó en el modelo de Proyectos de Prestación de Servicios (PPS)

Recuadro 3.5. La reversión de cuotas como esquema de gestión financiera

Mediante un convenio de reversión de cuotas (CRC) con el IMSS, una empresa recibe una fracción variable de las contribuciones que haya hecho a la seguridad social a cambio de hacerse cargo de proveer una fracción, también variable, de los beneficios (p. ej., las prestaciones de los SEM y de riesgos de trabajo, o sólo los servicios de atención médica de primer contacto).

Históricamente, los CRC cubrieron a tres grupos de empresas: mineras, manufactureras y bancarias. Los bancos y algunas grandes manufactureras regiomontanas que ofrecían planes de beneficios comparables a los del IMSS cuando éste fue fundado, pudieron seguir operando gracias a los CRC. Empresas ferrocarrileras, energéticas y otras descontinuaron los CRC para retornar al esquema ordinario del IMSS. Los CRC tuvieron su máxima afiliación en 1985, cuando cubrieron a 241 mil trabajadores –3.2% de los asegurados. Para 2013 sólo cubrían a 129 mil trabajadores, el equivalente a 0.8% de los afiliados.²⁶ Los CRC generan problemas tanto para el IMSS como para las empresas. El IMSS lidia con dos problemas de selección adversa. Por un lado, el que empresas con altos salarios promedio se interesen en un CRC, desfinancia al organismo. Por el otro, las empresas optan por proveer servicios más rentables y dejar para el IMSS los riesgos más grandes, lo que eleva sus costos.

Para las empresas, las ventajas de prestar beneficios especiales a sus empleados han disminuido dada la creciente rotación del empleo y por la elevación de los costos de la atención médica. De aquí que bancos nuevos ya no soliciten al IMSS un CRC, o que empresas con CRC hayan estratificado a sus empleados para minimizar la cantidad que sale del ámbito de atención directa por el IMSS, o que el IMSS haya decidido no promocionar el esquema (desde la década de los ochenta).

Los CRC generan un dilema adicional sobre quién debe pagar la atención de los pensionados. Los CRC no incluyen la generación de fondos de reserva para su atención, y éstos son generalmente atendidos por el IMSS.

Los CRC han decrecido en importancia debido a los problemas comentados. Sin embargo, el 12 de agosto de 2013 el Consejo Técnico del IMSS emitió un acuerdo para regular la celebración de nuevos convenios, lo que abre la posibilidad de que recobren importancia, de resolverse los problemas de fondo.²⁷

²⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social. *Op. cit.*, 2014.

²⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. Acuerdo ACDO.SA1.HCT.260613/181.PDIR y sus anexos, relativo a la aprobación de las Disposiciones de Carácter General para la Prestación Indirecta de Servicios Médicos y Hospitalarios, así como para la Reversión Parcial de Cuotas Obrero Patronales. DOF 12/8/2013.

Incentivos a la prestación de servicios según el agente responsable por la gestión del riesgo



Figura 3.9. La gestión debe asignar el riesgo financiero a los prestadores y a la población en una zona ideal para la cobertura efectiva.

Fuente: Modificado de Jamison DT, et al.

para la inversión hospitalaria: inversionistas privados aportan la infraestructura, el equipo y su mantenimiento continuo, y el sector público retiene la contratación de los prestadores de servicios de salud y la gestión clínica de los servicios. La Ley de Asociaciones Público Privadas de 2012 incentiva este modelo con la posibilidad de orientarlo hacia la prestación de servicios integrales de largo plazo por inversionistas privados. Hay, sin duda, potencial para llevar este modelo del ámbito hospitalario a la atención primaria de la salud.

El modelo de integración vertical es efectivo para controlar los costos pero tiende a propiciar la subprestación de servicios por no brindar incentivos al desempeño²⁸ (Figura 3.9). Al privilegiar el control del presupuesto global se concentra en la contratación de personal y la compra de insumos, con lo que expone a la institución a contratos colectivos y costos fijos que podrían encarecer la operación y engrosar la administración (Recuadro 3.6).

La indemnización a los pacientes afiliados a las empresas aseguradoras privadas estimula la sobreprestación de servicios por parte de los prestadores de servicios privados, y la baja demanda por parte de los beneficiarios, dados el pago de los deducibles. Por otra parte, la relación directa de los beneficiarios y los prestadores de servicios impide a las aseguradoras determinar una compra estratégica.

El Seguro Popular tiene, en cambio, una mayor capacidad de ejercer las funciones de la gestión del acceso. Tanto la CNPSS como los REPSS pueden determinar una

²⁸ Jamison DT, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet. 3 de diciembre de 2013; publicado URL disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105).

Recuadro 3.6. El gasto administrativo como barrera a la gestión financiera

Hay una gran oportunidad de mejorar la gestión del riesgo asegurado, habida cuenta del elevado gasto administrativo y de gobierno de las instituciones de salud. (Es decir, el gasto en acciones que no respondan directamente a la atención a la salud o que no se realicen al interior de las unidades de atención médica.) El gasto administrativo del sector público de la salud en México se ubica entre los más altos de los países de la OCDE, con 9.0% del total del gasto en salud en 2012, contra 3.4% en promedio en los países de la OCDE. Cabe mencionar que en las fuentes primarias de información, el IMSS y el ISSSTE reportan 24.3% de gasto administrativo y la Secretaría de Salud 17.3%. En contraste, Pemex reporta sólo 3.0% de gasto en este rubro.^{29,30}

compra estratégica, aunque han atendido más el pago a los prestadores acreditados de servicios y, sobre todo, el subsidio a los prestadores públicos en función de programas operativos anuales. Si bien todavía incipiente, la capacidad del FPGC de propiciar el mejoramiento de la calidad por la vía de la gestión de riesgos está creciendo en áreas como la del VIH-SIDA.³¹ La cercanía del agente financiero y el prestador de servicios han dado lugar a que el Seguro Popular privilegie la compra de insumos y desaproveche, en cambio, la compra de procesos y los resultados. El Seguro Popular podría fortalecer su capacidad de compra estratégica con la expedición de normas para la contratación de prestadores de servicios públicos y privados.

Las razones que han limitado a las instituciones financieras en su función de agencias o representantes de los beneficiarios son diversas. El IMSS representa a los afiliados en dos niveles: en el más alto los afiliados tienen cuatro representantes en el Consejo Técnico, mientras que en el más bajo se sirve de buzones de quejas instalados en las unidades médicas y las delegaciones, para que sean atendidas por comités. El Seguro Popular está reforzando la representación de los asegurados mediante la tutela de sus derechos. Los gestores médicos representan a los beneficiarios al interior de los hospitales para asegurarse de que se les brinde atención conforme al CAUSES, y de que los cobros sean los debidos. Por otra parte, se ha integrado la recepción de quejas de los diversos actores y se fomenta la resolución de los problemas.

La rotación de los trabajadores entre los diversos segmentos del mercado laboral (*Recuadro 3.7*) representa el reto más importante para la función de agencia, pues propicia la pérdida de los derechos de afiliación de los trabajadores, que quedan desamparados en la tutela de sus derechos hasta que se afilien voluntariamente al Seguro Popular o vuelvan a ser dados de alta en la seguridad social.

La tutela de los derechos de los beneficiarios que realiza el Seguro Popular podría considerarse como modelo para la gestión de la cobertura universal de la protección financiera. Se plantea, por consiguiente, como una oportunidad la creación de agencias

²⁹ Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, Estadísticas de salud 2013. París: OCDE; 2013.

³⁰ Dirección General de Información en Salud. Boletines de Información Estadística 2012. México, Sistema Nacional de Información en Salud. Secretaría de Salud; 2012.

³¹ González Block MA. Situación y alternativas para la compra estratégica en el Seguro Popular de México. Enviado a publicación.

Recuadro 3.7. La rotación laboral: un reto para la gestión de la agencia

La necesidad de gestionar de manera universal la representación de la población ante las instituciones de salud se hace patente en la rotación de los beneficiarios entre distintos esquemas, sobre todo entre el IMSS y el Seguro Popular. Una encuesta señala que entre el segundo semestre del 2005 y primero de 2006, 13% de los asegurados del IMSS –6.3 millones de personas– perdieron sus derechos por haber quedado desempleados o haber transitado al sector informal. En cambio, 16% de los asegurados –7.6 millones– fueron de nuevo ingreso por haberse incorporado al sector formal.³² Así, en un periodo de tan sólo doce meses, el IMSS vio rotar hasta 26.2% del total de sus asegurados: 13.9 millones de personas, considerando en el denominador tanto a los trabajadores que se dan de alta como a los que se dan de baja. Entre los afiliados con ingresos de hasta tres salarios mínimos (44.5% del total), la rotación es mayor: en el periodo analizado, 20.2% –4.2 millones– quedaron desempleados o transitaron al sector informal, y 25.3% –5.4 millones– ingresaron al sector formal. En un periodo de 10 años –entre 1997 y 2006–, sólo 51.6% de los trabajadores que ganan más de 3 salarios, y 16.2% de los trabajadores de salarios bajos se mantuvieron en la formalidad. Entre estos últimos, hasta 44% estuvieron en la formalidad tan sólo 3 años o incluso menos.

La nula gestión de la rotación laboral podría reducir la lealtad de los beneficiarios a sus instituciones. En la consulta externa, 34.1% entre los afiliados al Seguro Popular y 35.0% entre los derechohabientes del IMSS acuden a prestadores de servicios privados o públicos ajenos a la institución que les corresponde. Respecto de la hospitalización estas cifras son de 20% para el Seguro Popular y 18% para el IMSS.

especializadas para atender a los beneficiarios de las instituciones de financiamiento de la salud cuyo interés primordial sea articular los fondos, a los prestadores de servicios y a los beneficiarios en torno a servicios de salud de la más alta calidad.³³

En relación con las aseguradoras privadas, destaca la oportunidad de ampliar la función de representación de los beneficiarios de pólizas colectivas para los seguros de gastos médicos mayores, que ya representan 71% del mercado.³⁴

La gestión del riesgo protegido es quizá la función menos desarrollada entre las instituciones públicas, mientras que las aseguradoras privadas tienen procesos especializados al respecto. Las instituciones públicas no cuentan con las herramientas y competencias para conocer los riesgos asegurados en el plano personal y poder dirigir su atención a los riesgos más importantes en beneficio tanto de la salud como de la sustentabilidad financiera. Las principales estrategias se han aplicado a un nivel de agregación más alto, y la atención se ha dirigido a las principales necesidades de salud por grupos de edad y sexo a lo largo de la línea de vida. No se han aplicado estrategias de gestión del riesgo, esto es, para la vinculación sistemática de la incidencia de necesidades específicas de salud, por un lado, y la eficiencia en la prestación de servicios a lo largo de los procesos de atención centrados en las personas, por el otro.

Dadas las repercusiones de la incidencia de enfermedades y accidentes, así como de los costos de la atención, para las aseguradoras privadas, éstas han puesto en práctica estrategias de gestión de enfermedades y gestión de casos en beneficio tanto de

³² Levy-Algazi S. ¿Universalización de la salud o de la seguridad social? *Gaceta Médica de México*. 2011;147(6):455-68.

³³ Londoño JL, Frenk J. *Op. cit.*

³⁴ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. *Op. cit.*

los pacientes como de la sustentabilidad financiera. La gestión de enfermedades analiza los padecimientos crónicos y emprende acciones para detectar oportunamente los riesgos y la incidencia, a fin de mitigar las complicaciones y evitar indemnizaciones más costosas. La experiencia alemana es un modelo al respecto que se está siguiendo con atención en todo el mundo (véase el Recuadro 4.1). La gestión de casos analiza las incidencias más costosas y busca asesorar al médico tratante sobre las opciones de tratamiento más costo-efectivas. Para poner en práctica ambas estrategias, las aseguradoras han conformado equipos de salud especializados y están desarrollando su capacidad para la gestión de riesgos mediante sistemas informáticos que permitan monitorear la incidencia y los costos.

La importancia de la gestión del riesgo por parte de las instituciones financieras de la salud se hace patente al encarar el reto de lograr la cobertura efectiva de las enfermedades crónicas y reducir, al mismo tiempo, los costos de atención, donde se tiende a desaprovechar una gran parte del gasto en salud.

Cobertura efectiva de los riesgos de la salud

Las limitaciones de las instituciones financieras en la gestión del acceso, de la representación y del riesgo protegido se traducen en barreras para la cobertura efectiva, definida como la probabilidad de que un individuo o una población dada reciba los beneficios para la salud que una intervención es capaz de brindar bajo estándares tecnológicos definidos.³⁵

La cobertura efectiva de los servicios de salud ha sido mucho mayor para los problemas agudos que para los crónicos (Figura 3.10). Así, la mortalidad en niños menores de cinco años se redujo de 47.1 por cada 1 000 nacidos vivos en 1990, año de referencia para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a 16.7 en 2010.³⁶ También se han tomado medidas especiales para ampliar la cobertura de la atención prenatal y el acceso a los partos institucionales, privilegiando el diagnóstico oportuno, los embarazos de alto riesgo y las respuestas de emergencia. Muchas de estas mejoras se lograron poniendo en marcha plataformas para la gestión de los riesgos, tales como una vigorosa representación de los beneficiarios, el establecimiento de censos nominales de los niños y la oferta de incentivos financieros para los programas estatales. Las mejoras se concentraron en los estados más pobres y en los deciles de ingreso más bajos.^{37,38}

Los afiliados al Seguro Popular muestran niveles significativamente más altos de cobertura efectiva que los no afiliados, a lo largo de varios indicadores de servicios.³⁹ Mientras que en 2000 los afiliados a la seguridad social presentan cifras de cobertura

³⁵ Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Op. Cit.

³⁶ Dirección General de Evaluación del Desempeño, Rendición de Cuentas en Salud 2010. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2011.

³⁷ Lozano R, Soliz P, Gakidou E, et al. Benchmarking of performance of Mexican states using effective coverage. *The Lancet*. 2006;368:1729-41.

³⁸ Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, et al. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. Cuernavaca: Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública. 2011;53(2):578-584.

³⁹ Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *The Lancet*. 2006;368:1920-35.

Cobertura de intervenciones en salud específicas. México 2012

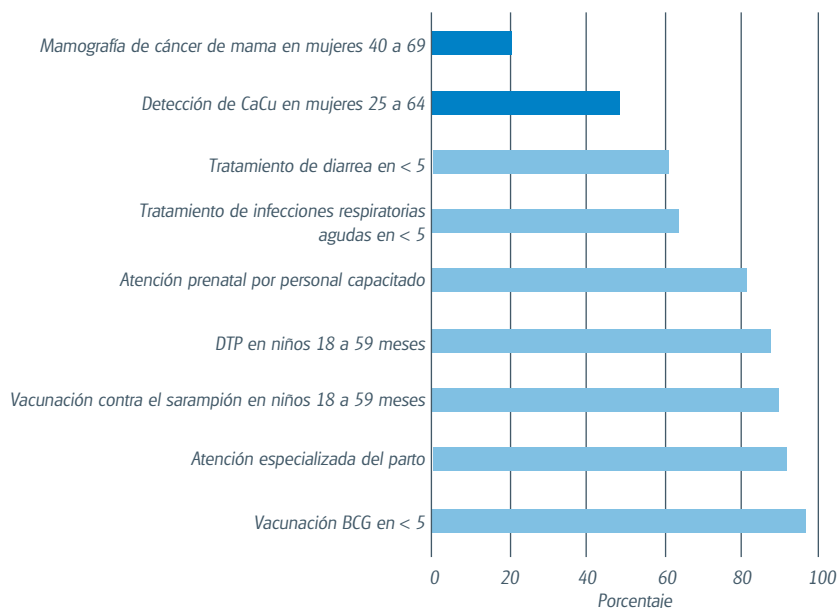


Figura 3.10. La cobertura efectiva de las enfermedades agudas es superior a aquella de las enfermedades crónicas.

Fuente: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

efectiva significativamente mayores que los no asegurados, para 2006 las diferencias ya no fueron significativas, lo que sugiere un incremento de la capacidad del Seguro Popular en la gestión del acceso a servicios de mejor calidad.

En cuanto a la cobertura efectiva de las intervenciones para prevenir, detectar y controlar enfermedades crónicas, se presentan oportunidades de mejora. La Estrategia Nacional contra la Obesidad, el Sobrepeso y la Diabetes, que arrancó en 2013, incluye estrategias para la detección oportuna y el fortalecimiento del control. PrevenIMSS, principal estrategia de servicios preventivos del IMSS, ha fortalecido la detección y el control mediante acciones determinadas a lo largo de la línea de vida.

No obstante, la probabilidad promedio actual de que un paciente diagnosticado con diabetes informe haber recibido trece intervenciones de control conforme a las guías de práctica clínica es, por prestador de servicios, 0.36 en el IMSS, 0.29 en la Secretaría de Salud y 0.25 en los servicios privados (Figura 3.11).⁴⁰ La probabilidad de aplicación de pruebas de colesterol y triglicéridos en la población en general es la más alta: 0.71, y desciende a 0.44 y 0.39 en la toma de presión arterial y el examen de orina, respectivamente. La probabilidad de recibir la revisión de pies conforme a la norma es de 0.15; la de obtener una prueba de hemoglobina glucosilada es de 0.08, y la de recibir

⁴⁰ Instituto Nacional de Salud Pública. Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca: INSP; 2012.

Cobertura de las 13 intervenciones básicas para el control del diabético, según institución. México 2012

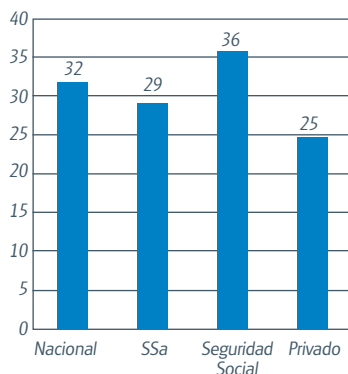


Figura 3.11. La gestión financiera puede contribuir a incrementar la calidad de los procesos de atención del diabético.

Fuente: INSP. Diabetes en adultos, 2012.

atención nutricional y para el ejercicio es de 0.07. Se han observado diferencias importantes en la cobertura efectiva aun entre unidades médicas de la misma institución. Sirva de ejemplo el IMSS.⁴¹

Respecto del control de los pacientes diabéticos diagnosticados, sólo 25.5% del total puede considerarse exitoso. Están en alto riesgo de complicación 24.7% de los diabéticos, y en muy alto riesgo de complicación 49.8% (Figura 3.12). Las personas diabéticas aseguradas por el Seguro Popular tienen el mayor porcentaje de muy alto riesgo de complicaciones (52.6% del total).

El alto porcentaje de población diabética en riesgo de complicaciones se hace evidente en su manifestación: según datos de 2014, en México viven alrededor de 900 000 personas amputadas,⁴² de las cuales 81% (es decir, 729 000 personas) padecen una enfermedad vascular secundaria a la diabetes e hipertensión.⁴³ Se practican 75 amputaciones diarias, de las cuales 90% se habrían prevenido de haberse atendido oportunamente la ampolla en el pie que originó el trauma mayor. Sólo 10% de los individuos amputados reciben terapias de rehabilitación efectiva, lo que favorece su productividad.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las complicaciones más severas de la diabetes. Para 2010, ocupaba la cuarta causa de AVISA en México y tuvo el mayor incremento entre todas las enfermedades respecto de 1990, con 262% (véase la Figura 1.2).⁴⁴ Para 2014, la IRC afectaba a 129 mil mexicanos.⁴⁵ El costo de la IRC para el IMSS se estimó en 5.4% del total de su gasto en salud.⁴⁶ Para la Secretaría de Salud, este costo se estimó en sólo 1.1% ya que el Seguro Popular excluye el financiamiento de la hemo-

⁴¹ Pérez-Cuevas R, et al. Medical informatics and decision making. BioMed Central. 2012;12:50.

⁴² Vázquez Vela Sánchez E, Introducción al simposio Los amputados. Un reto para el Estado. México: Academia Nacional de Medicina. 4 de marzo de 2015.

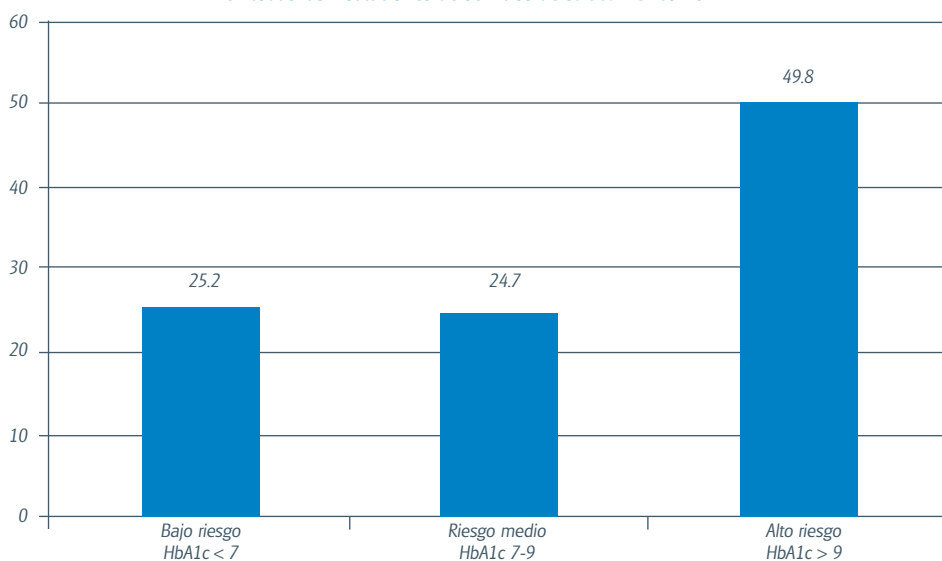
⁴³ Hajar-Medina M. Epidemiología de las amputaciones. En: Simposio Los amputados. Un reto para el Estado. México: Academia Nacional de Medicina. 4 de marzo de 2015.

⁴⁴ Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study. Washington; 2012.

⁴⁵ López-Cervantes M. En 2025 morirán 160 mil mexicanos por enfermedad renal crónica. *La Jornada*. Ciudad de México: 2013, septiembre 6, p.40.

⁴⁶ Figueroa, et al. *Op. cit.*

Porcentaje de diabéticos diagnosticados en diferentes categorías de riesgo de complicación en todas las instituciones de servicios de salud. México 2012



HbA1c refiere a la prueba de hemoglobina glucosilada que mide el control del diabético en los últimos tres meses y, con ello, el riesgo de complicaciones.

Figura 3.12. La gestión financiera puede contribuir a incrementar el control del diabético.

Fuente: INSP. Diabetes en adultos, 2012.

diálisis. De incluirlo, consumiría \$13 992 millones, lo equivalente a 129% del total de los recursos asignados al FPGC.⁴⁷ La exclusión de este financiamiento deriva en un mayor gasto de bolsillo para los pacientes y, sobre todo, en la falta de acceso a este servicio y una muerte prematura.

La detección y el tratamiento del cáncer de mama ofrecen a los agentes financieros importantes oportunidades para intervenir en su mejora (Figura 3.13). La capacidad de la infraestructura para tamizar cubre a 37% del total de las mujeres no aseguradas de entre 40 y 69 años, identificadas por las normas oficiales de detección de cáncer de mama; 15% de las que lo necesitan tienen acceso a una mastografía conforme a la norma, 4% pasan por una evaluación especializada por tratarse de casos sospechosos, 2% tienen un diagnóstico confirmatorio y un crítico 1.2% reciben tratamiento.⁴⁸ Todos estos indicadores deberían ser de 100%.

Estos niveles tan bajos de cobertura efectiva para el tratamiento del cáncer de mama no significan que las mujeres no sean tratadas, cuanto que su tratamiento es

⁴⁷ González-Block M. Estudio de caso de la compra estratégica del Seguro Popular. México: Organización Panamericana de la Salud; 2014

⁴⁸ Uscanga-Sánchez S, Torres-Megía G, Llerenas A, Domínguez-Malpica R, Laxcano-Ponce E. Indicadores del proceso de tamizaje de cáncer de mama en México: un estudio de caso. Salud Pública de México. 2014;56(5).

Decaimiento del acceso de acuerdo con normas y estándares de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Mujeres de 40 a 69 años en la población de la Secretaría de Salud. 2011

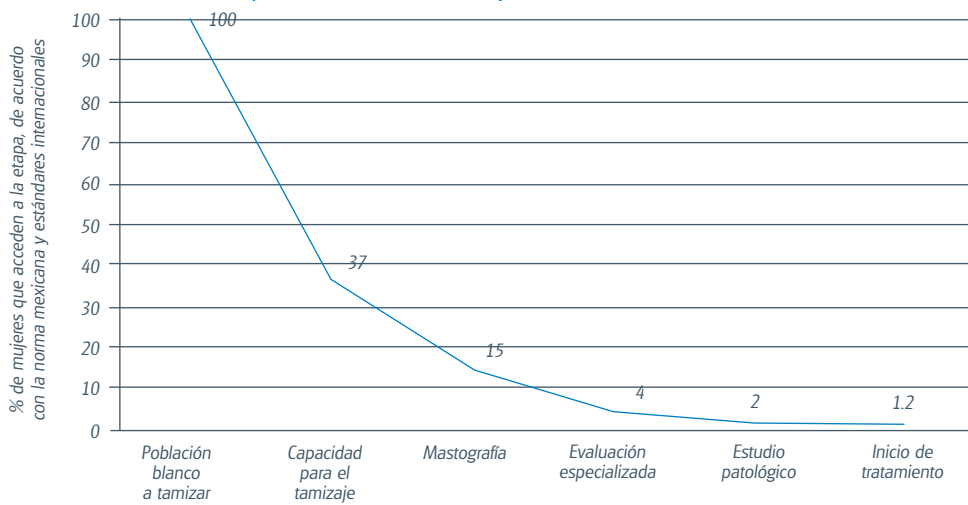


Figura 3.13. La competitividad de la atención a enfermedades crónicas tiene gran oportunidad de mejora. Fuente: Modificado de: Uscanga-Sánchez S, Torres-Megía G, Llerenas A, Domínguez-Malpica R, Lazcano-Ponce E. Indicadores del proceso de tamizaje de cáncer de mama en México: un estudio de caso.

inoportuno de acuerdo con los estándares internacionales. En efecto, en el Seguro Popular ningún prestador de servicios para el tratamiento de cáncer de mama logra ajustar a la norma su promedio de días de espera entre el diagnóstico confirmatorio y el tratamiento, que debería ser de 45 días o menos. Se observa, al respecto, una amplia dispersión entre los prestadores de servicios⁴⁹ (Figura 3.14).

El acceso tardío al tratamiento tiene importantes consecuencias financieras. Sólo 10.1% de las pacientes de cáncer de mama son atendidas en las etapas clínicas 0 ó I de su enfermedad, y hasta 51.4% son atendidas en la etapa IV. El costo de la atención que debe sufragar el FPGC es de \$32 648 para un tratamiento en la etapa 0 y de hasta \$256 077 para un caso en la etapa IV. Considerando la supervivencia que ganan las mujeres, el FPGC debe gastar 22 veces menos por año de vida ganado para un cáncer de mama en la etapa 0 contra su atención en la etapa IV.⁵⁰

⁴⁹ Lozano R, Aracena B, Orozco E, Franco F, Villarreal C, Garnelo N. Evaluación externa del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social de la salud 2013. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013.

⁵⁰ Lozano, et al. *Op cit.*

Días promedio entre el diagnóstico de cáncer de mama y el tratamiento, según la unidad de atención de mujeres afiliadas al Seguro Popular. México, 2012

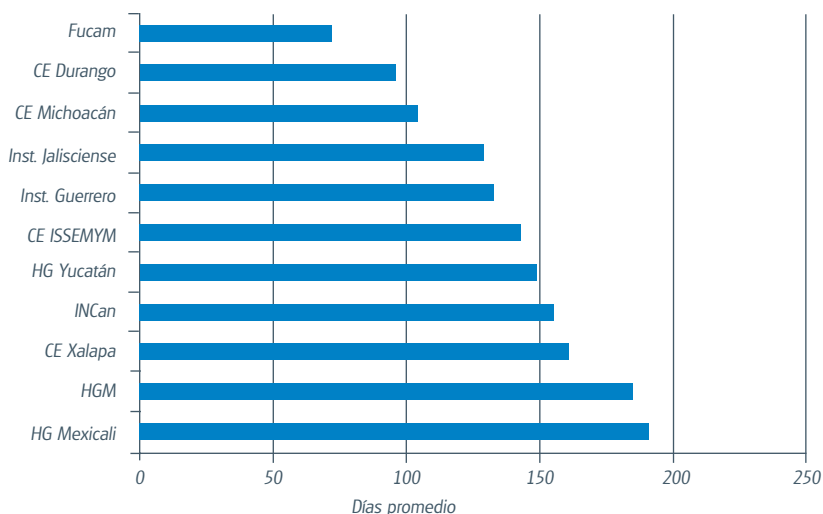


Figura 3.14. Los prestadores del Seguro Popular ofrecen calidad dispar.
Fuente: Lozano, et al., 2013.

Conclusiones

México ha logrado avances significativos en la creación de fondos mancomunados para la salud de la población, así como en su asignación para el control de las enfermedades agudas y la atención profesional prenatal y del parto. Persisten, no obstante, importantes retos para la mancomunación y la gestión financiera. La segmentación de los fondos y la fragmentación de sus procesos de gestión representan retos para el control efectivo de las enfermedades crónicas.

El gasto de bolsillo es el principal indicador de la desprotección financiera de la población. Un gasto de bolsillo tan alto, que afecta de manera tan grave a asegurados y a no asegurados, demuestra la principal limitación de la cobertura universal en México. Este gasto no ha sido suficientemente investigado en sus causas y sus posibles soluciones. Podrían originarlo las barreras del tiempo de espera y económicas. Por ejemplo, un trabajador enfermo afiliado al IMSS tiene una probabilidad de 25% de esperar al menos 1 hora y 47 minutos para recibir atención en su unidad médica familiar, y la pérdida del día le cuesta el salario completo. Esto da lugar a la búsqueda de atención sintomática privada, rápida y efectiva. La visión de las enfermedades crónicas debe reconsiderar este tipo de barreras y alentar la atención oportuna y continua.

El análisis precedente sugiere la necesidad de una mayor separación de funciones –al interior de las instituciones de la seguridad social– entre la prestación de servicios y el aseguramiento, así como una mayor capacidad de gestión de los fondos, para lograr que los recursos se dirijan a las necesidades y se logre, así, una gestión integral del riesgo asegurado para la cobertura efectiva. La desvinculación entre la protección financiera y la prestación de servicios es, sin duda, fundamental. La intensa rotación laboral que caracteriza hoy a México y en la que se apoya su competitividad exige la gestión de la protección financiera para que el dinero pueda seguir a la persona, no al trabajador.

Por su parte, la complejidad de la cadena de la promoción, la detección, la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas demanda la gestión financiera del riesgo protegido para asignarle los incentivos que permitan alinear a los múltiples y diversos prestadores de servicios y actores con la cobertura efectiva. La gestión financiera va a beneficiar tanto la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes como la sustentabilidad del fondo mancomunado.

4. Innovación de la protección financiera en el mundo

Alcanzar la cobertura universal de la protección financiera de la salud demanda la cooperación de todos los actores para minimizar los costos y maximizar la expansión y la cobertura efectiva de los servicios. En el último cuarto del siglo xx, la protección financiera evolucionó de manera significativa en países de todos los niveles de desarrollo para mejorar tanto la competitividad del aseguramiento público como su empalme con los seguros privados.

Este capítulo narra algunas de las principales experiencias al respecto en el mundo para enmarcar las posibilidades –con una visión realista– de que en México las instituciones financieras públicas y las aseguradoras privadas contribuyan juntas a la cobertura universal. Se eligieron experiencias desarrolladas en cuatro puntos geográficos relevantes para México: Europa, Estados Unidos, Sudamérica y Corea del Sur. La narración de estas experiencias se acompaña de breves estudios de caso para resaltar su potencial y sus retos. En la sección final se comentan algunas posibilidades de desarrollo en colaboración entre la protección financiera pública y los seguros privados en México.

Europa

Las primeras regulaciones europeas del seguro médico privado datan de 1992,⁵¹ y tendían a la libre movilidad de la oferta que caracteriza a la Unión Europea, pero se exceptuaba a los seguros sociales. La separación –entonces más estricta– entre los seguros sociales y los privados se ha desvanecido. El seguro social se definía como legalmente obligatorio y el privado como voluntariamente adquirido. Algunas reformas nacionales –como la holandesa o la alemana– han reforzado el aseguramiento obligatorio, pero han abierto la posibilidad de cumplir con el requisito ya sea afiliándose a la seguridad social tradicional o bien adquiriendo un seguro privado. Como resultado de otra refor-

⁵¹ Thomson S, Mossialos E. Private health insurance and the internal market. En: Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Hervey T (ed). Health systems governance in Europe: the role of EU Law and Policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

ma, el aseguramiento de las enfermedades crónicas pasó de la selección negativa a la selección positiva de los riesgos.

En esta línea, algunas naciones europeas están fomentando la afiliación a la seguridad social de personas que no tienen obligación de hacerlo, porque la definición original de seguridad social como el seguro público obligatorio tiene otra grieta. Es decir, no es realista pensar que todos aquellos que no tienen seguro de salud obtendrán un seguro privado; más bien, muchos comerciantes, comisionistas, profesionistas y otros empleados independientes lo obtendrán de la seguridad social.

¿Qué tan relevante es el seguro privado de salud en Europa? Este valor puede medirse en dos dimensiones: como parte del gasto total y como parte del gasto privado. Dada la gran extensión de los sistemas públicos europeos, la participación del seguro privado en el gasto total es, por lo general, reducida, con excepción –en 2011– de Francia, con 13.7%, y Alemania, con 9% del gasto total en salud (*Cuadro 4.1*). Por su parte, la participación del seguro privado en el gasto privado varía de un país a otro. Así, la fracción del gasto privado debida a los seguros es notablemente elevada en Francia, Alemania y los Países Bajos, donde el seguro privado canaliza entre 40 y 60% del gasto privado.

El patrón europeo es interesante: en la mayor parte de los países el gasto privado es tan reducido que no hay una función para el seguro privado. Pero en los

Cuadro 4.1. Modalidades de aseguramiento privado en salud y nuevos sistemas universales.

Papel del mercado	Impulsor del desarrollo del mercado	Naturaleza de la cobertura	Ejemplos
Sustitutivo	Inclusión en el sistema público	Grupos de población excluidos o a los que se permite optar por salir del sistema público	Alemania, Países Bajos (antes de 2006), Chile, Perú público
Complementario (servicios)	Alcance de los beneficios cubiertos por el sistema público	Servicios excluidos del sistema público	Corea
Complementario (cuotas por uso)	Profundidad de la cobertura pública (proporción del costo del beneficio pagado por el sistema público)	Copagos impuestos por el sistema público	Francia, Eslovenia, Dinamarca, Estados Unidos
Suplementario	Satisfacción del consumidor (percepciones sobre la calidad de cuidados financiados públicamente)	Acceso más rápido y mayor elección del consumidor	Reino Unido
Universal	Consumidor elige asegurador dentro de un marco de regulación global a los planes de salud	Cobertura integral con participación social del riesgo	Países Bajos después de 2006, Uruguay
Redundante	Insuficiente calidad percibida del sistema público	Gastos médicos mayores; accidentes	México

Fuente: Modificado de Thomson y Mossialos, 2010

países en que el gasto privado es mayor, aun si sólo abarca 10 o 20% del gasto total, se ha desarrollado una significativa función pública para el seguro privado, que puede ser sustitutivo, complementario en cuotas, complementario en servicios o suplementario respecto del gasto público (Cuadro 4.2). El desarrollo de cada uno de estos esquemas depende de las regulaciones del seguro social en cada país.

Los siguientes son algunos casos relevantes:

En Francia la seguridad social tiene copagos elevados, lo que motiva un importante mercado de seguros privados para reducir su impacto. Así, el ciudadano francés protege más de la mitad del gasto que no cubre el seguro social con un seguro privado. El sistema es favorable, pues si bien la seguridad social es universal, hay una gran flexibilidad en la prestación de los servicios de salud.

Cuadro 4.2. Seguro privado en salud en países seleccionados, 2000 y 2011

País	Gasto privado como porcentaje del gasto total		Gasto en seguridad social como porcentaje del gasto general del gobierno		Seguro privado como porcentaje del gasto total en salud		Seguro privado como porcentaje del gasto privado en salud	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	1996	2005
Austria	24.4	24.7	59.0	53.0	4.7	4.1	19.4	16.4
Francia	20.6	23.2	94.3	92.3	13.7	13.9	66.6	59.7
Alemania	20.5	23.5	87.2	88.6	8.2	9.4	40.2	39.9
España	28.4	27.0	9.6	6.3	3.9	5.6	13.7	20.6
Reino Unido	20.9	17.2	-	-	3.7	1.0	17.6	6.0
Países Bajos	36.9	13.4	93.9	90.5	15.9	5.2	43.0	38.7
República de Corea	49.6	44.7	77.3	78.9	5.0	5.5	10.1	12.4
Estados Unidos	57.0	52.2	79.2	86.0	33.7	32.6	59.1	62.5
Argentina	46.1	33.5	59.6	64.1	14.2	9.3	30.7	27.8
Brasil	59.7	54.3	-	-	20.5	21.9	34.3	40.4
Chile	48.4	56.7	15.0	11.4	17.5	20.4	36.2	36.0
México	53.4	49.7	67.6	55.7	2.5	4.2	4.7	8.4
Perú	41.3	43.1	49.5	52.2	6.2	4.1	15.0	9.6
Uruguay	45.5	30.5	27.4	45.2	6.8	21.0	14.9	68.7
Colombia	20.7	24.8	66.8	83.4	8.5	8.9	41.0	36.0
Nivel de ingreso del país								
Bajo	64.0	61.1	1.9	4.3	0.8	0.9	1.3	1.5
Medio-bajo	66.3	63.4	15.0	16.4	1.7	2.8	2.6	4.4
Medio-alto	52.8	43.0	43.1	50.3	8.3	7.4	15.7	17.2
Alto	61.3	38.6	62.7	65.4	29.1	18.9	47.5	49.0

Recuadro 4.1. Aseguramiento de enfermedades crónicas por la seguridad social alemana⁵²

La seguridad social alemana está enfrentando la epidemia de la diabetes y otros padecimientos crónicos mediante programas de gestión de enfermedades (PGE) a cargo de fondos estatutarios de salud que manejan las aseguradoras encargadas del fondeo y la gestión financiera de la seguridad social en ese país. La gestión de enfermedades combina el pago de primas o subsidios etiquetados, por un lado, con el monitoreo de costos, la coordinación de los procesos de atención y la evaluación de resultados en salud, por el otro.

Los PGE se pusieron en marcha en 2002, una vez que se revelaron la descoordinación de la atención a los pacientes crónicos, la baja adherencia a los tratamientos, y el descuido de la prevención y la marginación de los pacientes de sus procesos de atención. Ello en un contexto carente de incentivos para invertir en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas.

Los PGE promueven la selección positiva de riesgos por parte de las aseguradoras. La ley asigna a las aseguradoras una compensación equivalente a 40% del total de los gastos para los afiliados que participen en el programa. Y dirige los PGE tanto para la coordinación entre los diversos actores –para mejorar la calidad de la atención– como para el empoderamiento de los pacientes. Los incentivos financieros, gestionados por los fondos estatutarios, incluyen la exención de copagos de consulta externa para los pacientes afiliados, y para los médicos, del pago por servicios de información, educación, consejería o por la referencia a especialistas. Los PGE atienden diabetes de tipos 1 y 2, cáncer de mama, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Los PGE de cada aseguradora se acreditan por sus objetivos y sus procedimientos de reclutamiento, el uso de guías de práctica clínica, la gestión de la calidad, la educación a los médicos y a los pacientes, el uso del expediente clínico electrónico y la evaluación de resultados. Las evaluaciones revelan cambios positivos en los rubros de mortalidad, estilos de vida, procesos de atención y, sobre todo, control de la diabetes, así como en la reducción de costos para las aseguradoras.

Los PGE lograron invertir los incentivos de las aseguradoras para afiliar pacientes crónicos y coordinar la prevención y la atención, con lo que se evidenció su potencial para la gestión de los riesgos.

En Alemania, la seguridad social de la salud consiste en unos 300 fondos estatutarios que originalmente estuvieron vinculados a gremios y empresas, pero ahora son de afiliación abierta y están en competencia. Los asalariados deben elegir un fondo estatutario y contribuir a tasas variables en el mercado. El seguro privado ha crecido porque es la modalidad de aseguramiento obligatoria (sustitutiva) para la cobertura integral de los trabajadores con ingresos elevados y los empleados por cuenta propia. Otro factor de crecimiento de los seguros privados alemanes es la complementación de copagos para los trabajadores gubernamentales, a quienes el gobierno reembolsa sólo 50% del total de sus gastos en salud.

La regulación alemana incluye elementos de protección de los fondos estatutarios contra la selección adversa, tanto entre ellos mismos como por los seguros privados. Y no se permite que un afiliado a un esquema privado tenga acceso a los fondos estatutarios, salvo excepciones. La protección de la selección de riesgos entre los fondos estatutarios llevó a la gestión de enfermedades, con grandes logros tanto para la salud como para la sustentabilidad financiera (*Recuadro 4.1*).

⁵² Stock S, Starke D, Altenhofen L, Hansen L. Disease-Management Programs can improve quality of care for the chronically ill, even in a weak primary care system: a case study from Germany. *Commonwealth Fund*. 2011;24(1560).

En el Reino Unido, el gasto privado es bajo porque el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) ofrece cobertura universal mediante contribuciones fiscales. Por ello, sólo se han desarrollado seguros privados para gastos complementarios que no son indispensables o para sustituir la cobertura de tratamientos específicos con mayor rapidez o comodidad. Un ejemplo es el pago de servicios de hospitalización en camas privadas dentro del NHS, para tener mayor comodidad.

El caso más innovador de los últimos años en Europa es el de los Países Bajos, en donde un largo proceso de reforma llevó a integrar la seguridad social y los seguros privados. Así, los organismos privados no lucrativos financiados por contribuciones de empleados y empleadores son los únicos en asegurar a la población en un esquema de libre elección. Este cambio desplazó el concepto de seguro privado voluntario y el esquema sustitutivo, que era análogo al alemán. Al ser todos los esquemas obligatorios, la contabilización registra menos gasto como privado: 5.2% del gasto total en salud en 2011, mientras que en 2000 éste fue de 15.9%.

Corea

En la República de Corea se dio inicio, en 1977, a un proceso de reforma para alcanzar la cobertura universal en un contexto semejante al de América Latina en esos años, definido por la segmentación del mercado laboral y la protección social, así como por la escasa cobertura de protección financiera. Fue crucial en la reforma la creación de un fondo nacional de salud único para pagarles a los prestadores de servicios públicos y privados.^{53,54} El fondo nacional de salud tiene exclusiones y paga tarifas muy bajas para poder extender sus beneficios a toda la población. La respuesta de los prestadores de servicios ha sido bajar la calidad o exigirle pagos adicionales al consumidor.

Las exclusiones y el bajo nivel de pago a los prestadores de servicios condujeron a elevar el gasto de bolsillo, con el consecuente crecimiento de los seguros privados que ofrecen prestar servicios complementarios y asegurar intervenciones –sobre todo servicios diagnósticos– que el fondo nacional no cubre. Este tipo de seguro tiene grandes problemas de selección y de costos de administración, lo que explica por qué su crecimiento ha sido modesto. Las pólizas tienen costos fijos de administración y mercadotecnia, y no hay una administración integral de la salud. Sin embargo, en ausencia de planes integrales, estas pólizas pueden satisfacer a algún segmento del mercado.

⁵³ Kee Taig J, Republic of Korea. Preker A, Zweifel P, Schellekens OP (ed). Global marketplace for private health insurance: strength in numbers. Washington: Banco Mundial; 2010.

⁵⁴ Lee, Jong-Chan. Health care reform in South Korea: success or failure? American Journal of Public Health. 2003;93(1):48–51.

Estados Unidos

Estados Unidos es el país del seguro privado de salud, dadas su escala y amplitud. Ningún otro país en el mundo está cerca de tener una fracción de gasto privado tan alta (57% del gasto total en salud), ni tampoco una fracción tan alta del gasto privado canalizado por los seguros (59.1%). Lo que no significa que la seguridad social sea reducida, pues Medicare –el seguro para los retirados– cubre alrededor de 21% del gasto nacional en salud. Medicare reembolsa el gasto en salud a sus beneficiarios, exponiéndolos a diversos copagos, coaseguros y deducibles, así como al uso del seguro *Medigap*. De allí que el mercado privado de seguros ofrezca productos complementarios de cuotas y suplementarios para incrementar la calidad de los servicios.

La reforma conocida como Obamacare apunta a lograr la cobertura universal (*Recuadro 4.2*). El caso europeo más similar al Obamacare es el holandés, pues en

Recuadro 4.2. Hacia la cobertura universal en Estados Unidos

La reforma en salud de Estados Unidos, conocida como “Obamacare”, surge en 2012 como una respuesta a un panorama donde 16% de la población –45 millones– estaba desprotegida, en su mayoría jóvenes que iniciaban la vida laboral. Aun teniendo el mayor gasto del PIB en salud del mundo, estaban lejos de alcanzar los mejores estándares internacionales.⁵⁵

El primer objetivo de la reforma fue lograr que ese 16% de la población descubierta contara con una cobertura básica de servicios de salud, con lo que 32 millones de personas fueron aseguradas. Quedaron fuera, sin embargo, 13 millones de migrantes indocumentados. Se dictó, entonces, un mandato que impone multas de hasta por 695 dólares estadounidenses a todo ciudadano que no tenga un seguro médico de cualquier tipo. Y obliga a todo empleador de más de 50 trabajadores a financiarles un seguro médico. Con las multas por incumplimiento se va a subsidiar la compra de seguros médicos para personas de bajos ingresos a través de novedosas agencias de aseguramiento llamadas *exchanges*. La reforma también aumentó la elegibilidad para pertenecer al programa “Medicaid”, y se triplicaron los fondos para las clínicas comunitarias que ofrecen servicios gratuitos a comunidades que carecen de seguro. El segundo objetivo de la reforma fue controlar el incremento en los costos de los servicios de salud, modificando la estructura de pago a los prestadores de servicios e introduciendo programas piloto para reducir los costos de la atención a personas mayores de 65 años y ofrecer atención preventiva sin costo para cualquier asegurado.⁵⁶

La reforma se propuso, en tercer lugar, cambiar las reglas del mercado de aseguramiento para evitar fraudes, la pérdida de cobertura y la manipulación de las reglas. Algunos ejemplos de las medidas tomadas son: la prohibición de poner límite a los gastos médicos cubiertos para todos los usuarios, la prohibición de dar por terminada anticipadamente una cobertura, la exclusión de preexistencias y la inclusión de los jóvenes de hasta 26 años en la póliza de sus padres (con lo que se ataca el segmento más descubierta).

Para lograr la incorporación de la población a la reforma se emplearon cuatro estrategias: una campaña en los medios y las redes sociales, promotores que van de casa en casa o trabajan vía telefónica, la organización de ferias de salud para dar a conocer los beneficios a la población descubierta, y la convocatoria de líderes para la difusión de los distintos programas de seguros de salud.

⁵⁵ Vargas-Bustamante A. La reforma al sistema de salud en Estados Unidos: implementación y participación social. Colombia: Monitor Estratégico.2014;6:42-46.

⁵⁶ González-Block MA, Ruelas E (coord). Innovaciones para la cobertura efectiva. La experiencia de Estados Unidos y México. México: Academia Nacional de Medicina; 2015.

ambos la afiliación a un fondo es obligatoria, pero se puede elegir al asegurador. En Estados Unidos, no obstante, se mantiene el asegurador público para Medicaid, y Medicare para las poblaciones elegibles.

América Latina

Nuestra región ha atestiguado intensos procesos de reforma para elevar las cifras de aseguramiento, aunque éstos no han sido homogéneos. En Argentina, Colombia y Uruguay, la protección financiera ha aumentado como consecuencia de la decisión de estos países de reformar la seguridad social (Cuadro 4.1). Las aportaciones de los empleados y los empleadores integran, así, fondos plurales similares a los fondos estatutarios alemanes. Estos fondos están ahora en competencia, y revelan un éxito variable en la consecución de una cobertura universal eficiente.

En Colombia se integraron las funciones de salud de las diversas instituciones de seguridad social y de seguros privados en un solo esquema de seguro de salud obligatorio, con tasas uniformes de contribución ajustadas por riesgo, si bien se mantuvo un reducido papel para el seguro privado voluntario (*Recuadro 4.3*).

Recuadro 4.3. Atención gerenciada para la cobertura universal. El caso de Colombia

El sistema de salud colombiano fue reformado por la Ley 100 de 1993, sobre la base del modelo de competencia regulada (*managed competition*), integrando los institutos de seguridad social de los trabajadores públicos y privados, los seguros privados de salud y los servicios públicos de atención a la población no asegurada.

El modelo actual tiene cuatro elementos:

- Un plan de beneficios obligatorios de salud (POS) universal, desigual en sus orígenes (según el régimen contributivo) e igualado paulatinamente entre 2010 y 2012
- Un conjunto de aseguradoras públicas y privadas denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), que operan en competencia por la afiliación de cada colombiano
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas con autonomía de gestión, y privadas en competencia por los contratos con las EPS
- Seguros privados complementarios

La recaudación financiera se divide en dos regímenes según la fuente: el régimen contributivo (RC) se financia con aportes de los trabajadores y las empresas formales, y establece un fondo para la población con capacidad contributiva. El régimen subsidiado (RS) se financia con impuestos generales y financia a los más pobres. Las EPS reciben por ambas vías una unidad de pago por capitación ajustada por edad, sexo y lugar geográfico de residencia, del mismo valor para todos los colombianos. El Fondo de Solidaridad y Garantía administra todos los recursos del sistema contributivo, incluidos los reembolsos a las EPS por servicios no incluidos en el POS.

Las EPS son libres de escoger y conformar la red de prestadores de servicios para satisfacer la demanda por salud de sus afiliados. El mercado de seguros privado ofrece pólizas de diversos tipos, siempre complementarias y no sustitutivas del sistema público.

La reforma del sistema de salud logró que Colombia alcanzara la cobertura universal de protección financiera, pasando de 23.7% en 1993, a 93.4% en 2009 y a 97% en 2013.^{57,58} El RS fue el principal responsable; su cobertura incrementó de 18.2% del total de la población en 1997 a 51.1% en 2009. La cobertura universal se explica sobre todo por dos factores: el modelo de competencia entre las EPS, que les da todo el incentivo para afiliarse a los trabajadores en el RC, y la expansión del gasto público en salud en el RS.

El modelo colombiano ha tenido logros extraordinarios en los indicadores de equidad y salud pública. La cobertura para el primer decil del ingreso incrementó rápidamente, al pasar de 3.1% en 1993 a 43.7% en 1997.⁵⁹ En 1993, 30% de la población en el quintil más bajo reportó no tener acceso a servicios de salud para enfermedades graves, y en 2014 esta cifra había bajado a tan sólo 3%.⁶⁰ De igual modo, el porcentaje de mujeres con al menos cuatro controles prenatales pasó de 70% en 1990 a 90% en 2010. Para la población más pobre, esta proporción pasó de 41.5% a 86.2% en el mismo periodo.⁶¹

Otro logro extraordinario fue la reducción del gasto privado de bolsillo (*Figura 4.1*), que pasó de 43.7% del gasto total en salud en 1993 a 7.5% en 2003, y a 14.4% en 2013.^{62,63} Colombia es el país del mundo en desarrollo con la mayor reducción del gasto de bolsillo en las últimas décadas; reducción que lo pone por debajo del promedio de los países de la OCDE, de 19%.⁶⁴

Estos avances se lograron con un incremento sostenido del gasto en salud per cápita –de 394 dólares en 2000 a 843 dólares en 2013– y asignando sólo 6.8 % del PIB para 2013, uno de los niveles más bajos en Latinoamérica.⁶⁵ El ingreso per cápita de las EPS en el RC bajó ligeramente en el periodo, mientras que el de las EPS del RS incrementó a partir de la unificación de los beneficios, aunque persiste una pequeña diferencia (*Figura 4.2*). Cabe destacar la eficiencia administrativa, limitada por ley a 10% del gasto total de las EPS. De transgredir la ley, interviene el regulador.

El éxito de la reforma colombiana está siendo amenazado por la actual crisis financiera del sistema, aun cuando ya se implementaron vigorosas políticas de control. La crisis se expresa como una creciente deuda del gobierno con las EPS y de éstas con los prestadores de servicios. Las deudas del gobierno con las EPS del RC equivalían en 2013 a cerca de 8% del gasto total del gobierno general en salud para ese mismo año, y sus deudas con los prestadores de servicios, a 13%. Una situación similar se presenta en el RS.

Las razones fundamentales que explican la crisis financiera son:

- Una mayor demanda de servicios de salud que no fue compensada con un incremento real del pago por afiliado en el RC y por las diferencias entre el RS y el RC, una vez igualado el POS
- La demanda de servicios de salud no incluidos en el POS, pero autorizados por los jueces en defensa del derecho a la salud, y que debían pagarse con dinero del gobierno (recobros), pero sobrepasaron los recursos asignados a tal fin (*Figura 4.1*)^{66,67}
- El incremento del precio de los medicamentos y de nueva tecnología
- Actos de corrupción que están siendo investigados por las autoridades judiciales; la EPS Saludcoop, por ejemplo, fue intervenida por el regulador, acusada de desviar recursos del sistema por aproximadamente 800 millones de dólares.⁶⁸

⁵⁷ Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2011;16 (6).

⁵⁸ Gaviria A, Muñoz N, Dávila C, Barón G. Gasto en salud de Colombia: 2004-2011. *Cifras financieras del sector salud*. Boletín No. 2, 2014.

⁵⁹ Céspedes J, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, et al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social de la salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. *Colombia: Salud Pública*. 2000;2(2):145-64.

⁶⁰ Gaviria A. Cost of progress, prices of new medicines threaten Colombia's health reform. *Finance & Development*. 2014;51(4):21-2.

⁶¹ Ministerio de Salud de Colombia. *Logros 2014*. Bogotá: MSPS; 2015.

⁶² Barón LG. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Bogotá: Ladiprint; 2007.

⁶³ Ministerio de Salud de Colombia. Gasto en salud de Colombia: 2004-2011. *Cifras financieras del sector salud*. Boletín No. 2, 2014. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%20C3%ADn%20No%202.pdf> [consultado en marzo de 2015].

⁶⁴ Fan V, Savedoff W. The health financing transition: a conceptual framework and empirical evidence. *Social Science & Medicine*. 2014;105:112-21.

⁶⁵ OMS. Datos disponibles en: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

⁶⁶ Banco de la República. "Índice de precios al consumidor, salud 2015" [base de datos en línea]. URL disponible en http://www.banrep.gov.co/es/series-estadisticas/see_precios_ipc.htm [consultado en abril de 2015].

⁶⁷ Comisión de Regulación en Salud (2015). "Acuerdos UPC" [base de datos en línea], en [file:///D:/Usuarios/1143824329/Downloads/20101229%20Acuerdo%2019%20de%202010%20de%20a%20CRES%20\(3\).pdf](file:///D:/Usuarios/1143824329/Downloads/20101229%20Acuerdo%2019%20de%202010%20de%20a%20CRES%20(3).pdf) [consultado en marzo de 2015].

⁶⁸ Redacción judicial. La hora cero de Saludcoop. *El Espectador*. Colombia: 2014 marzo 16.

Algunas EPS se han visto forzadas a salir del mercado, endeudadas con los prestadores de servicios; algunas IPS han cerrado sus servicios a las EPS, han quebrado o se han volcado hacia el mercado privado. Para 2012, 43% de las redes de hospitales públicos estaban en alto riesgo financiero.⁶⁹ En respuesta, las EPS han aumentado los controles para la autorización de servicios médicos mediante una estricta auditoría a los prestadores de servicios.

Tres medidas regulatorias están siendo instrumentadas para enfrentar la crisis financiera del sistema de salud:

- La Ley Estatutaria de Salud, que redefine el plan de beneficios, deja atrás una lista explícita de intervenciones que resultaba ambigua y vulnerable a las demandas, e impone una lista de exclusiones rigurosamente fundamentada en la evidencia científica. Entrará en vigor en 2017
- El control directo de precios a los medicamentos en los mercados monopólicos o concentrados fue adoptado en 2013 para evitar cobros excesivos y abusos. Para 2014 el gobierno había regulado mil medicamentos y había logrado una caída promedio de 40% de los precios, y ahorros por 250 millones de dólares.⁷⁰ El gobierno acaba de iniciar la aplicación de esa misma política en los insumos y los dispositivos médicos
- La exigencia a las EPS de condiciones financieras y una solvencia patrimonial más rigurosas. A partir de 2015, las EPS disponen de 7 años para capitalizarse y constituir las reservas técnicas necesarias para garantizar la prestación de los servicios con calidad.

El modelo de competencia regulada colombiano ha sido exitoso en la cobertura universal de protección financiera y en traducir este logro en cobertura efectiva de las intervenciones de salud. No obstante, hubo problemas para acotar el alcance de los beneficios y se observó una explosión de costos para la cual ni las EPS ni el gobierno estaban preparados, lo que dio lugar a una crisis financiera. Las políticas implementadas apuntan a eliminar las presiones sobre los beneficios, a controlar los precios de los medicamentos y los insumos, a asegurar la sostenibilidad de las aseguradoras del sistema, a aumentar la Unidad de Pago por Capitación en salud, y así, a recobrar la sostenibilidad del sistema de salud colombiano.

Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud. Colombia. 1993-2013

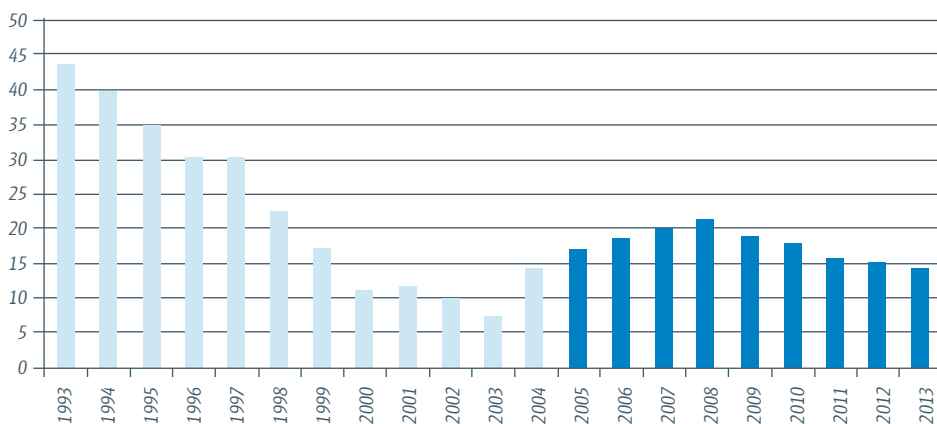


Figura 4.1. El gasto de bolsillo ha decaído más en Colombia que en ningún otro país de medianos ingresos
Fuentes: Barón (2007) para la serie 1993-2003 y MSPS (2014) para la serie 2005-2013.

⁶⁹ Guerrero R, Prada S, Chernichovsky D. La doble descentralización en el sector salud. Cuadernos Fedesarrollo. 2014;53.

⁷⁰ Ministerio de Salud de Colombia. Logros 2014. 2015. Bogotá: MINSA; 2015.

Ingreso per cápita promedio de las Empresas Promotoras de la Salud. Dólares estadounidenses de 2013

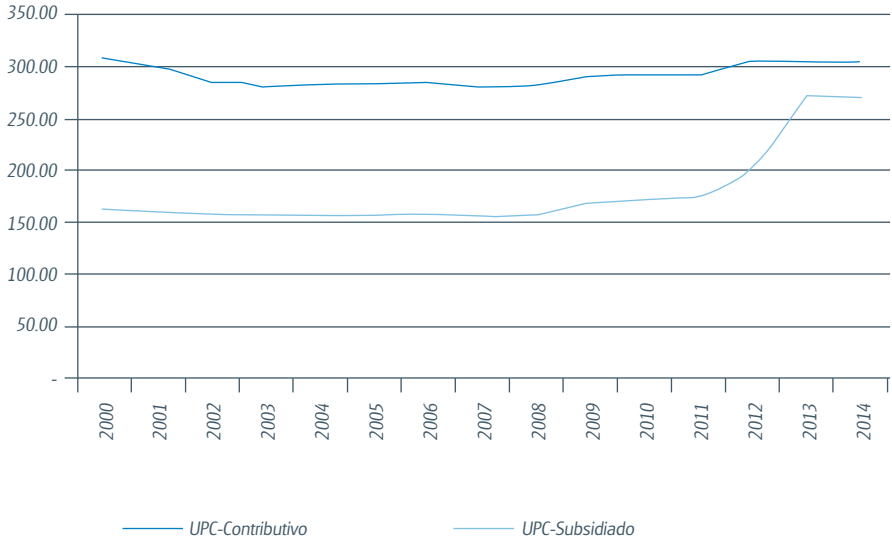


Figura 4.2. Colombia logró reducir la brecha de la prima entre población con baja y alta capacidad contributiva, si bien persisten diferencias.

Fuentes: CRES y Banco de la República

Argentina preserva, por su parte, la seguridad social tradicional, aunque se abrió a la competencia, como se hizo en Alemania (Recuadro 4.4).

Uruguay es posiblemente el caso más innovador en la región (Recuadro 4.5). Los ciudadanos pueden elegir a su asegurador, que en general es una sociedad mutualista (mutua). Se paga un impuesto a la nómina pero éste no va directo a la mutua, sino a un fondo nacional que lo distribuye con criterios de equidad y riesgo. De allí que se contabilice una disminución del gasto privado pero un gran aumento en la seguridad social y en el seguro privado. Con las salvedades del caso, las reformas de Colombia, Uruguay y los Países Bajos coinciden en lograr una gran expansión de la cobertura al tiempo que avanzan en la descentralización y la generación de opciones para el consumidor.

Brasil es un caso especial, pues no hay allí seguridad social como programa nacional. Las reformas en Brasil –originadas entre los años ochenta y los noventa– se abocaron a crear sistemas públicos estatales y a regular el seguro privado. La ausencia de una oferta de seguridad social que cubriera al grueso de la clase media abrió la puerta a los planes privados. Brasil tiene, así, el mercado latinoamericano de seguros privados de salud más grande en términos absolutos y relativos, con un gasto privado de 59.7% del gasto total en salud y un gasto asegurado de 34.3% del gasto privado (Cuadro 4.2). El gasto privado en Brasil, como fracción del gasto total en salud, no es muy diferente del de México, pero Brasil lo deriva en buena medida al seguro privado.

Recuadro 4.4. Competencia y desigualdad en la seguridad social argentina

El sistema argentino de seguridad social de la salud se compone de 201 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales y otros regímenes especiales como las obras sociales del personal de las fuerzas armadas, de seguridad y universitarias, y el Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados que brinda cobertura a la población adulta mayor pensionada. Hay, además, una oferta pública descentralizada y seguros privados. Argentina tiene un gasto total en salud de 8.6% del PIB, uno de los niveles más elevados de América Latina. El gasto público y de seguridad social de la salud asciende a 70% y el privado a 30% del total. La seguridad social absorbe 54% del total del gasto público en salud, mientras que el gasto privado asegurado es relativamente elevado, con 26% del total del gasto privado. Para 2010, 46.4% de la población tenía cobertura de las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social; 36.1% estaba cubierta exclusivamente por programas públicos de salud, y 1.8% era beneficiaria de programas y planes estatales. De la población restante, 15.7% estaba cubierta con seguros privados: 10.6% adquiridos con aportes a las obras sociales y 5.1% con seguros voluntarios. Los beneficios de salud cubiertos por los planes públicos y las obras sociales son muy diversos. Ya a principios de los años setenta, cada trabajador estaba obligado a contribuir a la obra social del sindicato correspondiente a su actividad. Puesto que había un sindicato único por rama de actividad, la afiliación obligatoria implicaba que la población permaneciera “cautiva”.

A partir de los años noventa se incorporó la libre elección de la obra social, con lo que el esquema solidario se segmentó. Por ley, las obras sociales deben asegurar un piso básico de beneficios conforme al Programa Médico Obligatorio (PMO). Si los aportes de un grupo familiar ajustados por riesgo no alcanzaran a cubrir el PMO, recibirían financiamiento del Fondo Solidario de Redistribución, formado a nivel nacional con una porción de las contribuciones de los trabajadores. Las obras sociales mantienen diferentes planes de beneficios y cuotas de contribución, y los afiliados pueden hacer, además, aportes voluntarios para tener acceso a planes superiores. Por su parte, los seguros privados pagados con cuotas a las obras sociales deben garantizar, por ley, una cobertura igual a la vigente para las obras sociales nacionales.

El sostenimiento de cuotas y beneficios variables entre las obras sociales dio lugar al traspaso de trabajadores entre ellas, en busca de una cobertura cuyo costo correspondiera a su aporte obligatorio. En algunos casos el aporte podía cubrir parte del pago de la prima de un seguro privado. El sistema cedió, así, en su función redistributiva al interior de cada gremio para transformarse en un sistema comercial en que priva el criterio de la salud como bien meritario o preferente.

Desde 1998 hasta principios de 2015 los traspasos acumulados entre obras sociales alcanzaron una concentración tal (30% del padrón de beneficiarios) que sólo 15 de las 255 obras sociales recibieron la mitad de los traspasos. Dados los problemas de asimetría informativa propios del sector y la modalidad en que fue introducida la libre elección de obras sociales, no hubo mejoras en la eficiencia. Si bien se introdujo la competencia entre las obras sociales argentinas, la libertad para fijar las prestaciones y las contribuciones llevó a un sistema fragmentado en sus beneficios e inequitativo.

Las reformas de Chile y Perú adoptaron una legislación sustitutiva de la seguridad social tal que las personas pueden optar por seguros privados para manejar su plan de salud. Pero en Perú, el instituto público de seguridad social, EsSalud, retiene la atención de alta especialidad, por lo que la sustitución es parcial (*Recuadro 4.6*). En Chile, en cambio, las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud brindan planes integrales privados y públicos, respectivamente. De aquí que el gasto público peruano tienda a apearse al modelo de seguridad social, mientras que el chileno no se clasifica de la misma manera.⁷¹

⁷¹ Esta es otra comparación en que las definiciones son imprecisas. El Fonasa de Chile no se considera seguridad social, aun cuando se financia con un impuesto a la nómina.

Recuadro 4.5. Integración de la gestión financiera en la reforma en Uruguay

La reforma de 2007 creó el Sistema Nacional Integrado de Salud con los principios rectores de cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud.⁷² Todo ciudadano tiene derecho a elegir a su plan público o privado de salud y está obligado a contribuir al Banco de Previsión Social (BPS) una fracción del salario o pago en el caso de los empleados por su cuenta. El BPS asigna una cápita ajustada por riesgo al plan de elección del contribuyente mediante el Fondo Nacional de Salud. El Ministerio de Salud establece el plan de beneficios universal, la cápita y las reglas de asignación, que incluyen un pago a prestadores relacionado al alcance de metas de salud.

La contribución está integrada al pago de impuestos, por lo que al preparar su declaración anual el trabajador recibe un ajuste integral a sus impuestos. Si el trabajador pagó menos de la cantidad requerida para constituir la cápita de salud, la diferencia queda como un subsidio.

La reforma incluyó también la descentralización de la Administradora de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la prestadora pública de servicios de salud, colocándola a la par de los prestadores privados. Además de la cápita, la ASSE recibe recursos del gobierno para atender a personas sin capacidad de pago y para cubrir acciones de salud pública y otras circunstancias adicionales.

La reforma uruguaya logró acercar los servicios públicos al ciudadano, aplicando un modelo de gestión fiscal integral centrado en el ciudadano, apoyado en un padrón completo y automatizado de toda la población.

Los resultados de la reforma fueron rápidos. Entre 2004 y 2008 se observó un crecimiento del gasto en salud de 23.1% y del financiamiento público de 53%. El financiamiento privado disminuyó en 11%.⁷³ Entre 2005 y 2008 la población asegurada incrementó 37.5%, favoreciendo a los deciles bajos de ingreso. La contribución obligatoria llevó a una mayor afiliación de los jóvenes, mejorándose la distribución etaria del riesgo asegurado.

La reforma uruguaya enfrenta desafíos en el cumplimiento de las prestaciones garantizadas y ausencia de política de reducción o eliminación de copagos o su vinculación a la capacidad de pago, entre otros.

Recuadro 4.6. La reforma de la seguridad social peruana: sustitución parcial

El instituto de seguridad social peruano, EsSalud, afilia a la población asalariada y a sus familias, y ofrece sus servicios de manera obligatoria, al igual que el IMSS. La Ley de Modernización de la Seguridad Social de 1997 permitió que el sector privado ofreciera un seguro de salud sustitutivo a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) –cuatro en el momento– sujetándose a la regulación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Las EPS reciben 25% de la contribución a EsSalud para ofrecer exclusivamente el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, equivalente a las intervenciones de menor complejidad o de “capa simple”. EsSalud sigue a cargo de las intervenciones más complejas. En enero de 2013, las EPS afiliaron a 1.73 millones de personas, alrededor de 7% del total de los asalariados en EsSalud, con un incremento de 25% respecto de 2012.

Las EPS ofrecen primas suplementarias para cubrir las prestaciones de capa compleja con prestadores privados, sin que con ello se reduzca la contribución del empleador a EsSalud. Las EPS también compiten ofreciendo, por ejemplo, ampliar la cobertura a los hijos mayores de 18 años y menores de 26, así como a los padres menores de 70 años. Aunque innovador, el sistema peruano se ha adaptado a las limitaciones para dar un servicio público oportuno en el primer nivel de atención. El ciudadano que contrata la capa simple y busca elevar la calidad de los servicios que recibe, puede regresar a EsSalud cuando necesite un servicio costoso. La relación entre una EPS y EsSalud es, así, tanto sustitutiva como suplementaria para conformar un plan de atención integral privado que permita incrementar la protección financiera de la salud.

⁷² Ministerio de salud Pública. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/libro-transformar-el-futuro-metas-cumplidas-y-desafios/C3%ADos-renovados-en-el-sistema-nacional>

⁷³ Federación Uruguaya de la Salud. Diciembre 2011. Disponible en: <http://fuspitcmt.com/2011/12/13/la-reforma-de-la-salud-en-uruguay>. Consultado el 15 de abril de 2015.

Lecciones para México

En América Latina el gasto privado sigue siendo, en general, mucho más alto que en Europa, y se preserva en gran medida la vinculación del seguro médico y un mercado laboral segmentado. México destaca por un alto nivel de gasto de bolsillo y un bajo nivel de aseguramiento privado, lo que reduce la protección financiera real de la población. Los beneficios que aporta el aseguramiento privado son, a su vez, en buena medida redundantes de aquellos provistos por la protección financiera pública, lo que reduce la eficiencia.

En los sistemas de salud del mundo entero, el seguro privado tiene un papel cada vez más importante en la cobertura universal de la protección financiera. Esta tendencia responde al interés de actores públicos y privados en la universalización de la protección financiera, complementando los canales de la seguridad social con los privados y ampliando la libertad de elección entre los seguros públicos y los privados.

Los esquemas de seguro privado más exitosos son los que complementan naturalmente la oferta pública de protección financiera. El diseño debe considerar la adecuada distribución del riesgo entre los distintos fondos, sin subsidiar indebidamente el seguro privado, sino facilitando su acción con la población que no recibe servicios adecuados bajo el *statu quo*.

¿Cuál puede ser el papel del aseguramiento privado en la cobertura universal en México? Cada país tiene un cierto legado al respecto, que suscita enigmas cuya solución es crítica para definir la evolución del seguro privado de salud que conduzca con éxito a la cobertura universal:

- ¿Se dará una tendencia de largo plazo (a dos o tres décadas) para reducir el gasto privado, a fin de lograr escenarios de tipo europeo, o se mantendrán niveles americanos (y coreanos) en esta modalidad de gasto?
- ¿Qué factores anteriores podrían influir en que la ampliación de la protección financiera hacia la cobertura universal fuera por la vía de la protección financiera pública o bien por la del seguro privado?
- ¿Cómo contribuirá la libertad de elección del gestor de la protección financiera a la cobertura universal equitativa y de calidad?
- ¿Qué modelos de seguro privado pueden ser más exitosos en vista de la estructura actual del sistema de salud mexicano?

Las reformas comentadas permiten vislumbrar la participación de las aseguradoras privadas en la consecución de la cobertura universal, con la consecuente reducción del gasto de bolsillo. El gasto privado podría convertirse en público si –como lo hicieron Colombia u Holanda– México transitara hacia un seguro de salud obligatorio para todos con participación de las aseguradoras privadas. México podría beneficiarse –como lo hizo Colombia– de la libertad de elección entre asegura-

dores públicos y privados para incentivar la afiliación universal y la capacidad real y efectiva de elección del prestador de servicios de salud.

La estructura de cada sistema de protección financiera en el mundo obedece a regulaciones particulares que deben entenderse integralmente para que puedan ser aleccionadoras para México. Es importante analizar los diferentes rasgos innovadores de las cuotas, las reglas de acceso y las relaciones entre financiadores y prestadores de servicios. Este análisis debe identificar cómo juega cada elemento en el sistema original y cómo obtiene su apoyo y su razón de ser. Sobre esta base, debe analizarse cómo embonarían los elementos innovadores en México y, sobre todo, qué innovaciones secundarias habría que introducir para hacer factible la innovación original.

La estructura actual del sistema de salud mexicano está conformada por una seguridad social centralizada y una protección financiera pública descentralizada. Ambos pilares se caracterizan por una afiliación no competitiva y por restricciones para el crecimiento del gasto público. Cubren a una población con capacidad de pago pero no logran satisfacer continua e integralmente sus necesidades de salud. La protección financiera pública ha hecho esfuerzos para fortalecer la integración de sus estrategias de cobertura, si bien en un marco de eficiencia administrativa y todavía no de competitividad. No obstante, hay un amplio consenso –reflejado en el Plan Nacional de Desarrollo– para que el ciudadano tenga libertad de elección. La capacidad para responder a la demanda de la población de una protección financiera integral es promisoría.

5. Los seguros privados ante la cobertura universal en México

Introducción

El Sistema Nacional de Salud está evolucionando hacia la formulación de políticas de cobertura universal en la protección financiera. Según las estimaciones presentadas en el Capítulo 3, hasta 18.7 millones de mexicanos –16% del total– carecen todavía de cualquier tipo de protección financiera en salud, mientras que la población afiliada al Seguro Popular está protegida por un paquete de servicios más limitado que aquel de la seguridad social. Por otra parte, la protección financiera pública tiene limitaciones en la gestión de los riesgos asegurados, generando insatisfacción y un elevado gasto de bolsillo. Las instituciones privadas de seguros han contribuido a resolver el problema mediante pólizas de gastos médicos mayores y de salud, si bien estas soluciones tienden a duplicar el gasto público.

La sociedad civil y el gobierno coinciden en gran medida en las grandes líneas de reforma para la cobertura universal de la protección financiera. Desde la sociedad civil, destacan la propuesta de la Fundación Espinosa Yglesias⁷⁴ y de la propia Funsalud,⁷⁵ coincidentes en la visión de anclar el sistema de salud en la atención primaria centrada en la persona, el financiamiento solidario, la prestación plural de servicios de salud y la rectoría de la Secretaría de Salud. El gobierno federal ha hecho suyas estas propuestas y se aboca ahora a la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal.

La separación del financiamiento y la prestación de los servicios de salud es clave para la cobertura universal de la protección financiera. Este es el momento de considerar oportunidades para la arquitectura de la mancomunación y, sobre todo, de la gestión para que las instituciones financieras ejerzan de manera efectiva las tres funciones que se han venido analizando en este documento: 1) representar a los beneficiarios ante los fondos y con los prestadores de servicios de salud; 2) garantizar

⁷⁴ Martínez-Valle A, Molano-Ruiz M (coord). *Op. cit.*

⁷⁵ Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. *Op. cit.*

el acceso a servicios de salud de calidad centrados en la persona, y 3) gestionar el riesgo asegurado en beneficio de la salud y la sustentabilidad financiera del sistema en su conjunto.

En esta sección se reflexiona, en primer lugar, sobre las opciones “de gran visión” –sustentadas en la mejor evidencia internacional– para la participación de los seguros privados en la consecución de la cobertura universal. Sobre esta base, se construyen escenarios alternativos de corto y mediano plazos, algunos de los cuales ya han sido propuestos por AMIS y Funsalud, en colaboración con otros organismos de la sociedad civil.⁷⁶⁻⁷⁸ Es el momento, ahora, de integrarlos y actualizarlos para discutir su relevancia a la luz del diagnóstico anterior, teniendo presente la mejor experiencia internacional. Se considera, finalmente, la relevancia y la factibilidad de los diversos escenarios en el contexto de la política nacional de salud y del debate sobre la trayectoria hacia la cobertura universal.

Opciones para la colaboración público-privada en el aseguramiento

Si bien en las últimas dos décadas el gasto público en salud se ha incrementado a un ritmo constante, hoy se encaran fuertes restricciones fiscales al gasto público en general. Por otra parte, el principal motor del crecimiento del gasto público en salud –el Seguro Popular– ya afilió al grueso de su población objetivo, si bien podría todavía incrementar en 41% su cobertura real, de afiliar a los 18.7 millones de mexicanos sin protección financiera. El crecimiento sustancial de la afiliación al IMSS no es previsible, aun con el programa actual de formalización de los empleados por su cuenta. En este contexto, es difícil pensar en escenarios del tipo de los europeos donde la protección de la salud se ha logrado mediante el crecimiento del gasto público en salud en términos absolutos como relativos al gasto total en salud.

Es más factible vislumbrar el crecimiento de la protección de la salud en un escenario de bajo incremento del gasto total en salud, mediante el incremento del gasto asegurado y el decremento del gasto privado de bolsillo. El gasto asegurado puede incrementarse por la vía secular de una mayor afiliación a las instituciones públicas, que demandaría incrementar sustancialmente la satisfacción de las necesidades de salud de la población, así como la eficiencia del sector público. O podría incrementarse con la combinación de un aumento en el gasto privado asegurado y el gasto público para que, de manera sinérgica, ambos reduzcan sustancialmente el gasto de bolsillo.

⁷⁶ AMIS. Participación del sector asegurador en el Sistema de Salud. Ciudad de México: AMIS; abril de 2012.

⁷⁷ CCE-AMIS. Seguridad social universal: Propuesta de colaboración del sector asegurador privado. Líneas estratégicas para el diálogo sectorial. Ciudad de México: CCE; septiembre de 2012.

⁷⁸ AMIS. Seguridad social universal: Propuesta de colaboración del sector asegurador privado. Líneas estratégicas para el diálogo sectorial. Ciudad de México: AMIS; mayo de 2013.

La combinación del aseguramiento público y el privado puede lograrse en diversos escenarios. Un esquema universal “tipo holandés, colombiano o uruguayo” lograría reducir de manera importante el gasto de bolsillo e incluso el gasto privado, pues de extenderse la afiliación obligatoria a toda la población, las primas asignadas a las aseguradoras privadas se contabilizarían como gasto público. Otro escenario sería incrementar el gasto público con base en incentivos a la afiliación voluntaria al IMSS y al Seguro Popular mediante la oferta de pólizas por las aseguradoras privadas para la complementación del aseguramiento público.

La comparación de México con Brasil revela una oportunidad de crecimiento del seguro privado asegurado. Es preciso recordar, no obstante, que el alto nivel de aseguramiento del gasto privado en Brasil responde, sobre todo, a la ausencia de seguridad social, lo que genera un incentivo para las empresas a fin de complementar el gasto público en salud.

Diversos factores del contexto mexicano coinciden en el plano de aseguramiento privado actual y en sus posibilidades de expansión. La ley fiscal ya incluye deducciones de los seguros de salud, impulso que sería difícil acrecentar.⁷⁹ La reversión de cuotas del IMSS pone una pequeña cantidad a disposición de las aseguradoras y las administradoras privadas, aunque con restricciones para su viabilidad y su crecimiento (véase el Recuadro 3.5). Las familias, por su parte, han demostrado interés en ampliar su gasto en salud, lo que evidencia la inversión privada en farmacias, consultorios, hospitales y servicios ambulatorios. A pesar de estos impulsos, el gasto privado no ha encontrado un canal institucional adecuado para consolidarse en torno a la provisión de seguros.

¿Qué modelo de relación entre el seguro privado y la protección financiera pública podría ser más exitoso en México?

Modelo sustitutivo. Este modelo sería el más factible, pues daría a las familias de altos ingresos la posibilidad de optar por un seguro alternativo al de la seguridad social. Para implantarlo se tendría que demostrar el beneficio de esta opción para la cobertura universal, sobre todo considerando la pérdida de recursos que tendría el IMSS. Se tendría que regular, entre otros aspectos, la transferencia entre esquemas, el seguro médico en el retiro y las relaciones con el seguro de invalidez. Habría dos opciones para la sustitución: la primera, de “tipo alemán”, hace obligatorio el aseguramiento privado para las familias de altos ingresos y les restringe el acceso a la seguridad social para evitar la transferencia de riesgos. La segunda opción sería la de “tipo chileno o peruano”, donde la sustitución es optativa y queda abierta la alternativa de retorno a la seguridad social. Lo esencial en estos modelos es que toda la población queda cubierta –por *default*– por un plan público, y puede optar por afiliarse a un plan privado pagando un costo adicional.

79 Son gastos deducibles de la base del Impuesto Sobre la Renta: los honorarios médicos y dentales; la compra de lentes ópticos graduados hasta por \$2,500, y las primas por seguros de gastos médicos pagados de cualquier forma, que cubran la compra o el alquiler de aparatos de rehabilitación, medicinas que expidan hospitales, honorarios de enfermeras, análisis, estudios clínicos o prótesis. Se ha impuesto la obligación de que los pagos se hagan por medio electrónico para que sean deducibles, lo que posiblemente disminuya en gran medida su uso.

Los seguros privados sustitutivos aportarían beneficios a la cobertura universal, puesto que al eliminar la duplicación, habría incentivos para el aseguramiento privado, para la inversión en servicios privados de salud, para la venta de servicios de alta especialidad por las instituciones públicas y para la coordinación de la red nacional de prestadores de servicios de salud. No obstante, la oferta privada tendría por blanco la capacidad adquisitiva de la clase media, lo que podría profundizar la desigualdad social y reduciría los beneficios para la cobertura universal.

Modelo complementario de servicios. Este modelo tendría un mercado potencial en la población afiliada al Seguro Popular, pues las pólizas privadas ampliarían los beneficios cubiertos para incluir enfermedades y tratamientos costosos como el cáncer y la hemodiálisis, o servicios de diagnóstico, como se hace en Corea. Este tipo de seguro podría ofrecer incentivos a la clase media excluida de la seguridad social para afiliarse al Seguro Popular, y brindaría a las instituciones públicas y privadas de alta especialidad una fuente de ingresos. Esta opción restaría presión operativa a los hospitales públicos que no tienen vocación para la alta especialidad, elevaría la calidad y la satisfacción, y posibilitaría una vía para financiar racionalmente diagnósticos y enfermedades de alto costo, que sin duda van a seguir ocurriendo.

Modelo complementario en cuotas. En este modelo los seguros privados cubrirían copagos y deducibles. Es claro que hoy no tiene cabida en México, en virtud de que la protección financiera pública no hace estos cargos, como lo hacen Medicare en Estados Unidos o las cajas de seguridad social en Francia. No obstante, cabe prever un escenario en el que sí habría cabida para un seguro de copagos. Este sería el caso si las instituciones públicas ampliaran la subrogación de servicios privados sin alterar las condiciones de aseguramiento y se permitiera a los usuarios su libre elección a cambio de un copago. La complementación de cuotas sería, así, una medida transparente y efectiva para desahogar los servicios públicos y coordinar las redes de prestación de servicios pública y privada, con importantes beneficios económicos y de salud. Sería, sin duda, una forma efectiva de incrementar la satisfacción de los beneficiarios y reducir el gasto de bolsillo.

Modelo suplementario. El seguro privado suplementario parecería, en principio, ajeno a la idiosincrasia mexicana, pues su objeto es posibilitar el uso de los servicios públicos con mayor rapidez y comodidad. No obstante, el FPGC del Seguro Popular ya ofrece un pago a los prestadores públicos y privados por servicios de especialidad. Un seguro privado suplementario podría ofrecer un acceso más rápido a servicios públicos de reconocido prestigio, así como a mayores comodidades. Las ventajas serían transparentar la gestión del acceso a las instituciones de alta especialidad, generar oportunidades para aprovechar más eficientemente la infraestructura ociosa, crear oportunidades de empleo bien remunerado y de tiempo completo para los profesionales altamente especializados y generar recursos financieros para los prestadores públicos de salud.

Modelo de universalidad. Las propuestas del Sistema Nacional de Salud Universal de Funsalud y otras instituciones, así como las propuestas del gobierno federal, han

prefigurado el modelo de universalidad “tipo Colombia, Holanda y Uruguay”. El énfasis se ha puesto en la constitución de un fondo único nacional que asigne una prima bajo libre elección a las agencias articuladoras, en particular, a las instituciones de la seguridad social, al Seguro Popular y a las aseguradoras privadas. Cabe argumentar, no obstante, que el fondo único nacional no es imprescindible para el modelo; sí lo es, en cambio, la separación –al interior de las instituciones financieras públicas– del fondeo y la gestión financiera.⁸⁰ Sólo así se haría posible la asignación de la prima entre las articuladoras públicas y privadas al momento de la afiliación, y entre las articuladoras y los prestadores de servicios al momento de la utilización.

Dados los retos que representa la puesta en marcha del modelo de universalidad, deben identificarse opciones para su gradual implementación. Un primer paso podría ser la colaboración de los seguros privados con el Seguro Popular, previa a su extensión a la seguridad social en su conjunto. El Seguro Popular está particularmente bien situado para participar en esta colaboración, dado que ya es un financiador especializado.

El modelo de universalidad tiene un gran consenso nacional. Al disolver las diferencias entre las aseguradoras públicas y las privadas, y suprimir la vinculación al trabajo y a los segmentos laborales, se crearía un gran mercado nacional, se generarían incentivos para que las aseguradoras afiliaran a las familias, y se daría a las aseguradoras y a su red de prestadores incentivos muy claros para satisfacer la demanda. Este modelo contribuiría, así, más que ningún otro, a la equidad y a la reducción del gasto de bolsillo.

Muy importante, el financiamiento del modelo de universalidad provendría fundamentalmente de la reasignación del gasto de bolsillo al gasto público, y no necesariamente de un incremento del gasto público en términos absolutos. Los prestadores públicos no habrían de preocuparse por una pérdida de ingresos; al contrario, tendrían mayor financiamiento disponible, si bien habrían de competir por él demostrando la satisfacción de los usuarios.

Escenarios a corto y mediano plazos

Se proponen a continuación diversos escenarios para la implementación gradual de algunos de los modelos de colaboración discutidos (*Figura 5.1*). Los escenarios fueron contruidos variando las características de las siguientes cinco dimensiones:

- Modelo de colaboración
- Participación de instituciones públicas
- Alcance poblacional
- Alcance de los beneficios asegurados
- Estrategia de gestión financiera

⁸⁰ González-Block MA, Alarcón J, Figueroa A, Ibarra I, Cortés N. La compra estratégica de servicios de salud: una gran oportunidad para el Sistema Nacional de Salud Universal. *Gaceta Médica de México*. 2015;151(2). En prensa.

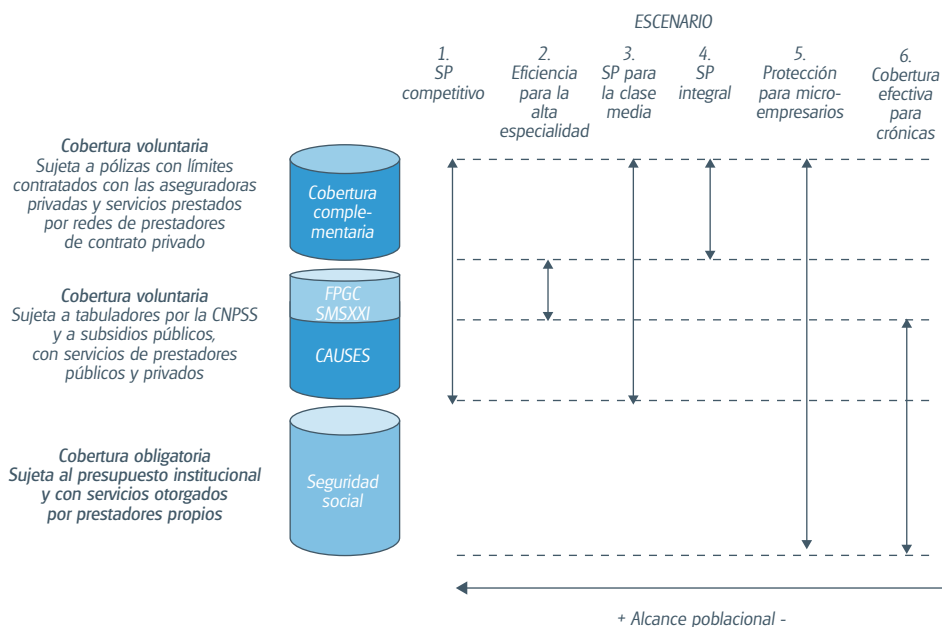


Figura 5.1. Escenarios propuestos para la colaboración de aseguradoras privadas como articuladoras del financiamiento público con la población y los servicios de salud.
SP, Seguro Popular

Escenario 1. Seguro Popular competitivo

En este escenario, las aseguradoras privadas competirían para gestionar los fondos del Seguro Popular, que para 2013 cubre oficialmente a 55 millones de mexicanos, representa \$146 000 millones de contribución pública, equivalente a 0.7% del PIB, y hasta \$15 244 millones de cuotas familiares, y un monto per cápita de recursos públicos de \$2 765 (Recuadro 5.1).

El escenario podría desarrollarse mediante la administración de servicios financieros como con la transferencia de riesgo. En la primera opción, el FPGC y el REPSS seleccionarían a las aseguradoras para la prestación de servicios y la renta de infraestructura del sector para las redes de atención a la salud, los sistemas de administración de reclamos y el control de costos. La opción de la transferencia del riesgo significaría un importante paso hacia el modelo universal de colaboración público-privada. La población elegiría entre aseguradoras acreditadas públicas y privadas para la afiliación al Seguro Popular y la CNPSS asignaría el monto per cápita al gestor elegido. Las aseguradoras privadas podrían ofrecer seguros complementarios y suplementarios para ampliar los beneficios cubiertos por el Seguro Popular y cubrir el pago de cuotas para servicios privados subrogados y de acceso a instalaciones públicas.

Recuadro 5.1. Contribuciones al Seguro Popular para la población de altos ingresos

El SPSS define un monto anual por afiliado de \$2 765, compuesto por la Cuota Social, la Aportación Solidaria Federal y la Aportación Solidaria Estatal. Se suma a este monto la Cuota Familiar para los afiliados con ingresos entre los deciles V al X. El aporte va de \$2 075 anuales por persona en el decil V, a \$11 379 anuales por persona en el decil X.⁸¹ Sumando la contribución pública y la privada, los montos per cápita estarían en un rango de \$4 840 a \$14 144 anuales. La población sin seguridad social en los deciles V al X asciende a 23.6 millones, de la cual 10.9 –46.4%– carece de protección financiera. Esta población representaba en 2012 aproximadamente 49% del total de la población sin protección financiera en salud en el país (véase el Capítulo 3).

El monto total esperado del aporte privado –de lograrse la afiliación plena– sería de \$29 430 millones.⁸² El aporte público, considerando el monto per cápita para cada uno de los afiliados de altos ingresos, sería de \$61 952 millones. El aporte total de las contribuciones pública y privada ascendería, así, a \$91 383 millones.

En 2013 el Seguro Popular logró una recaudación de la cuota familiar de tan sólo 1.35% de la cuota esperada. Si el Seguro Popular lograra la afiliación del total de esta población de la clase media mexicana reduciría de manera considerable el gasto de bolsillo a la vez que incrementaría el fondo mancomunado en beneficio de toda la población.

Los beneficios de este escenario para el Seguro Popular en la opción de administración serían una mayor transparencia en la gestión financiera y la reducción de costos administrativos. La CNPSS y los REPSS podrían contratar a las aseguradoras sobre la base de criterios de competencia técnica y costos de gestión.

En la opción de transferencia de riesgo, el beneficio para la CNPSS sería distinguir con mayor claridad las funciones de fondeo y de gestión financiera. La CNPSS se enfocaría al fondeo y a la asignación de recursos a las articuladoras. Éstas podrían ser los REPSS ya existentes o bien nuevas articuladoras para gestionar integralmente las primas del FPGC y del CAUSES, o bien el CAUSES en el ámbito estatal para atender a mercados y poblaciones específicos.

Más que competencia, los REPSS verían la complementación de sus funciones, pues las articuladoras recibirán primas adicionales gracias a la nueva afiliación.

Para los beneficiarios, el valor de este escenario en la opción de administración financiera sería el de mejorar su acceso a los servicios de salud. En la opción de la transferencia del riesgo, los usuarios tendrían la libre elección de la articuladora para su plan general (FPGC y CAUSES) o para su plan de atención básica (sólo CAUSES). Podrían, además, complementar sus beneficios con el acceso a servicios de salud públicos y privados con mayores comodidades y –con primas complementarias–, asegurarse contra riesgos de enfermedades excluidas del plan público y obtener acceso a mayores comodidades. Además, el descontrolado gasto de bolsillo que hace la clase media en consultorios adyacentes a farmacias se canalizaría hacia un sector más formal y responsable en la prestación de servicios privados de salud.

⁸¹ CNPSS. *Op. cit.*

⁸² González-Block, García-Téllez I, Figueroa A, Alarcón A. *Op. cit.*

Escenario 2. Eficiencia para la alta especialidad

En este escenario, las aseguradoras privadas atenderían las enfermedades de alto costo, financiadas por el FPGC y por el SMSXXI (*Recuadro 5.2*). El FPGC asigna \$10 847 millones por año, equivalente a un monto por afiliado de \$195 y un valor por caso tratado de \$72 642. El SMSXXI, a cargo de la CNPSS, cubre cerca de 41 000 niños por año, y eroga \$1 508 millones (\$37 060 por caso) (*Recuadro 5.3*).

El modelo podría acotarse en cada uno de los dos fondos para la atención de enfermedades agudas o complicaciones de alta incidencia. Si se optara por la administración financiera, las aseguradoras les pagarían a los prestadores de servicios para atender las enfermedades agudas de alta especialidad, vigilando que se apegaran a los tabuladores y los protocolos de atención normados por la Secretaría de Salud. La elección del gestor financiero podría estar a cargo de la CNPSS o bien, abrirse a los beneficiarios.

Si se optara por la transferencia de riesgos, las aseguradoras privadas podrían ofrecer la gestión financiera de las primas para el FPGC y el SMSXXI mediante pólizas de cobertura de enfermedades de alto costo y pólizas complementarias por servicios y por cuotas, como se especificó ya para el Escenario 1 “Seguro Popular competitivo”, pero aquí se aplicarían a la alta especialidad. En este escenario sería fundamental garantizar

Recuadro 5.2. Contribución al Seguro Médico Siglo XXI

El SMSXXI se constituyó en 2008 para complementar el Seguro Popular y es operado por la CNPSS. Brinda una amplia gama de intervenciones de alta especialidad –que no incluyen ni el CAUSES ni el FPGC– para los niños de 0 a 5 años que no estén afiliados a las instituciones de seguridad social.⁸³ El programa tiene un tabulador de costos para el subsidio de las instituciones públicas y la compra de servicios médicos en el mercado privado. En 2013, el SMSXXI atendió 40 709 casos y erogó \$1 508.7 millones, con un gasto por caso de \$37 060. Esta cantidad fue la mitad de lo erogado en 2012, cuando se gastaron \$3 128.1 millones, punto máximo de gasto. Visto desde el universo de los menores de 5 años beneficiados por el programa, el monto per cápita es de \$598. Alrededor de 3.6% del total se asigna a los servicios estatales para apoyar el incremento de atención primaria asociado con las intervenciones de alta especialidad.

Recuadro 5.3. Contribución al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos

En 2013, el FPGC cubrió 59 intervenciones de alto costo y pagó a 208 prestadores públicos y privados acreditados para la prestación de servicios. El número de casos atendidos ese año fue de 149 321, cifra 12% menor a la de 2012, el año pico. En 2013 el FPGC tuvo una asignación de \$10 847 millones (equivalente a 7.4% del SPSS), que se traduce en un monto de \$195 por afiliado y de \$72 642 por caso tratado.

⁸³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Op. cit.* 2013.

la protección de una población suficientemente grande para distribuir el riesgo de los gastos médicos mayores.

El beneficio de este esquema para los fondos del FPGC y del SMSXXI sería que las aseguradoras privadas lograrían una mayor eficiencia en la gestión financiera al expedir el acceso a los servicios de salud. Tendrían una mejor posibilidad para inducir la competencia entre los prestadores públicos y privados de servicios de salud, con lo que mejoraría la eficiencia. Como valor agregado, los beneficiarios percibirían una mayor calidad en los servicios, además de que podrían elegir a la articuladora de su preferencia para recibir tratamientos especializados, lo que reforzaría su satisfacción personal.

Escenario 3. Seguro Popular para la clase media

Como se comentó para el escenario 1, “Seguro Popular competitivo”, el Seguro Popular define a la población no asegurada de mayor ingreso que cuenta con la capacidad de aportar una cuota familiar para su seguro médico, como aquellos en los deciles de ingresos V al X (véase el Recuadro 2.1). En este escenario, las aseguradoras privadas manejarían la contribución pública como la cuota familiar aportada por los afiliados de los deciles de ingreso V al X. En un modelo de transferencia de riesgo, la prima pública se complementaría con pólizas de cobertura complementaria de enfermedades y prestadores no cubiertos por el Seguro Popular.

Las ventajas en este escenario para el fondo público son muy significativas. Las personas que se emplean por su cuenta tendrían un incentivo para afiliarse al Seguro Popular, y contribuirían con las cuotas familiares correspondientes. El Seguro Popular desarrollaría una estrategia de cobertura para la clase media mexicana, para quienes los gastos excesivos en salud significan una amenaza para el cumplimiento de sus expectativas de educación y de ahorro. El Seguro Popular podría dirigir, entonces, su función aseguradora a la población de menores ingresos.

Los beneficiarios tendrían, como valor agregado, acceso –a través del seguro privado– a servicios privados de atención primaria y de hospitalización general, conforme a esquemas que apurarían la recuperación de la salud e incrementarían la satisfacción. Al disminuir el gasto de bolsillo en servicios privados, la oportunidad y la continuidad de la atención mejorarían, así como la eficiencia del gasto.

Escenario 4. Seguro Popular Integral

En este escenario, el sector asegurador privado ofrece pólizas complementarias de los beneficios cubiertos por el Seguro Popular para llevarlos al nivel de cobertura del IMSS o a niveles superiores. Los afiliados tendrían acceso a la atención primaria financiada por el Seguro Popular, así como a la atención especializada limitada, y solicitarían a los seguros privados los servicios no incluidos, de acuerdo con sus coberturas. Los recla-

mos se basarían en un modelo de gastos médicos mayores, que no exige, en principio, una gran coordinación con los fondos públicos. Sería necesaria, no obstante, la colaboración de los aseguradores públicos y los privados para mejorar la continuidad de la atención.

Los fondos públicos se verían beneficiados en la medida en que la cobertura complementaria apoyaría la universalidad de los servicios y ayudaría a reducir la presión para equiparar los beneficios de la seguridad social. Los beneficiarios de pólizas complementarias tendrían acceso opcional a una cobertura privada de bajo precio.

Escenario 5. Protección para microempresarios

El mercado en esta opción sería el descrito en el escenario 3 “Seguro Popular para la clase media”, pero enfocaría a los empleados por cuenta propia, e incluiría: a los empleados por cuenta propia con ingresos por debajo del decil V, a afiliados al Seguro Popular, y a los empleados por cuenta propia con ventas mensuales de hasta \$100 000 afiliados al IMSS. Las empresas aseguradoras ofrecerían pólizas de salud financiadas por el IMSS o por el Seguro Popular, a elección del cliente, mediante la transferencia de las primas por enfermedades y maternidad, o de las contribuciones públicas y privadas del CAUSES y del FPGC.

En este escenario, los beneficios para los fondos públicos serían los descritos para el escenario 3, pero habría que sumar los beneficios que tendría para el gobierno el desarrollo de una estrategia nacional de apoyo consolidado a los microempresarios. Los beneficiarios, por su parte, tendrían la ventaja adicional de poder elegir el programa de apoyo social de su conveniencia.

Escenario 6. Cobertura efectiva de las enfermedades crónicas

En este escenario, las aseguradoras privadas ofrecerían la administración de programas de gestión de enfermedades (PGE) para enfermedades crónicas selectas ya cubiertas por los fondos públicos (véase el Recuadro 4.1). Los PGE podrían también ser ofrecidos para los escenarios previos como un servicio adicional.

En la Secretaría de Salud y el IMSS, el mercado de las doce principales enfermedades crónicas, sin incluir el cáncer, asciende a \$127 600 millones (el equivalente a 27% del gasto institucional y 0.72% del PIB).⁸⁴ Hasta 9.2% de los adultos –6.4 millones– a nivel nacional tienen un diagnóstico de diabetes con un costo real estimado en \$758 por paciente en el IMSS, y de \$262 en la Secretaría de Salud. Este es un mercado maduro para dirigir el financiamiento a la prevención de complicaciones y de la comorbilidad de las enfermedades crónicas.

⁸⁴ Figueroa-Lara A, González-Block MA, Alarcón-Irigoyen J. Gasto médico por enfermedades crónicas reportadas en Ensanut 2012. Enviado a publicación.

Los PGE buscarían incentivar acciones médicas y de participación comunitaria en etapas específicas de la enfermedad, definidas por su grado de complicación y comorbilidad. Los PGE se ofrecerían a las instituciones de financiamiento público bajo un modelo de administración financiera enfocado a resultados. Otra opción es el diseño de una póliza de cobertura sobre la base de primas especiales para cubrir enfermedades crónicas.

Los PGE incluirían todas las funciones del aseguramiento: el reclutamiento y la representación de la población con enfermedades crónicas preexistentes, la contratación y el pago de los servicios de salud, la activación social de los pacientes en su ambiente comunitario, así como la gestión del riesgo. El asegurador velaría por que la atención médica fuera continua e integral, y tendría un fuerte incentivo para coordinar el plan de manejo integral del paciente, así como para darle un seguimiento regular y hacer evaluaciones periódicas completas de su estado de salud. Los PGE de Alemania serían paradigmáticos (véase el Recuadro 4.1).

Una opción de suyo interesante sería que el fondo público cubriera el pago de los PGE en función de los resultados de salud obtenidos. Los indicadores de riesgo –solos y en combinación– serían la base del pago, mientras que la complicación de las enfermedades más allá de la cobertura de la póliza, o bien el fallecimiento del paciente, significarían la pérdida de la póliza.

La ventaja de este escenario para los fondos públicos sería la gestión financiera integral de las enfermedades de mayor riesgo y duración, mediante estrategias flexibles e innovadoras capaces de hacer frente a la evolución y el control de las enfermedades crónicas. Los enfermos crónicos tendrían como valor agregado la gestión de su condición por organizaciones interdisciplinarias especializadas, con evidentes beneficios para sus familiares y para ellos mismos en su salud, su productividad, su calidad de vida y su satisfacción personal.

Relevancia y factibilidad de los escenarios propuestos

Los escenarios propuestos colocan a las aseguradoras privadas justo en la definición de la función articuladora que propone la sociedad civil, como elemento clave de la reforma del sistema para alcanzar la cobertura universal. Cada escenario tiene diferentes implicaciones para la función articuladora, y cada uno deja ver la oportunidad de introducir la pluralidad en el financiamiento y, a partir de allí, en la prestación de los servicios de salud.

La mayoría de los escenarios supondrían una sana competencia entre los sectores público y privado del financiamiento de la salud, además de la complementación de las instituciones financieras nacionales y, en particular, de los REPSS. Las instituciones de aseguramiento privadas tendrían que fortalecerse para asumir estas responsabilidades, e invertir para reforzar su capacidad actual para representar a la población, establecer redes de servicios y gestionar los riesgos.

Los escenarios propuestos necesitarían para su desarrollo el fortalecimiento de la capacidad rectora del gobierno. Los países que han transformado sus sistemas de salud en estas direcciones han establecido instituciones reguladoras –nacionales o “superintendencias”– especializadas en la regulación de los fondos y de las articuladoras públicas y privadas. Las autoridades competentes aplicarían evaluaciones de la calidad y la efectividad de los servicios financieros, y se servirían de reportes estadísticos y de mecanismos para asegurar la transparencia de la información y la publicación de indicadores de calidad. De modo que la población y los usuarios, pero también los prestadores, pudieran informarse para elegir entre la afiliación a –y contratación con– los diferentes participantes públicos y privados.

Estos escenarios son todos compatibles con la política actual de fondeo del Sistema Nacional de Salud, por lo que no exigen reformas fiscales. Si bien la estrategia de administración de fondos sería más sencilla de aplicarse desde el punto de vista normativo, transferir el riesgo a instituciones articuladoras privadas no encontraría, de inicio, ninguna traba fundamental. Es preciso, sin embargo, una política nacional que establezca el marco de selección y vigilancia de los recursos encomendados para la gestión financiera; en gran medida bastaría la voluntad política, más que legislativa, para tener acceso a los mecanismos propuestos.

La transferencia del riesgo ya es una práctica común en el Seguro Popular, y se evidencia en la asignación de la prima por el Congreso y su transferencia por Hacienda a la CNPSS, y de éste al FPGC y los REPSS. Estas instancias de gestión financiera ya están deslindadas en lo funcional, aunque no del todo orgánicamente. Los REPSS ya están asumiendo, de hecho, las tareas propias de la articulación: representar a los beneficiarios, brindarles acceso a los servicios de salud y gestionar el riesgo.

Las articuladoras privadas pueden contribuir, por su parte, a la eficiencia financiera y la efectividad del gasto en salud en su conjunto, gestionando fondos bajo el estricto control de las instituciones nacionales de salud. Y, así, contribuir con el ejemplo a una mayor separación y especialización de las funciones financieras en el sector público.

El desarrollo de cualquiera de los escenarios propuestos brindaría un beneficio común invaluable: la organización en redes efectivas de prestadores públicos y privados de servicios de salud de la más alta calidad, y la integración de estos últimos en programas de salud y gestión de la calidad en el marco de las políticas nacionales.

De entre los escenarios propuestos, los de alcance más limitado son los más factibles, tales como el segundo y el sexto: “Eficiencia para la alta especialidad” y “Cobertura efectiva de las enfermedades crónicas”. Son también los escenarios en que las estrategias de las aseguradoras privadas para la administración financiera, la gestión de riesgos y, en particular, la gestión de enfermedades tendrían la mayor trascendencia.

El tercer escenario, “Seguro Popular para la clase media”, así como el quinto, “Protección para microempresarios”, aunque más complejos, tienen un punto a favor: proteger el patrimonio de un segmento de la población que ha sido históricamente marginado por la política social.

Todos los escenarios excepto el segundo y el quinto –ya se centren en la administración o en la transferencia de riesgos– tienen el atractivo de inducir la competencia en la gestión de los planes de salud. En este contexto, se darían los incentivos necesarios para que las aseguradoras asumieran el papel clave que les es inherente: innovar los modelos de atención para satisfacer las necesidades de los grupos especiales, como podrían ser el de los empleados por cuenta propia, el de los profesionistas privados, la población urbano-marginal, los grupos indígenas, la población dispersa y el grupo de los enfermos crónicos. Todo ello mediante la gestión efectiva de las redes pública y privada de servicios de salud.

El cuarto escenario, “Seguro Popular Integral”, es quizás el más sencillo de implementar pero también el menos atractivo, puesto que en él no se hace nada para mejorar el financiamiento y la prestación de los servicios del Seguro Popular, lo que resta atractivo a la opción de pagar una prima adicional para cubrir servicios altamente especializados que son, por definición, de baja demanda.

Cabe sugerir que los escenarios en que las aseguradoras privadas se relacionarían sólo con el Seguro Popular serían los más factibles y los que ofrecerían una menor resistencia al cambio, en la medida en que el Seguro Popular tiene el mayor avance en la separación de funciones de financiamiento y prestación.

Vale remarcar los retos que encara el Seguro Popular para lograr una efectiva separación de las funciones de fondeo general, por un lado, y de articulación, por el otro. Ello implica la separación dentro de la CNPSS de la función de compra de servicios que realiza para el FPGC, para enfocar su atención en la recaudación y la gestión de riesgos en su conjunto y para cada uno de los fondos en particular. La compra de servicios de alta especialidad podría transferirse a un órgano autónomo, capaz de competir por la recepción de los recursos a la vez que de integrar cuando fuera posible la gestión del CAUSES en redes integrales de prestadores públicos y privados.

6. Conclusiones y recomendaciones. Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud

La protección financiera universal de la salud es fundamental para el bienestar y la competitividad de los mexicanos en un mundo globalizado. La protección financiera universal significa el acceso a servicios de salud de calidad y amplio alcance, sin restricciones económicas. Lograr la protección financiera universal exige que todos los mexicanos contribuyan de manera equitativa y responsable a fondos mancomunados de su mayor confianza, asignándoles los recursos suficientes para prever sus necesidades de salud.

La revisión de los marcos de política, de las tendencias nacionales e internacionales y de los escenarios expuestos en este análisis permite llegar a conclusiones optimistas, aunque cautelosas, para nuestro futuro.

México tiene un triple reto para alcanzar la cobertura universal de la protección financiera en salud:

- Cubrir a los 18.7 millones de mexicanos que carecen de cualquier protección, y de los cuales la mayoría son de la clase media, esto es, de los deciles V al X de ingresos y que podrían ser cubiertos por el Seguro Popular y con seguros privados en sinergia
- Reducir el gasto de bolsillo, que para 2013 ascendió a 44% del gasto total en salud de los mexicanos, imponiendo importantes barreras al acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Buena parte de este gasto es redundante de la seguridad social o inaceptable al ser la única fuente financiera. El gasto de bolsillo debe reducirse para acercarse al promedio de los países de la OCDE, de 19%. De alcanzar esta cifra, el gasto de bolsillo debería reducirse en 64% del gasto total en salud, equivalente a \$253.6 mil millones para 2013
- Incrementar los niveles y la efectividad de servicios protegidos, incluyendo importantes intervenciones para la población afiliada al Seguro Popular como la hemodiálisis y los trasplantes, así como incrementando los niveles de cobertura efectiva que se logran en el Sistema Nacional de Salud en su conjunto

Cerrar las brechas de la protección financiera de la salud llevará a fortalecer los fondos mancomunados públicos y privados así como a apoyar a la economía de los hogares mexicanos, a la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y a la innovación tecnológica y

de los servicios. Ayudará, sobre todo, a mejorar la cobertura efectiva de las enfermedades crónicas, sin duda hoy por hoy el principal objetivo del Sistema Nacional de Salud.

La confianza para contribuir a fondos mancomunados sólo puede basarse en un acuerdo nacional del alcance de los servicios de salud por financiar, de los estándares de calidad a los que el fondo se compromete, y de la equidad con que todos los mexicanos tendrán acceso a ellos. La confianza sólo puede lograrse si los fondos son recaudados y resguardados por instituciones transparentes, comprometidas con el bienestar y la competitividad de sus contribuyentes, a la vez que habilitadas en las competencias especializadas para el fondeo de la salud. La misión institucional es, en este ámbito, el ajuste permanente entre la capacidad de contribución financiera de los mexicanos y los beneficios específicos de salud a los que se compromete la asignación de los fondos.

México ya está logrando importantes avances en el fondeo especializado y transparente de la salud, como lo demuestra la CNPSS. Las instituciones de la seguridad social ya se han propuesto el financiamiento responsable y sustentable y están haciendo importantes esfuerzos en esta dirección. La experiencia de países como Colombia y Uruguay en nuestra región, y de muchos otros de la OCDE, apuntan en esta dirección. México no se puede quedar atrás.

La cobertura universal de la protección financiera exige también la gestión eficiente, efectiva y transparente de la asignación de los recursos a los servicios de salud. Es en el quehacer diario de la gestión financiera de la salud donde los mexicanos ganan o pierden confianza para la contribución, donde se comprometen con el uso racional de los recursos. La gestión financiera precisa, para ello, de la especialización y la transparencia en esta función.

La gestión financiera de los fondos mancomunados demanda instituciones especializadas capaces de representar a los contribuyentes para dar cumplimiento a sus derechos y compromisos de salud, en un contexto en que prevalecen las enfermedades crónicas y donde el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud es clave no sólo para su prevención y control, sino también para la competitividad, el bienestar y la sustentabilidad financiera del propio sistema de salud.

La gestión financiera especializada debe ser capaz de hacer una compra estratégica de servicios de salud, identificando a los prestadores más eficientes, apegados a protocolos de decisión y colaboración sustentados en la mejor evidencia, y que aprovechen de manera efectiva la gran disponibilidad que tiene México de profesionales de la salud responsables, y de proveedores de recursos. Ya no basta con atender la compra de insumos, la construcción de infraestructura y la contratación de personal. La salud es hoy un terreno complejo y competitivo de actores que necesitan una gestión capaz de vincularlos mediante incentivos claros y transparentes. Con la sociedad, la gestión financiera debe comprometerse para su empoderamiento y su corresponsabilidad en la prevención y la atención oportuna. Sólo así México podrá mejorar la productividad de los recursos y abatir los altos costos de administración que aquejan a las instituciones públicas de salud.

El acceso a los servicios de salud sin restricciones económicas es impensable sin la gestión de los riesgos de salud protegidos. Es aquí donde las instituciones financieras especializadas en salud pueden hacer las innovaciones más importantes para la cobertura efectiva. México encara grandes retos en la prevención y el control de enfermedades crónicas. Está muy claro que sólo un cuarto de los enfermos de diabetes logran reducir satisfactoriamente sus riesgos de complicación, lo que lleva a miles de muertes prematuras, así como un grave dispendio en servicios y a pérdidas de productividad para el país. La gestión de los riesgos significa enfocar de manera tenaz y continua los principales problemas de salud, las oportunidades para mejorar la eficiencia en su atención y la reducción de costos. Sólo así se logrará la cobertura universal a la vez que la sustentabilidad del sistema de salud.

Mucho se ha insistido en la importancia de separar las funciones de financiamiento y las de prestación de servicios. AMIS y Funsalud aportan algunas opciones y escenarios para lograrlo, así como para separar y especializar, dentro del financiamiento, el fondeo y la gestión financiera. La evidencia internacional demuestra la importancia de la especialización financiera como un potente motor para la afiliación universal y la sustentabilidad. Ello, en un marco de rectoría nacional que establezca claramente las reglas del juego y la normativa que asegure su cumplimiento.

La evidencia internacional y su análisis en el contexto mexicano llevan a proponer diversas opciones y escenarios para que las instituciones privadas de seguros de salud contribuyan de manera eficiente y transparente a la cobertura universal de la protección financiera. La seguridad social se está transformando a nivel mundial en un régimen de financiamiento público-privado bajo la rectoría del Estado. Es preciso que México ocupe el lugar que le corresponde en el mundo.

Los escenarios son diversos en su alcance poblacional, en la participación de las instituciones públicas y en los riesgos cubiertos. Pueden vislumbrarse diversas opciones de colaboración, con la gestión de riesgos bajo administración o bien con transferencia del riesgo financiero.

El crecimiento del aseguramiento privado puede reducir en gran medida el gasto de bolsillo y los costos de administración de las instituciones públicas. La complementación de beneficios asegurados respecto de los que ya ofrece el Seguro Popular puede generar la confianza de la clase media que ahora no está asegurada para contribuir a este seguro y cerrar, así, una brecha significativa en la protección financiera. El aporte de la clase media al fondo mancomunado contribuirá a fortalecer el Seguro Popular en su conjunto y aliviará la presión gubernamental para financiar la extensión de beneficios.

En otro escenario, las aseguradoras privadas pueden ofrecer seguros complementarios a los microempresarios del país, dándoles acceso a servicios de óptima calidad para apoyar su productividad y, por consiguiente, su competitividad y la de sus empresas.

Las aseguradoras privadas pueden jugar un papel clave para que los prestadores públicos y privados colaboren conjuntamente en la cobertura efectiva de las principales enfermedades crónicas. Esto es factible mediante el desarrollo de programas de gestión de enfermedades que canalicen primas específicas para lograr la selección positiva de riesgos, revelar el conjunto de las necesidades que deben atenderse, y asignar recursos financieros a la promoción y la coordinación de redes de servicios de salud médicos y comunitarios que alcancen la cobertura efectiva. Todo ello, reduciendo los costos y aprovechando al máximo la capacidad de los profesionales mexicanos en su conjunto.

Los escenarios propuestos para la participación de las aseguradoras privadas llevarán a complementar a las instituciones públicas, contribuyendo a incrementar la población con protección financiera, a movilizar recursos públicos y privados adicionales así como a reducir el gasto de bolsillo. Los escenarios contribuirían también a la separación de funciones entre los fondos y la articulación con la población y la red de prestadores. La colaboración público-privada introduciría sin duda una sana competencia en la gestión financiera, contribuyendo al alineamiento de todos los actores que inciden en la efectividad de los servicios de salud. Esto generará los beneficios inmediatos que precisan los mexicanos para apoyar las medidas de política necesarias para avanzar hacia un México con mejor salud, como Funsalud y AMIS lo proponen.

La universalidad y la competitividad son las dos caras de la moneda en la protección financiera universal de la salud. Las propuestas vertidas en “La cobertura universal de la protección financiera de la salud en México” abren nuevos horizontes de contribución solidaria y gestión de riesgos para alcanzar el Sistema Nacional de Salud Universal al que todos aspiramos.

Cerrar la brecha en la mancomunación de fondos significa mejorar la confianza de los contribuyentes y consolidar la gobernanza de México. Las aseguradoras privadas pueden sumar esfuerzos para lograr la mayor transparencia mediante el fondeo responsable de la salud, sobre la base de criterios de previsión y de gestión financiera de los riesgos. Sobre estas bases, el Estado podrá movilizar los recursos para la salud que el país necesita y responder a un clamor nacional por más y mejor salud.

Recomendaciones

- Dirigir la política hacia el Sistema Nacional de Salud Universal al alcance de la cobertura de la protección financiera para todos los mexicanos acorde con la definición de la OMS
- Brindar protección financiera de la salud a los 18.7 millones de mexicanos que hoy carecen de afiliación a las instituciones públicas
- Separar la función de financiamiento de la salud de la prestación de servicios para garantizar la sustentabilidad financiera y, a la vez, orientar las funciones de aseguramiento hacia la cobertura efectiva

- Dedicar a las instituciones financieras de la salud a la recaudación y la mancomunación de los recursos que se exigen para cubrir las necesidades de salud a corto, mediano y largo plazos
- Separar la mancomunación de la gestión financiera, a fin de promover las competencias necesarias para la protección de las personas en un marco de pluralidad y libre elección
- Alinear la gestión financiera a las necesidades de la población y de los profesionales de la salud para prevenir y controlar las enfermedades crónicas, apoyando la competitividad de ambos actores
- Fortalecer la representación y el empoderamiento de los beneficiarios ante los fondos y los prestadores de servicios, apoyados en la gestión financiera
- Desarrollar la capacidad de la compra estratégica de servicios de salud como herramienta central para la gestión de redes de servicios competitivas, separándola de la compra de insumos y la contratación de recursos humanos
- Fortalecer la gestión de los riesgos protegidos como estrategia clave del financiamiento, atendiendo a la incidencia de los riesgos y de las enfermedades y a los costos de la atención, en el marco de la cobertura efectiva
- Reglamentar la colaboración público-privada para la gestión financiera de los fondos a fin de lograr la asignación eficiente, efectiva y transparente de los recursos para los servicios de salud

Este libro fue editado y producido por Intersistemas, S.A de C.V.
y terminó de imprimirse en abril 2015 en Duplicare Asesores Gráficos
ubicado en Callejón san Antonio Abad No. 66 Col. Tránsito.
Ciudad de México. Hecho en México.

Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México contribuye al alineamiento de los esfuerzos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), sus agremiados y la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) con las políticas del Gobierno Federal, para alcanzar un Sistema Nacional de Salud Universal.

Se analiza el espacio de seguros de salud de manera integral en términos de la mancomunación de fondos y de la previsión de riesgos en las instituciones de la seguridad social, del Sistema de Protección Social en Salud y de seguros privados. Aborda también las mejores experiencias internacionales de colaboración público-privada para la mancomunación y la gestión financiera del gasto en salud.

Se proponen escenarios para la colaboración público-privada hacia la protección financiera en salud y se destaca en cada uno de ellos los beneficios que tendría la colaboración para ampliar y mejorar la cobertura de la salud con calidad, a fin de garantizar el pleno derecho de los ciudadanos establecido en la Constitución Política de nuestro país.

