



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN ECONOMIA

Reestructuración financiera del sistema de salud en México,
una alternativa a la transición universalista 1990-2010

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTOR EN ECONOMIA

PRESENTA:
RAUL CALLEJAS CARCAMO

TUTOR O TUTORES PRINCIPALES

Dr. José Francisco Reyes Durán
UNAM Facultad de Economía

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

Dr. Edgar Ortiz Calisto
UNAM Facultad de Economía

Dr. Sergio Cabrera Morales
UNAM Facultad de Economía

Dr. Arturo Huerta González
UNAM Facultad de Economía

Dr. Cesar Armando Salazar López
UNAM Instituto de Investigaciones Económicas

Cd. Universitaria, cd. Mx., Enero, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

- 2.1 Enfoques en los modelos de servicios de salud
- 2.2 La participación del Estado y el papel de la Seguridad Social
- 2.3 El mercado y la universalización de los servicios de salud
- 2.4 Crítica al modelo universalista
- 2.5 Condiciones actuales del sistema de salud mexicano

CAPÍTULO 3. MODELOS DE SALUD INTERNACIONALES

3.1 Modelos de seguridad social en Europa

- 3.1.1 Reino Unido
- 3.1.2 Francia
- 3.1.3 Alemania
- 3.1.4 España

3.2 Sistemas de salud en Asia

- 3.2.1 Japón
- 3.2.2 Corea del Sur
- 3.2.3 China

3.3 Sistemas de salud en América

- 3.3.1 Estados Unidos de América
- 3.3.2 Canadá
- 3.3.3 Chile
- 3.3.4 Colombia

CAPÍTULO 4. TRANSFORMACIÓN DE LA ESTRUCTURA FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

4.1 La seguridad social

- 4.1.1 IMSS
- 4.1.2 ISSSTE

4.2 La asistencia pública y el Seguro popular

4.3 El segmento privado y el mercado administrado de servicios de salud

- 4.3.1 Aseguradoras
- 4.3.2 Proveedores de salud
- 4.3.3 Farmacéuticas

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES GENERALES

CAPÍTULO 6. MODELO ALTERNATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Hablar acerca de la calidad y cobertura de los servicios de salud, su financiamiento y organización se ha convertido en un tema trascendental. La salud como uno de tantos temas de importancia actual, se encuentra inmerso en la crítica a los servicios públicos debido a las carencias presupuestales, mismas que ponen en tela de juicio el modelo de atención médica donde el estado es interventor, a la par que plantean un nuevo modelo basado en la provisión de servicios básicos. Sin embargo, al basar el modelo propuesto en el desarrollo de un mercado de servicios de salud donde los organismos públicos y las empresas privadas compiten por los pacientes, el resultado de la competencia es la marginación de las personas de menor ingreso con respecto a los servicios más sofisticados y por tanto, se corre el riesgo de obtener con esta propuesta una exclusión mayor de la que se le acusa al modelo anterior. Este dilema sobre el modelo universalista de atención médica se posiciona como una confrontación entre la búsqueda de ganancias y la salud como un derecho, colocando en la mesa de la discusión, si la atención sanitaria depende del ingreso de las personas o de su condición laboral.

El objeto de estudio de esta investigación se propone analizar el papel de la intervención estatal de forma directa en el financiamiento y la administración de los servicios de salud en México comparándolo con la propuesta del modelo universalista de atención que representa la corriente actual de cambio y con ello conseguir una propuesta alternativa que permita trascender a un sistema nacional de cobertura total, integral, equitativa y solidaria.

Para ello, las principales interrogantes a que se tratará de dar respuesta son: ¿Qué papel desempeña el estado dentro del modelo neoliberal y cuál es su repercusión en los sistemas de salud?, ¿En que beneficia a los agentes privados la extensión del mercado potencial con la desaparición de la seguridad social?, ¿Qué modelo internacional es más adecuado a nuestro país, ya que muchos de sus sistemas tales como: la seguridad social europea, el sistema nacional de salud inglés, la seguridad social canadiense o un modelo de participación mixta como en Asia o América Latina, presentan sistemas de salud a nivel nacional con cobertura total? y ¿Qué formas de financiamiento son más adecuadas en la conformación de una alternativa de un modelo de salud?

Para dar respuesta a esta interrogante se formula como hipótesis principal que las instituciones de seguridad social y sus fuentes de financiamiento se encuentran inmersas en un proceso de transición desde un modelo de seguridad social, hacia otro de *mercado administrado*, lo que ha conducido a un deterioro del sistema de salud mexicano que aumenta la insolvencia financiera de los organismos públicos y conforma un marco que inhibe el acceso a la provisión de servicios privados tanto por sus costos, como por los mecanismos de selección de clientes y/o usuarios. Por lo tanto, aunque ya no es posible regresar al modelo anterior y no es eficiente, continuar con el actual existe una ventana institucional y financiera para la adaptación de un modelo de salud alternativo.

El presente trabajo tiene como objetivos principales efectuar un análisis comparativo entre los modelos desarrollados en otros países y en México, a fin de ubicar otras formas de funcionamiento útiles para el desarrollo de una alternativa; analizar la estructura financiera y organizacional de los servicios de salud en nuestro país correspondiente a los segmentos que lo conforman y a través de los organismos más representativos de cada uno, y proponer

un modelo alternativo a la seguridad social existente y a la propuesta universalista sobre los servicios de salud en México. Entendiendo que la seguridad social está enfrentando una crisis institucional que debe modificar su organización y estructura financiera, la alternativa intenta no abandonar los principios de integralidad, solidaridad y equidad enmarcada dentro de las necesidades y límites permitidos por el cambio institucional y fuentes de financiamiento del sistema de salud mexicano.

La metodología utilizada en este trabajo consiste en un análisis tanto cualitativo, como cuantitativo del sistema de salud en México y en otros países, revisando estadísticas referentes al financiamiento de los sistemas sanitarios y recopilando información acerca de la disposición de los recursos y la organización de los agentes que intervienen. Se hace uso de un marco teórico de referencia donde se distingue un enfoque heterodoxo que cuestiona la postura neoclásica acerca de la intervención estatal y la asignación al mercado de la provisión de los servicios de salud y la administración de los fondos de financiamiento. El análisis de los modelos internacionales se hace bajo una perspectiva histórica y organizacional resaltando su evolución, su estructura financiera y sus formas de operación; en lo que respecta al análisis del sistema de salud nacional, este se enmarca en un periodo temporal que va de la década de los noventa hasta la actualidad, enfocándose principalmente en el análisis estadístico proveniente de diferentes bases de información nacional. Finalmente, la alternativa desarrollada se presenta en la forma de un modelo organizacional que plantea una cierta estructura financiera y una reorganización de los participantes acorde a las limitantes económicas e institucionales que plantea el escenario actual.

Dividida en seis capítulos esta investigación introduce en el capítulo primero, el planteamiento del problema de estudio, mismo que representa un fenómeno actual que es producto de la transformación de la estructura económica a nivel mundial, dentro de un contexto inundado por la doctrina de mercado. De esta forma, se plantea que ante el cambio en el modelo económico mundial las instituciones se van modificando al reducir la influencia económica que el gobierno consiguió durante la fase del *Estado Benefactor*.

En el capítulo dos, se plantea una revisión teórica que identifica las posturas acerca del papel del estado en la economía, la influencia de la ideología de mercado, y la crítica a un modelo de salud cuyo esquema es respaldado por organismos internacionales tales como la OMS, el FMI, el BM, la OPS, etc. Ya que la situación actual involucra una reconfiguración de las posturas en las esferas económica, política, médica y social¹, se hace una revisión de numerosos estudios que se citan a lo largo de este documento, mismos que muestran que las políticas de reforma en materia de salud no se han gestado en el orden y temporalidad programadas, y que esto se debe a factores institucionales y económicos tanto de carácter interno como externo, lo que pone de manifiesto la necesidad de reconfigurar el modelo sanitario haciéndolo menos vulnerable a las crisis económicas internacionales.

En el tercer capítulo, se revisan algunos sistemas de salud existentes en diferentes países con la intención de conformar una alternativa viable dada la capacidad del estado mexicano y sus posibilidades de financiamiento en comparación con los sistemas establecidos en otros países. Dentro de este capítulo se revisan algunos países pertenecientes al continente europeo, asiático y americano, distinguiendo entre ellos un factor común ligado a su historia y posición geográfica continental. Así es como dentro del capítulo dos se da revisión a los

¹ Se puede hablar de una transición ya que hasta mediados de la década de los ochenta los planes institucionales de los organismos de seguridad social estaban enmarcados dentro de una intención específica de expandir el sistema de atención integral de la salud aun cuando se impulsara la participación de la asistencia social como política gubernamental. Como se verá después, en la década de los noventa la adopción creciente del modelo de atención primaria en los servicios médicos enmarcará la esencia del seguro popular como programa oficial de asistencia pública en el año 2000.

aspectos principales de la seguridad social de posguerra que se distingue por tener unas bases financieras fuertes con una pequeña participación del sector privado como complemento; en el caso del continente asiático, la relación mercado-estado da como resultado una mixtura financiera donde la seguridad social coexiste con proveedores privados que son financiados tanto por planes de seguro privados, así como a través del gasto de bolsillo. Finalmente en el apartado correspondiente al continente americano, se revisan los casos de la seguridad social canadiense, el modelo de mercado estadounidense y los modelos de mercado administrado de Chile y Colombia, lo que resalta la influencia cercana al proceso de transición que vive el sistema de salud mexicano.

En el capítulo cuatro se aborda el estudio de las fuentes de financiamiento y las causas de la quiebra del IMSS, del ISSSTE, y la ineffectividad del Seguro Popular como modelo de atención a la población abierta y como un puente dentro de la transición hacia el modelo de atención primaria con cobertura universal. Así también se revisa el papel que juegan los distintos agentes como aseguradoras, farmacéuticas y empresas proveedoras de servicios de salud dentro del segmento privado, lo que permite delimitar los intereses involucrados en la transición del sistema de salud y las alternativas viables a cada uno de los segmentos.

Finalmente en el capítulo cinco y seis se plantea el desarrollo y sustento de una alternativa basada en las conclusiones de los capítulos anteriores y tomando en cuenta los posibles limitantes institucionales y financieras que nos permitan solventar una alternativa a la hipótesis de trabajo, la cual plantea que la transición hacia un modelo de salud nacional basado en la cobertura primaria universal como eje de la conformación de un mercado de servicios de salud expone al sistema mexicano de salud (hasta ahora basado en la seguridad social), a un deterioro mayor en la calidad, cobertura y accesibilidad de la población.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Las posiciones sobre la conformación de los sistemas de salud varían de una disciplina científica a otra, según sea el interés y campo de cada una de ellas, por ejemplo, en el ámbito médico, aspectos tales como, la calidad y oportunidad de los recursos para el diagnóstico y tratamiento son imprescindibles. En el caso de las ciencias sociales, se reconoce que existen determinantes de la estructura y la forma en que dichos recursos se encuentran disponibles para ofrecer los servicios sanitarios. Es debido a este enfoque, que cobran relevancia los fenómenos sociales, políticos y económicos, tales como, la revolución industrial y la ideología de mercado como conductos de las políticas económicas, así también representa un parte aguas la aparición del estado interventor como eje del desarrollo y crecimiento de las sociedades, etc.

Este capítulo aborda dos de las diferentes ideologías que dan origen a la conformación de los sistemas de salud como una manifestación de las condiciones en las que una sociedad enfrenta los retos de salubridad, estas son: el mercado y el estado. Por una parte, existe históricamente una *intervención estatal* dentro de las esferas de organización y provisión de los servicios de salud que deviene del periodo previo a la primera guerra mundial hasta ya muy avanzada la época de la guerra fría. Por otro lado, recientemente, existe una tendencia a la *liberalización* de los recursos administrados por el gobierno para dar pie a un mercado de servicios de salud. Estas dos posiciones mencionadas se combinan en menor o mayor grado reflejando en cada país casos de diferentes características, donde ya sea la intervención o solamente la regulación estatal en combinación con las fuerzas del mercado conforman modelos de salud bajo una perspectiva de un *estado de bienestar*² o de una economía mercantilizada.

2.1 Enfoques en los modelos de servicios de salud.

Marraciño (1995) señala y propone un esquema de análisis sobre los sistemas, modelos y modalidades de salud, a través de reconocer que las ideologías tienen una influencia sobre las estructuras propuestas y la operativa de los servicios de salud. El autor denomina esta influencia ideológica como *tendencias*, y las clasifica en *artísticas, científicas, propias del derecho, de la solidaridad y del beneficio*³.

² Wagner Adolf es la figura central de una escuela económica y política social llamada *socialismo de Estado*. El término hace referencia al uso de los instrumentos del Estado para universalizar el acceso a los bienes y servicios fundamentales de una sociedad, tales como la educación, la salud y la vivienda

³ La denominada tendencia *artística* enunciada por Marraciño es tratada como el enfoque de la salud pública, pues tiene amplia coincidencia con la razón de ser de la medicina y su papel en la sociedad y el individuo; en segundo lugar *el enfoque científico* es considerado por nuestro apartado como de la medicina social que implica la multidisciplinariedad que ha tomado el estudio de los servicios de salud por las diferentes perspectivas científicas ante el inminente desarrollo tecnológico y la ampliación de la difusión de información en el mundo; en tercer lugar lo que Marraciño reconoce como tendencia del derecho en esta investigación se trata como un apartado institucional de influencias internacionales representado y promovido la Organización Mundial de la Salud, desde su visión básica del derecho a la salud con las diferentes influencias y perspectivas que ha tomado para establecer su enfoque universalista, y por ultimo dentro del enfoque económico se hallan contempladas las tendencias que Marraciño enuncia como de *solidaridad y de beneficio* lo que en el ámbito económico-social de esta investigación nos permite distinguir entre el enfoque de la economía de mercado y el enfoque de intervención estatal con sus diferentes variantes.

Esta clasificación, nos permite tomar una posición para el análisis de los sistemas sanitarios, enfatizando la investigación dentro de un marco que considera la influencia de la ideología económica como parte importante de la conformación de los servicios de salud.

En primer lugar, debemos entender que el tratamiento de la salud como un problema individual (tal y como lo refiere el enfoque de mercado en los servicios de salud) proviene del hecho de que la medicina considera a la enfermedad como un padecimiento particular de cada persona. Sin embargo, esto es solo una visión parcial que se remite a la atención del paciente. La salud pública (otra rama de la medicina), por otra parte, concluye que el combate a los padecimientos es de un espectro tan amplio, que involucra a la sociedad en su conjunto.⁴ Como podemos observar, existe una evolución sobre las concepciones acerca de los modelos de atención sanitaria, de tal suerte que en los últimos dos siglos la concepción sobre la necesidad de organizar a la sociedad para cubrir los requerimientos mínimos de sanidad ha sufrido grandes cambios debido al desarrollo no solo de los cuadros de enfermedad más mortíferos, también se debe a la evolución tecnológica y la conformación de los grandes conglomerados urbanos⁵.

Con la evolución del capitalismo y los grandes eventos bélicos de los últimos siglos, se concibió una transformación social que desarrolló instituciones de regulación y provisión de servicios de salud de carácter público, esta etapa representó la constitución de los modelos de *seguridad social*. Una vez que el estado se había conferido proveedor y garante de los servicios de salud, los sistemas sanitarios quedaron a merced de varios acontecimientos político-económicos que condicionaron la organización y provisión de los servicios.

El enfoque de la *Medicina Social*⁶, se destaca por considerar nuevos determinantes en estructura y la organización de los servicios de salud. De esta forma se incorporan aspectos más allá de la condición de los individuos.⁷, sino también, aspectos como las condiciones de vida de los grupos sociales. Por consiguiente, dentro del campo de la *Medicina Social* la contextualización geopolítica y económica cobran fuerza con la finalidad de entender, como

⁴ La definición de Winslow (1920) sobre salud pública, caracteriza a esta, como la *ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad*. Si adherimos a esta definición, la actualización que ofrece la *Organización Panamericana de la Salud* (2010) tendremos una coincidencia con el objeto de la salud pública que define Winslow, pero además, una definición donde se reconoce el esfuerzo organizado de la sociedad como una necesidad que debe basarse en instituciones de alcance colectivo dando pie con ello a la conformación ideológica internacional respecto a los sistemas de salud.

⁵ Para Relman (1980) existe una variante de la concepción de salud pública donde la predominancia del modelo curativo individual es una consecuencia de este avance tecnológico que ha permeado en la medicina, a través de la farmacopea, dando paso a la presencia de tratamientos y medicamentos novedosos (*balas mágicas*); desarrollando espacios para tratamientos individuales en los hospitales y la consolidación de especialidades médicas. Todos estos aportes han solidificado esta perspectiva individualista de la medicina que compagina con la ideología ortodoxa de la economía de mercado, es decir *un complejo industrial* alrededor de los servicios médicos

⁶ La medicina social nos permite apreciar con mayor amplitud las causas de los cambios históricos en la organización de los servicios de salud. Lo que tiene que ver no solo con los factores de enfermedad ubicados dentro de la relación entre los individuos, sino con las condiciones de vida de los grupos sociales. Rosen define el propósito de la medicina social como: Estudiar todos los factores que conforman la condición social de un grupo en particular y que afectan el estado de salud de cualquiera de los miembros del grupo y con base en ese conocimiento proponer las medidas de naturaleza médica, sanitaria o social que sean necesarias para mejorar y hacer accesible al pueblo, en el mayor grado posible los logros de la ciencia en la prevención y el tratamiento de la enfermedad. (Rosen: 1985)

⁷ En 1884 Ebbe Hertzberg utilizó el término *Estado de bienestar* por primera vez, debido a que los modelos de seguridad social ya se estaban gestando en Alemania y el resto de Europa. Como refuerzo de esta postura Mueller (2009) enuncia que: *...Un análisis histórico del estado benefactor alemán también revela la conexión estrecha entre el estado de bienestar y el estado de la guerra. Integrar a las masas dentro del cuerpo del Estado alemán unificado - recién formado - era el objetivo, y un sistema de seguro social comprensivo proveyó los medios para obtener esa meta...*

los avances tecnológicos afectan la salud del trabajador dentro del proceso de producción, y como hay una relación pre-existente con las nuevas estructuras de poder en el estado⁸.

Finalmente podemos introducir a manera de elemento de análisis a la intervención gubernamental al fungir el estado como administrador y productor de los servicios de salud con el objetivo de fomentar un *Estado de Bienestar*.⁹ De esta forma los gobiernos abren la puerta a la operación de las organizaciones mutualistas, un elemento que se fortaleció con el ambiente nacionalista que predominó en Europa, esta situación llevó a asimilar los sistemas sanitarios dentro de las prácticas y beneficios de la asistencia médica que se otorgaba a los militares, con lo que evolucionaban los rasgos de los sistemas de seguridad social más allá de la cobertura laboral sindical y se extiende a otros estratos de la población. La Segunda Guerra Mundial, consolidaría la importancia del Estado *Benefactor* como base de la reconstrucción de Europa y para el progreso de las naciones de los demás continentes. La necesidad de una reorganización mundial para solventar las turbulencias de las crisis económicas resultó apremiante¹⁰.

La conformación de los modelos de salud puede ser tratada en la teoría económica, a través de varios enfoques. Sin embargo, son dos vertientes las que se abordan en este trabajo: La *Teoría neoclásica*, que representa una de las corrientes económicas principales donde el bienestar social tiene su base en las *elecciones racionales* de los individuos. En esta teoría, el actuar del individuo se refleja principalmente en la operación de las empresas y en las condiciones de certidumbre en el mercado, con ello el resultado social es producto de la suma de las conductas individuales dentro de un sistema equilibrado. El énfasis teórico se vierte en el mercado, mismo que actúa como la institución determinante del sistema económico y social, remitiendo al gobierno a un papel secundario con funciones de regulador y garante de los acuerdos entre particulares.

La influencia ideológica neoliberal ha dado pauta a la propuesta *universalista* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el entendido de que la liberación de actividades sanitarias cubiertas por empresas públicas hasta ahora restringidas total o parcialmente a la participación de privados representa una fórmula eficiente de abatir los altos costos en los servicios de salud, producto de la evolución del perfil de morbilidad y cambios del arquetipo epidemiológico de la población en el mundo, así como de los crecientes costos en los distintos tratamientos.

El otro enfoque teórico que se aborda en este trabajo, es el representado principalmente por el legado de la *Teoría keynesiana*, dicho enfoque hace referencia a la presencia de conflictos entre la esfera del individuo y la esfera social impactando en el resultado social

⁸ Mueller (2009) enuncia: *...Un análisis histórico del estado benefactor alemán también revela la conexión estrecha entre el estado de bienestar y el estado de la guerra. Integrar a las masas dentro del cuerpo del Estado alemán unificado - recién formado - era el objetivo, y un sistema de seguro social comprensivo proveyó los medios para obtener esa meta...*

El bienestar, es un bienestar derivado. Se construyó sobre ideales de riqueza de capital y productividad acumulados... El Estado Benefactor se convirtió en un fundamento necesario para el constante crecimiento al apoyar la demanda, impedir el estancamiento por concepto de sobreproducción o de sub-escasez. Sindicatos, impuestos progresivos y la seguridad social son consecuencia y una carga llevadera de la carrera por el beneficio. (Myrdal: 1960)

⁹ *El bienestar, es un bienestar derivado. Se construyó sobre ideales de riqueza de capital y productividad acumulados... El Estado Benefactor se convirtió en un fundamento necesario para el constante crecimiento al apoyar la demanda, impedir el estancamiento por concepto de sobreproducción o de sub-escasez. Sindicatos, impuestos progresivos y la seguridad social son consecuencia y una carga llevadera de la carrera por el beneficio.* (Myrdal: 1960)

¹⁰ En 1942 se presentó en el Reino Unido el "*Social Insurance and Allied Services Report*" (también conocido como el informe de Sir William Beveridge). Informe que propone la conformación de un servicio de salud de carácter nacional financiado y administrado por el estado (OIT: 2009), dicho modelo representaría el parte-aguas de los modelos de cobertura total en Europa y en el resto del mundo. "*El plan se basa en el principio contributivo de proporcionar beneficios basados en un derecho a cambio de contribuciones más bien que de subsidios libres provenientes del estado*" (Beveridge:1964)

como un agregado. Esta diferencia o desequilibrio se debe a que la distribución del ingreso genera fricciones sociales con impacto económico. Es en este punto en que el estado actúa como un elemento adicional (exógeno) que regula y fomenta la recuperación del equilibrio ante la incapacidad del mercado para corregir la conducta de los agentes que se han visto obligados a abandonar la racionalidad en su comportamiento debido a un episodio largo de incertidumbre. Este enfoque teórico establece como necesaria la intervención del estado, más allá de su mero papel de regulador y garante institucional, sino que fomenta el gasto gubernamental, a través de la política fiscal para resolver los problemas de demanda agregada y desempleo de los factores. Dicho enfoque, da pie a concebir a la empresa pública como una forma de intervención válida ante desequilibrios en el sistema. De esta forma podemos contar con un soporte teórico que nos permite analizar el acontecimiento histórico del *estado de bienestar* y la conformación del modelo de salud de la seguridad social como una etapa involucrada en un proceso de transición y cambio, hacia un modelo económico-social que fomenta el predominio del mercado e impacta en los servicios sanitarios al retirar la intervención gubernamental de la provisión de servicios de salud, un esquema comprendido dentro del enfoque de salud *universalista*.

2.2 La participación del Estado y el papel de la Seguridad Social

La relación genérica entre la empresa pública y el estado está siempre definida por el grado de funcionalidad con que la primera se inscribe en la estructura del segundo, y a la vez, por la forma en que opera para el cumplimiento de los fines a que obedece su creación. Esto quiere decir que, en todo caso, esa relación obedece primero, al tipo de estado de que se trata, segundo, a la forma o formas de gobierno que soporta el estado y tercero, a la política de administración del desarrollo que adopta el gobierno. (Martínez: 1999)

Como lo menciona Martínez (1999) en la cita anterior, podemos interpretar que la *seguridad social* como modelo de salud es producto de una etapa histórica donde el fortalecimiento de las instituciones públicas era esencial para el desarrollo económico.

Una breve descripción de la configuración de la seguridad social permite entender mejor la razón de ser de su estructura y funcionamiento. En primer lugar su base financiera es la contribución obrero-patronal, lo que posee un matiz completamente laboral, además de ello, las posibles diferencias en los contratos de financiamiento y la provisión de servicios serán subsanadas por el gobierno tanto en dinero como en especie. Esta situación da pie a la provisión de servicios de salud de carácter público y a los aportes monetarios del gobierno en la forma de cuotas sociales de compensación. Además de los servicios de salud la seguridad social comprende otros tipos de prestaciones tales como las pensiones por jubilación, accidentes de trabajo y otras formas de apoyo al trabajador, de los antes mencionados, los fondos de pensión representaron una fuente importante del financiamiento en los sistemas sanitarios y su base financiera se fincaba sobre los salarios y la redistribución del ingreso en la forma de una parte del excedente empresarial que se aportaba para financiar los servicios a los trabajadores. Por lo tanto, la estructura de los servicios sanitarios y su alcance quedaron sujetos al grado de intervención del estado y los alcances de las organizaciones gremiales.

Muchos años antes de la aparición del *estado del bienestar*, Adam Smith¹¹ ya contemplaba la intervención pública como necesaria justificando la medida como un *deber del soberano*,

¹¹ Adam Smith consideraba que dentro de un marco de justicia, las actividades empresariales fungían como motor del progreso económico siempre y cuando no se desarrollaran monopolios y la libre competencia funcionara equitativamente.

una obligación que se encuentra envuelta por la necesidad de crecimiento de una nación, debido a esto, el estado debe *ofrecer* inversiones de infraestructura pública que potencian el desarrollo de los mercados de una nación.

En el caso de nuestro país, la seguridad social, fue impulsada por el gobierno mexicano como una forma de integración de las organizaciones trabajadoras al modelo productivo en desarrollo. El pensamiento de Smith, bien puede darnos la pista del por qué la seguridad social comenzó por ofrecer cobertura a personas empleadas en el mercado formal de trabajo comenzando con las fuerzas armadas y la burocracia, para después extenderse hacia los trabajadores de la iniciativa privada, y en última instancia se intentó extender la cobertura hacia las actividades de agropecuarias y de autoconsumo y finalmente hacia los segmentos sociales marginados¹².

Lo anterior, explicaría el porqué de la segmentación de los sistemas de salud en muchas partes del mundo, especialmente en nuestro país.

Siglos más tarde, sería Pigou (1920) quien se referiría a la economía del bienestar como una concepción teórica donde el *estar bien* en las personas es producto del crecimiento económico y la intervención del estado, dándole una visión *micro y macroeconómica* al efecto que la *renta nacional* tiene en una sociedad, haciendo énfasis en el papel de la distribución de la riqueza, ya que no siempre el interés privado (representado por la empresa) sería capaz de culminar en una optimización del bienestar social, por lo cual, el estado debe intervenir fiscalmente ofreciendo incentivos o gravando la operación de empresas que desatienden algunos costos con efecto e impacto social dentro de su operación.¹³ Sin embargo, Pigou no hace referencia a la intervención estatal directa, a través de la empresa pública, sería Keynes quien plasmaría un puente entre las ideas de Smith y Pigou avanzando en la figura del estado como interventor en la economía. Keynes (1935)¹⁴ aprecia la participación estatal como un medio de fomentar la demanda y apoyar el crecimiento empresarial. De esta manera, la acción estatal invierte donde los particulares no tienen interés, ya sea debido a los altos niveles de inversión requeridos y/o debido al bajo ritmo de recuperación de la inversión realizada. Por consiguiente, el papel del estado es de un promotor económico. En este punto, habría que comprender a la seguridad social como un producto social centralizado en el estado y que posee dos vertientes: la reconstrucción de la nación y el fomento de su desarrollo, tal y como lo fue en Europa y en México respectivamente.

A manera de refuerzo de la posición económica de Keynes acerca del papel del estado en la economía, Myrdal otorga un papel preponderante al estado y su gobierno en las condiciones mundiales. Para Myrdal (1960) del período del *estado benefactor* deriva la

Además ahí donde las empresas no participaban, la labor del estado era incentivar a través de inversiones los caminos por donde transitara la inversión privada, la condición necesaria de esta actividad era servir a la nación y específicamente al empresario nacional para desarrollar más actividades y por tanto dar más empleo y generar riqueza, evitando nuevamente los monopolios naturales o por concesión gubernamental.

¹² Keynes (1972) es muy claro en su posición acerca de la actividad estatal y es que esta es necesaria cuando el ciclo económico ha marcado una etapa de crisis, ya que la acción estatal es fundamental para reactivar la economía a través del gasto público y para la etapa posterior a sus ideas se hablaba específicamente del gasto social.

¹³ *Es indudable que a la ininterrumpida sucesión de crisis internacionales (las guerras mundiales, la caída del patrón oro, etc.) del último medio siglo, toca la mayor responsabilidad del aumento incesante del volumen de la intervención del Estado... la guerra fría ha sido continuación de ese estado.* (Myrdal: 1960)

¹⁴ Como lo sugiere Mueller (2013) durante la dirigencia de Bismarck la influencia sobre el pacto social que significó la seguridad social fue una especie de pilar para estructuración del imperio alemán basado en el modelo político austriaco y que culminara con la incorporación del apoyo gremio trabajador, a las decisiones políticas del canciller Bismarck a cambio de proveer al pueblo de una legislación de cobertura no solo de servicios de salud y cuidados sino de pensiones y otros beneficios más que eran financiados por el empresario, el trabajador y el estado en última instancia.

existencia de: i) *cambios en la distribución del ingreso*, ii) *la influencia de las finanzas públicas sobre los negocios* y iii) *el direccionamiento de la economía nacional*.¹⁵

Unos años más tarde Furtado (1964) refuerza estas proposiciones al referirse a los cambios en la organización de la producción, misma, que tras las guerras mundiales pasaron del mercado a las manos del estado y que recientemente existe una pugna por re-establecer las instituciones mercantiles. Los cambios más notables se presentan en aspectos, tales como: i) *La Distribución del producto*, que en este caso, se modificó con la aparición del gasto social y que ahora se desea reducir en un intento de ajuste salarial; ii) *La conformación del poder y la distribución de la carga impositiva*, estos elementos son muestra del reposicionamiento de una clase social sobre otra; y finalmente, iii) *la transformación de la oferta de bienes y servicios*, así como *la respectiva liberalización o movilización de la mano de obra* que pasó de productores primarios a trabajadores industriales y de servicios con su debida concentración urbana, lo que da cuenta de la necesidad del estado en la regulación de estos procesos, y que a su vez, dio origen a las organizaciones gremiales y corporaciones laborales que cambiaron el rostro del capitalismo.

En conclusión el papel del estado en la economía es una postura ligada a los vaivenes históricos donde los países alcanzan un estadio mayor de desarrollo económico con la intervención gubernamental, producto de esta acción es el modelo de la Seguridad Social como un esquema de provisión de servicios de salud auspiciado por la etapa del *Estado del bienestar*¹⁶ y llevado a su máximo durante el periodo del *Estado benefactor*¹⁷, donde la respuesta social resulto ser una redistribución del ingreso en la forma de gasto social, dando origen a su vez a modelos de salud integral a escala nacional en países avanzados, y para naciones en vías de desarrollo, modelos segmentados y no siempre de alcance total.

Como veremos en el siguiente capítulo *la universalización* de los sistemas de salud se presentará como manifestación del cambio económico mundial. Esta situación, está condicionada por las características de cada nación y en específico de la fortaleza de las instituciones existentes en cada sistema de salud, ya que dentro del re-direccionamiento hacia la liberalización de mercados internacionales cada país es más susceptible a modificaciones industriales y/o financieras, según sean las ventajas que ofrece la explotación de las actividades en manos públicas.

2.3 El mercado y la universalización de los servicios de salud

Dentro de la vertiente neoclásica, la propuesta de Pigou dio paso al desarrollo de enfoques que consideran la intervención del estado como un auxiliar del mercado. Martínez (1999) describe varias vertientes de esta concepción, existe por ejemplo: *la teoría de la elección pública*, cuyo enfoque sostiene la predominancia del mercado como la institución más eficiente en la asignación de recursos (el equilibrio de Pareto fue una de las bases más sólidas de estos enfoques), ya que de acuerdo a esta rama de pensamiento, aun cuando el mercado

¹⁵ Es indudable que a la ininterrumpida sucesión de crisis internacionales (las guerras mundiales, la caída del patrón oro, etc.) del último medio siglo, toca la mayor responsabilidad del aumento incesante del volumen de la intervención del Estado... la guerra fría ha sido continuación de ese estado. (Myrdal: 1960)

¹⁶ Se hace referencia al *Estado de Bienestar* como una categoría que abarca el periodo previo de guerras mundiales hasta el lapso correspondiente a la reconstrucción de Europa donde el gasto social tenía el fin de integrar a la sociedad fuera de la economía de guerra.

¹⁷ Se hace referencia al *Estado Benefactor* como una categoría que abarca el periodo comprendido entre 1960 y finales de los setenta donde el gasto social tenía la dirección de acompañar la política económica en la búsqueda del crecimiento interno y el reforzamiento social como estrategia de fortalecimiento de los factores de la producción.

presenta fallas, no hay fundamento que confirme que el estado lo haga mejor, ya que las decisiones personales poseen un elemento racional tan poderoso que conduce al sistema completo al equilibrio; otra vertiente es la del Neo-institucionalismo del estado, una corriente donde dicha institución, se apega más al papel de un regulador y garante de los contratos legales, lo que representa una vertiente donde el gobierno es un elemento endógeno en la economía. El resultado final, es una segunda fase de la denominada teoría del bienestar, una nueva versión que concede el papel primordial al mercado y relega el rol del gobierno a un complemento subordinado a tareas de regulación.

A finales de la década de los setenta y a lo largo de la década de los ochenta, la teoría neoclásica comenzó a dominar todas las actividades en el mundo. De acuerdo con Guttman (2009), el cambio en el sistema financiero internacional junto con el pensamiento de liberalización económica, transformó los criterios de fondeo del gasto gubernamental, sus políticas sociales y en consecuencia, el papel que desempeña el estado dentro de la provisión de servicios de salud de cada país.

A partir de entonces, se trata de evitar el déficit público por endeudamiento, además se llevan a cabo procesos de descentralización administrativa que reorganizan los servicios públicos y promueven la privatización de empresas estatales como base de una solución a las crisis que se estaban gestando.¹⁸

En forma concreta, los objetivos planteados para la nueva estructura se resumen en: i) *la desregulación de las actividades financieras, comerciales e industriales*¹⁹, ii) *la apertura de los nichos de mercado controlados por el monopolio gubernamental a particulares*, iii) *y la reducción del tamaño del estado en la economía, así como de su capacidad de intervención*²⁰.

La Organización Mundial de la Salud²¹ recomendó la consecución de ciertos objetivos que garantizarían la cobertura total de la población²² y que a su vez empataban con la tendencia neoliberal de eficiencia y reducción de costos²³.

¹⁸ *La crisis del dólar de 1973 y 1979; la crisis de deuda de los países menos desarrollados en 1982-89; el colapso del mercado global de 1987, la cercana desintegración del sistema monetario de la unión europea en 1992-93, el colapso del peso mexicano en 1994-95, y la crisis asiática de 1997-98.* (Guttman: 2009)

¹⁹ La desregulación financiera involucró la apertura de nuevos instrumentos de inversión financiera como los derivados y la apertura y desarrollo de mercados especializados para comercializar estos nuevos productos como fuentes de beneficios sin barreras de restricciones o fiscalizaciones, la desregulación comercial se efectuó a través de la conformación de bloques comerciales y el impulso a organismos internacionales y sus tratados que beneficiarían el intercambio mundial y regional, la desregulación industrial, se llevó a cabo con el desarrollo de las empresas transnacionales a los niveles de las manufacturas flexibles a escala mundial complejos industriales que se trasladaron al mundo subdesarrollado modificando las estructuras económicas como el empleo, la distribución del ingreso etc.

²⁰ Ayala (2001)

²¹ Este organismo estableció los principios básicos de atención primaria esbozados en Alma-Ata en 1978: acceso y cobertura universales en función de las necesidades y equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social (OMS: 2005).

²² La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de Salud para todos en el año 2000... En el documento de Alma-Ata: se postula al nivel de asistencia como un enfoque global de la política sanitaria y el suministro de servicios. En los países de ingresos altos y de ingresos medios, la atención primaria se entiende sobre todo como el primer nivel asistencial. En los países de ingresos bajos se considera más bien como una estrategia de todo el sistema

²³ *...Durante las últimas décadas, como consecuencia de diversas presiones políticas y económicas, la mayoría de los países latinoamericanos efectuaron reformas en el sector salud encaminadas a su descentralización y privatización. La crisis económica que empezó en la década de los ochenta originó que los gobiernos de México y otros países de medianos y bajos ingresos no pudieran pagar su deuda externa. El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) presionaron a los gobiernos a fin de que realizaran ajustes estructurales que exigían la reducción del gasto en educación, salud y otros servicios sociales a través de reformas sectoriales; de no hacerlo, estas dos instituciones no estaban dispuestas a conceder más préstamos. Posteriormente otros organismos financieros y agencias bilaterales apoyaron estas propuestas. La descentralización permitiría a los gobiernos centrales pasar la carga financiera de los servicios sociales a otras subdivisiones administrativas, ya fuesen estados, regiones, provincias o municipios...* (Homenedes: 2011).

Actualmente los modelos sanitarios están en una etapa donde predomina la prevención y el tratamiento individual como pautas fundamentales dentro de los protocolos médicos. En consecuencia, el individuo debe recurrir al mercado para la provisión y financiamiento de los servicios médicos. En lo que se refiere a la esfera financiera, el financiamiento de los gastos de enfermedad puede enfrentarse haciendo uso de los esquemas mutualistas comerciales y explotando al máximo la tecnología y experiencia de la iniciativa privada, además en una situación de competencia la fijación de cuotas y tarifas se ajustará de forma natural haciendo innecesaria la costosa burocracia gubernamental. Este proceso permite adaptar el precio de los tratamientos, cuya influencia evita el derroche de recursos al aumentar la participación del paciente en el financiamiento de sus tratamientos.

En la década de los noventa, el Banco Mundial en su reporte *Invertir en Salud* (1993) hizo énfasis en la importancia que posee la reorganización de los servicios de salud. La propuesta medular se basa en un modelo de salud que es conocido como *salud administrada*²⁴. Uno de los pensadores más representativos es Enthoven (1988), cuyo enfoque principal se encuentra en el uso de protocolos para la *atención primaria* y la *conformación de fideicomisos* especiales, agilizando así servicios y financiamiento con una mayor cobertura. Este modelo que en Estados Unidos dio origen a las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud²⁵ es ejemplificado perfectamente por Warner y Luce (1995) quienes señalan la influencia que la perspectiva de los pensadores estadounidenses tuvieron sobre los preceptos del análisis económico para fortalecer la propuesta de mercado en los servicios sanitarios hacia el interior de los organismos internacionales:

...La existencia de un alza acelerada en los costos de los servicios médicos en Estados Unidos ofrecieron como resultado de la búsqueda de aminorar los costos y aumentar la eficiencia un método de evaluación que refuerza la postura de la OMS y el BM, así como del FMI respecto a hacer más eficiente el desempeño del sector público a niveles del mercado, ya que la participación del gobierno en los gastos de salud aumentó de 10.5% en los sesenta a 40% en los setenta a causa de los programas públicos de Medicare y Medicaid... (Warner y Luce: 1995)

Esa visión acerca de que la intervención estatal es responsable del alza de los costos en el sistema de salud norteamericano ha conducido a diferentes propuestas en Latinoamérica, mismas que contemplan una serie de recomendaciones de austeridad y liberación económica al interior de los sistemas de salud en cada país. Por lo que respecta a Latinoamérica, Londoño y Frenk (1997) profundizan en una variante de la propuesta norteamericana mejor conocida como *pluralismo estructurado*²⁶, que en la actualidad se aplica en Chile y Colombia. Esta perspectiva está basada en la conformación de fondos públicos provenientes del sistema de recaudación de cuotas por parte del estado y que llevadas hacia una administración privada son capaces de proveer una red de financiamiento eficiente dentro del marco de conformación de un mercado competitivo de servicios de

²⁴ En 2005 La OMS aprobó una resolución sobre "Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad". Su análisis y propuestas se organizan en tres ejes que son: la recolección de fondos, la administración de fondos y la compra de servicios, o sea, los ejes del esquema de compra-venta de servicios (*payer-provider split*) o la competencia administrada (Enthoven, 1988).

²⁵ Health Maintenance Organizations, (HMO) por sus siglas en inglés

²⁶ *El pluralismo estructurado: consiste en separar las funciones de regulación-modulación, de administración de fondos-compra de servicios y de prestación de los servicios. La regulación se ejerce a través de la formulación de la política general de salud, la expedición de reglamentos y de la normatividad de carácter obligatorio para todas las instituciones, públicas y privadas. En el caso de México, por ejemplo: la responsabilidad de la seguridad sanitaria quedaría en manos del Ejecutivo Federal por vía de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) como órgano desconcentrado de la SSA pero cuyo comisionado es nombrado directamente por el presidente. (Laurell:2001)*

salud. Para la constitución de este mercado se vuelve necesario cumplir con ciertos requisitos, tales como: la liberalización de los segmentos poblacionales atendidos por el gobierno, la estandarización de los servicios, a través de la modificación de los protocolos de atención médica y la homologación de tarifas, y la regulación de los participantes de carácter privado. Dichos participantes, conocidos como *Organizaciones Proveedoras de Salud* compiten por captar pacientes según las expectativas de cada organización.²⁷

El modelo de salud administrada y el pluralismo estructurado son producto de la influencia ideológica del neoliberalismo, ambas visiones, basan sus recomendaciones en el sentido de contrarrestar los crecientes costos que tiene la atención de la salud como producto del cambio en el marco de morbilidad, así como de la revolución tecnológica en la detección y tratamiento de enfermedades. En este sentido, podemos hacer notar que la ideología de mercado, apoyada por el avance tecnológico han marcado la secuencia de cambio y adaptación de los modelos de salud en concordancia a la nueva división social del trabajo, misma que exige una flexibilidad laboral mayor y el desarrollo de nichos de negocio de carácter financiero y de inversión productiva. Shumpeter (1944) mencionó que *la innovación, es el mecanismo de cambio del sistema capitalista y esta se manifiesta cuando el empresario es portador de dicho mecanismo*. Esto puede interpretarse como el efecto que la globalización financiera y comercial produjeron en la nueva forma de acumulación de riqueza, un efecto conocido como: la producción internacional manufacturada y la *financiarización*.²⁸ Las consecuencias en los sistemas de salud a raíz de este cambio fueron dobles: por un parte, el ajuste de los presupuestos exigió una reconfiguración del gasto público social; por el otro lado, y a manera de ejemplo, los nuevos instrumentos financieros alcanzaron al sector de las pensiones (una fuente financiera de los sistemas de previsión y seguridad social).²⁹ También los servicios de salud fueron objeto de recomendaciones por parte de los organismos internacionales, quienes atendían medidas paliativas ante las crisis mundiales.

Finalmente podemos mencionar que, si bien los modelos de seguridad social y asistencia pública se desarrollaron y fortalecieron en un periodo de la historia donde las fallas del mercado fueron evidentes y el sector público fortaleció su intervención. Actualmente, tras los últimos 30 años de economía de mercado en el mundo, la competencia por espacios de acción entre el capital privado y la restricción del ejercicio presupuestal redimensionan las conformación de los sistemas de salud.

El paradigma de la suficiencia de los recursos y sus sostenibilidad, no está siendo atendido en forma consistente si contemplamos que los protocolos de atención primaria son la base médica que sustenta la propuesta de reforma universalista en un mundo cuyo perfil de morbilidad va más allá de la prevención y requiere de la curación y tratamiento para una gran parte de la población que depende de una adecuada redistribución del ingreso para solventar sus enfermedades y padecimientos.

²⁷ En el capítulo dos, veremos los resultados de estos modelos en los distintos países de estudio.

²⁸ Para Shumpeter el cambio económico a través de la innovación se gesta bajo cinco condiciones: a) Introducción de un nuevo bien, b) introducción de un nuevo método de producción, c) Apertura de un nuevo mercado, d) Conquista de una nueva fuente de aprovisionamiento de materias primas, e) Creación de una nueva organización de cualquier industria (creación o anulación de un monopolio)

²⁹ La relevancia creciente de los mercados financieros y el rápido crecimiento en muchos países de los inversores institucionales canalizado el ahorro de los hogares en estos mercados... sirven de fondo a un proyecto político de transferir la responsabilidad de importantes funciones sociales del Estado hacia el mercado... hay una fuerte conducción hacia limitar o reducir la responsabilidad pública en ambos sectores, la salud y las pensiones, y convertir a los hogares en usuarios privados de compañías aseguradoras y administradoras de fondos de pensión, tomando una parte amplia de la responsabilidad del sector público. (Grah: 2013)

Asistencia Primaria de Salud (APS)³⁰: se define como *asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.* -Asistencia básica, universalidad y sostenibilidad presupuestal-. (Jiménez: 1990)

2.4 Crítica al modelo universalista

Como se observó en el apartado anterior los postulados del modelo de mercado proponen una conducta macroeconómica de *austeridad* en el presupuesto gubernamental, una descentralización administrativa que permita el desahogo del presupuesto federal y una mayor eficiencia en el uso de recursos públicos. Sin embargo, estas políticas que persiguen una nueva forma de incentivar el crecimiento económico, han repercutido de forma negativa en el modelo de salud de la seguridad social, provocando una mayor segmentación en la provisión de los servicios. Por una parte, el presupuesto se ha redirigido hacia la asistencia sanitaria, una modalidad que permite cimentar el desarrollo del modelo universalista de salud, por otra, la transición exige debilitar la estructura institucional existente y modificarla, el problema de este cambio es que se basa en el desprestigio y la ineficiencia del modelo previo. De esta forma, el modelo de salud y la política macroeconómica están ligadas al éxito de la austeridad y la descentralización como elementos básicos de la expansión de los mercados.

Existen críticas hacia la austeridad como política económica y de sus efectos hacia la seguridad social, por ejemplo, Calcagno (2012) comenta que la austeridad adhiere un impacto negativo a la recuperación de las economías. “Las políticas de austeridad están mal enfocadas ya que esto es una crisis financiera no fiscal...La austeridad se enfoca en un síntoma de crisis no en sus causas”. Lo que el autor nos refiere es un problema que se transfiere del ámbito macroeconómico hacia el modelo de salud impactando la estructura financiera del modelo de atención sanitaria y por supuesto su desempeño.

Considerar la austeridad y no la disminución del desempleo como punta de lanza de la política económica conlleva serias consecuencias al modelo de salud mexicano, ya que esto impacta en la distribución del ingreso en forma directa e indirecta es decir, la disminución de las condiciones de vida de la población en general hacen cada vez más necesario el gasto social como un elemento imprescindible en el ámbito de una sociedad, esta situación provoca una mayor dependencia de las finanzas públicas y en consecuencia la austeridad presupuestal actúa como un elemento adverso del ingreso nacional y del gasto social, haciendo vulnerables a las economías familiares e incluso a la economía nacional ante las recurrentes crisis financieras de carácter internacional. Minsky (1996) también se manifiesta en contra de la política de austeridad,³¹ ya que de acuerdo con el autor, el impacto que tiene

³⁰ Este sistema de atención consiste en suplir los servicios de atención ambulatoria, es decir servicios reactivos por un esquema de servicios preventivos, que permita aminorar el número de tratamientos costosos, dado el nuevo marco de morbilidad en la población mundial y lo costoso de los tratamientos desarrollados con tecnologías de punta que resultan altamente onerosos. Sin embargo, en sentido estricto se está supliendo una gama de servicios médicos completos por una base de atención médica que permita financieramente ampliar el espectro de atención a la población excluida de los servicios médicos, en lugar de ampliar la base y cuantía de las aportaciones para aumentar la cobertura sin sacrificio del número de tratamiento a que tenga acceso un paciente. Como veremos en el siguiente apartado esta tendencia tiene varias críticas al respecto.

³¹ Huerta (2012) ratifica los aspectos negativos del modelo de austeridad al declarar que: *...El contexto de la globalización afecta el manejo soberano de la moneda y de la política económica, mientras que la estabilidad monetaria-cambiaría, favorecen a los mercados financieros internacionales. No se tiene política económica que impulse un crecimiento endógeno auto-sustentado y menos vulnerable del exterior, que construya un poder económico, que le garantice seguridad económica. No sólo se ha relegado la prosperidad económica y los objetivos de empleo y bienestar de la población, y se ha creado un*

el accionar del gobierno para contrarrestar los episodios de las crisis financieras en la economía apoyándose en el gasto social es muy importante, especialmente en lo que se refiere al efecto de los programas de empleo y salud.

...Un Gran Gobierno, con su potencial para la dosificación en déficits masivos, pone un piso alto, contra el potencial del espiral descendente de la economía. Aunque este piso es importante en sí mismo, es particularmente importante en un mundo con empresas y hogares endeudados porque los beneficios brutos y el ahorro de los hogares es esencial para validar dicha deuda... (Minsky: 1996).

El piso alto al que hace referencia Minsky son las prestaciones sociales, una forma de distribución del ingreso en especie, que permite que el potencial de demanda de un país se mantenga, a través de la prestación de estos servicios cuando la liquidez es un problema en las familias y las empresas. Una de estas contribuciones al ingreso está claramente cimentada en la seguridad social y la asistencia pública, como amortiguador de los efectos adversos en el ingreso de las clases bajas y que permiten que el nivel de consumo no descienda demasiado en momentos de recesión³².

En este punto podemos deducir que uno de los mayores problemas del modelo de atención médica universalista es que este modelo, obedece más al proceso de liberalización económica y financiera, relegando las necesidades de atención a un segundo plano. Un antecedente inmediato de este tipo causalidades encuentra en la privatización de los fondos de pensión, los cuales se usaron en la búsqueda de opciones para obtener beneficios³³, como lo ha indica Grahl (2013).

...El informe del Banco Mundial (1994), ha sido muy influyente en los debates políticos sobre la financiación global argumentando que el envejecimiento de la población haría presente la dependencia de la mayoría de los países occidentales hacia un sistema público de reparto insostenible. Dada la proporción de jubilados inactivos sobre la población ocupada, relación que se deteriora paulatinamente, la solución recomendada era trasladar la responsabilidad fuera del Estado hacia el mercado: las pensiones capitalizadas, con base en los activos acumulados por los hogares y negociables, a través de los inversionistas institucionales, lo que podría compensar la insuficiencia prevista de la prestación pública en el futuro... Todo el argumento se basa en una masiva reclamación de los financieros acerca del principio de producir recursos negociables, mismos que no pueden movilizarse, a través de los sistemas de pensiones de reparto público existentes. Para subsanar esta barrera, la innovación financiera se hizo presente con el uso de los fondos de inversión de pensiones dentro de los sistemas de capitalización individual (Grahl: 2013)

Debido a lo anterior, el debate entre el uso del *modelo de seguridad social* que pertenece a una etapa caracterizada por el impulso del proceso industrial y el empleo formal con beneficios laborales, se confronta ahora con los problemas de capacidad de cobertura y financiamiento, todo ello, dentro de un marco de creciente empleo informal y sub-contrataciones. Debido a esta discusión, se ha dado pauta a las recomendaciones que hace la

contexto de alta dependencia de la entrada de capitales, y creciente vulnerabilidad externa, y en un clima de incertidumbre en torno a la dificultad de superar tales problemas.

³² Entiéndase que una propuesta socializada va más allá de los servicios de salud, tal y como la seguridad social lo expresa al ser una gama de servicios de salud y previsión social que integran los beneficios del cotizante en un sistema de aseguramiento y afiliación aunado a un régimen laboral específico.

³³ *Los fondos de pensiones privados son una característica reciente del sistema financiero mundial, que coincide con los cambios institucionales ocurridos en los años setenta (Sigh: 1996), y con la dominación de instrumentos financieros no bancarios que incrementó drásticamente la liquidez financiera mundial y modificó el comportamiento de los agentes financieros (Chick: 1992) citados en (Correa y Girón: 2006)*

Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁴. Sin embargo, como lo menciona Cárdenas (2013) la propuesta de la OMS hacia los sistemas nacionales de salud se basa en tres elementos básicos íntimamente relacionados con la demanda estructural del modelo de mercado, lo que representa más una medida altamente relacionada con el aspecto mercantil que con la mejora de los servicios de salud de en los organismos pre-existentes³⁵:

1) La Universalidad como mecanismo de cumplimiento en cuanto al derecho de acceso a la salud; 2) *La atención primaria* como respuesta a los problemas de financiamiento de recursos para solventar las demandas de salud dentro del marco de una cobertura total; y 3) la *atención centrada en el individuo*, concepto que legitima el uso de sistemas de contribución individualizada. Esta última, permite la inclusión de prestadores de servicios y financiamiento privado como opción ante la problemática financiera producto de las crisis internacionales.³⁶

Para América latina estas recomendaciones impulsaron una serie de cambios en los sistemas de salud, en particular se hace referencia a dos grandes fases de cambios o reformas como consecuencias del modelo universalista en Latinoamérica, las cuales son mejor conocidas como reformas de primera y segunda generación:

Las reformas de primera generación sucedieron en la década de los ochenta, dichos cambios en materia de salud consistieron en impulsar la descentralización de los servicios públicos de salud, entre ellos el establecimiento y regulación federal para con la provisión de servicios de salud que impartirían los gobiernos locales, es decir, un combo de cambios legales en la dirección de facilitar un modelo organizativo y de gestión que permita el establecimiento de redes de cooperación y la construcción de medidores. Por otra parte, la expansión de la seguridad social se debilitó al verse incrementados el trabajo informal y la subcontratación como piezas clave del nuevo modelo económico.

Las reformas de segunda generación tuvieron como objetivo establecer los protocolos de atención primaria bajo el marco de una cobertura universal, a la par de consolidar el funcionamiento de los cambios institucionales fomentados por las primeras reformas, es decir, cubrir los vacíos que la seguridad social no ha podido, y reorganizar el sistema de salud, a través de la aparición y funcionamiento de nuevas estructuras organizativas.

... Los elementos básicos de esta reforma de segunda generación serían: 1) Establecer un impuesto (directo o indirecto) etiquetado para salud a cambio de eliminar las contribuciones patronal, obrera y estatal al seguro médico de los institutos de seguro social; la propuesta ahorraría a los patrones alrededor de 120 mil millones de pesos tan solo en el rubro de salud. 2) Los nuevos recursos fiscales irían a un fondo único de salud que sería el comprador de servicios a los prestadores públicos o privados o, alternativamente, el intermediario para canalizar el dinero a administradoras-compradoras de servicios, públicos o privados, o sea a las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES)... (Laurell: 2013)

³⁴ OMS. Commission on Social Determinants of Health, 2008.

³⁵ Estas recomendaciones de la OMS han sido adoptadas en diferente cuantía y forma por los países desarrollados y en vías de desarrollo, por citar un ejemplo en los Estados Unidos se fomentó la asistencia social mediante programas focalizados (Medicare y Medicaid); en Europa, España reorganizó el sistema de salud, a través del establecimiento de los protocolos de atención primaria, y en América Latina, la adopción de estas recomendaciones se adecuaron a las reformas estructurales que recomendaba el FMI.

³⁶ Fuente: Cárdenas (2013) quien cita: *De acuerdo con la OMS, en su Informe sobre la Salud Mundial de 2000, los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud son: mejorar las condiciones de salud de la población; proteger a la población contra riesgos financieros y empobrecimiento debido al financiamiento del sistema; atender las demandas legítimas de la población. (OMS: 2007) http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf*

De acuerdo con Laurell (2013), los protocolos de atención primaria en materia de salud³⁷ constituyen una fórmula operativa para conseguir la viabilidad de la propuesta universalista. Sin embargo este cambio institucional que va de la seguridad social hacia la asistencia pública y termina consolidando la participación privada en las esferas de los servicios de salud, resulta insuficiente en la estructura financiera y en los objetivos de atención que plantea, ya que el aumento de la cobertura se gesta dentro de un escenario de desigualdad en la atención médica, donde la condición económica y laboral determinan el nivel y calidad de la atención recibida.

“...La tercera tarea del gobierno (Estado) sería hacerse cargo de acciones costo-efectivas mínimas dirigidas a aquellos que fracasan en conseguir los bienes de salud en el mercado, o sea los muy pobres. Para ello deberían definirse un Paquete Servicios Esenciales costo-efectivos, pero sin trastocar el mercado y la competencia. Los empresarios con fines de lucro deberían producir los servicios clínicos “discrecionales”, o sea los servicios excluidos del Paquete de Servicios Esenciales. En la redistribución de quehaceres le toca al Estado el papel regulador y de subsidiar a los pobres, mientras que a las empresas les toca prestar los servicios clínicos o “discrecionales” compitiendo entre sí por los pacientes. Se perfila además la tarea de administración de fondos para la compra de servicios ya que es necesario crear fondos de salud para que la demanda sea efectiva, o sea, respaldada con dinero...” (Laurell: 2013)³⁸

El panorama que Laurell plantea tiene que ver con un mercado de servicios de salud que compite por la demanda potencialmente rentable, la problemática de este modelo mercantil surge de varios frentes que van desde el aspecto financiero, hasta la estructura del mercado y sus instituciones, ya que el financiamiento principal de los servicios de salud son a través de contribuciones obrero-patronales, mismas que han sido reducidas por la tendencia a la flexibilización del empleo, lo que reduce la solvencia de gran parte de la población objetivo entre otros factores que amenazan con frustrar el potencial del mercado que se ha estimado. Además, Narro (2005) resalta que *los servicios privados de salud (atención curativa de tipo episódico), como tendencia creciente del modelo conocido como medicina administrada³⁹, generan una distorsión de la relación médico paciente y un predominio de los factores financieros y administrativos por encima de los de orden médico*. El planteamiento de Narro cobra mucha relevancia con respecto a lo enunciado a lo largo de este apartado, además permite ahondar en la parte financiera del modelo en transición ya que este vislumbra que la rentabilidad que ofrece el mercado potencial para las empresas privadas es lo suficiente mente amplia como para permitir una mejora en los servicios, pero los antecedentes del funcionamiento de este modelo muestran lo contrario. Franco (2012)⁴⁰ señala que tanto el planteamiento mexicano de la asistencia pública, como el colombiano con el pluralismo estructurado manifiestan el fracaso de esta tendencia privatizadora y que no se alcanzará el aseguramiento universal, ya que los principales obstáculos del acceso a los servicios médicos son el aspecto económico y geográfico, a este aspecto Laurell (2013) añade que el factor social en el análisis de los modelos de salud que debe ser identificado como elemento angular resaltando a *la pobreza extrema como determinante del exceso de morbilidad*. La investigadora resalta entre dichas causas *la extensión de la pobreza; la segmentación y*

³⁷ APS por sus siglas en inglés (Attention Primary Services)

³⁸ *Con la segunda reforma social el Banco Mundial propuso modificar la estrategia de protección social para transitar a la gerencia del riesgo social –inspirada en la nueva gerencia pública (Fleury: 2003) y de la noción de “pobreza” a la de “vulnerabilidad” (Cfr. Holzmann y Jorgensen: 1999) y (Holzmann, Sherburne-Benz y Tesliuc: 2003). Citados en Laurell (2013)*

³⁹ El término hace referencia al planteamiento de Enthoven (1988)

⁴⁰ Citado en Laurell (2013)

fragmentación de los sistemas nacionales de salud; la falta y desigual distribución de los recursos financieros, físicos y humanos en el sistema de salud; así como el recorte del gasto social, la depresión salarial y el crecimiento del empleo precario a raíz de los ajustes estructurales; entre otros factores. De igual forma Gutiérrez (2002) ubicó su tesis dentro de un contexto de desigualdad⁴¹ lo que podría enmarcarse como resultado de una diferencia en el desarrollo económico entre países industrializados y en vías de desarrollo, ya que se detenta la idea de una subordinación de las políticas mexicanas a la influencia de factores externos.

Es necesario destacar que ante la influencia ideológica del neoliberalismo en el mundo, las recomendaciones internacionales no son diferentes para los países, sin embargo las políticas aplicadas en cada uno y sus alcances dependen de sus propia estructura económica y social, lo que conlleva a resultados diferentes, especialmente en lo que atañe a los países latinoamericanos. Prebisch (1949) y Polanyi (1975) lo describían como una existente relación de dependencia con influencias socio-económicas entre centro-periferia.⁴² Esta relación priva en nuestro país con respecto a los Estados Unidos y a los países hegemónicos, por lo que dentro de un mundo *globalizado* deben tomarse en cuenta el condicionamiento de los términos de intercambio comercial, las políticas económicas y sus consecuencias en las políticas sociales como elementos determinantes particularmente hablando del efecto en los modelos de salud.⁴³

Autores como, Welti (2012) concluyen que “la demanda creciente más la relación de dependencia constituyen un obstáculo al desarrollo económico, pues exigen más recursos para el gasto corriente en detrimento del gasto para la inversión, por lo que las políticas deben apoyarse en la Seguridad Social y la Salud Pública”. Así también, Kumate (1992)⁴⁴ y Narro (1993)⁴⁵ recomendaron consolidar la seguridad social como la base de un sistema de cobertura total para el país, frente al avance que tiene la figura de la asistencia pública con participación privada.

⁴¹ Gutiérrez (2002), señala que el sector empresarial culpa a la informalidad de las micro y medianas empresas, destacando que esa evasión es el motor principal de la caída en la promoción de la afiliación del IMSS. Gutiérrez presenta cifras de 1997 con las cuales basa su argumento alrededor de la composición del nivel de ingreso de los afiliados al IMSS con datos tales como que el 70.1% de los trabajadores afiliados oscilaba entre 1 a 3 salarios mínimos; el 20% registraban entre 4-7 s.m.; el 6.9% de 10-15 s.m. y el último 3% presentaban ingresos de más de 20sm. Además de la Desigualdad salarial por región.

⁴² Kari Polanyi los enuncia como una relación entre países metropolitanos y periféricos bajo un entorno de dependencia muy similar al de Prebisch, pero con aspectos muy enfocados a las posibilidades de desarrollo que enmarca esta relación entre países, especialmente para Latinoamérica y el Caribe.

⁴³ Muchos autores coinciden en que el desarrollo de la pobreza es el más importante foco de morbilidad en países subdesarrollados como el nuestro, por ejemplo: Amartya Sen y Sadako Ogata, señalan que “las amenazas a la salud que están relacionadas con la pobreza se encuentran entre las grandes cargas de inseguridad” y que “la pobreza y la enfermedad configuran un círculo vicioso con consecuencias humanas y económicas negativas”. Citados en Narro (2005).

⁴⁴ ... las características del sistema mexicano de seguridad social en cuanto a atención de salud de la población derechohabiente hacen del mismo un modelo ideal para poner en práctica una auténtica e integral atención preventiva de fomento a la salud de la población. señalado por Kumate (1992). En Narro (1993).

⁴⁵ Parfraseando la posición de Narro respecto a la seguridad social podemos enunciar lo siguiente:...*como parte del planteamiento del problema basado en la plataforma IMSS oportunidades. ...los cambios demográficos, el nuevo patrón de morbilidad, (...) así como la necesidad de extender los servicios prioritarios y alcanzar la cobertura universal (...) dan pie y sustento a la necesidad de transformar y fortalecer el sistema médico-asistencial en la seguridad social. (...) de hecho son las instituciones de seguridad social el sitio adecuado para promover el diseño, la instrumentación y la evaluación de un sistema de cartilla de la prevención nacional. Una reforma al modelo tendría que traducirse en hechos concretos que fomentaran la productividad, la competitividad, la creatividad y la participación del personal en el sistema con mecanismos como: capacidad de elección del médico y del paciente, contar con una carrera médico-asistencial, un sistema de estímulos y reconocimientos, fórmulas de actualización, capacitación y desarrollo profesional con el objetivo de: extender la cobertura, evitar duplicaciones, un sistema administrativo ágil, simple, eficiente y subordinado a controlar costos de atención, evaluación de la calidad.* Narro: 1993. (Págs. 149-150.)

Como observaremos en el apartado siguiente en México las modificaciones del sistema de salud se han sucedido en forma paulatina, y han estado subordinadas a las necesidades del modelo de acumulación impuesto globalmente, ya que es claramente distinguible que a lo largo de tres décadas, el modelo económico, el mercado de trabajo, así como las instituciones rígidas pre-existentes de la seguridad social, han condicionado la velocidad de transición del sistema de salud mexicano a diferencia de otros países en América latina, lo que abre la oportunidad de adaptar el cambio en la forma más conveniente a la sociedad mexicana.

2.5 Condiciones actuales del sistema de salud mexicano

A diferencia de los países europeos en nuestro país el estado de bienestar se vivió prácticamente dentro del periodo conocido como el desarrollo estabilizador abarcando parte de los cincuenta hasta mediados de los setenta, durante este período el control gubernamental de la seguridad social determinó una cobertura parcial basada en las finanzas públicas y el crecimiento industrial. Ayala (1996) lo resume como un modelo que depende de 1) *Los patrones de gasto e inversión pública en el largo plazo*; 2) *La evolución de los ingresos públicos*, esto implica el uso de las cotizaciones tripartitas y del financiamiento tributario, ambos sustentados por la capacidad del estado en la recolección tributaria, y finalmente 3) *La estructura y composición de la deuda pública*, ya que el esquema financiero se sustentaba, a través del déficit público.

Para Guttman (1997) en esta etapa el estado y su gasto fungen como el motor del crecimiento bajo una perspectiva financiera que posibilita dicho accionar, llamándolo *régimen de dinero crediticio de posguerra*⁴⁶, el autor resalta, que esta característica permitió financiar cantidades suficientes de dinero en la forma de créditos accesibles durante el llamado *boom global* que abarcó la década de los cincuenta y sesenta. Para las siguientes décadas, el endeudamiento público se convertiría en la punta de lanza de la crítica al modelo del estado interventor, ya que la nueva ideología intenta demostrar que como cualquier otra rama de actividad productiva, los servicios de salud requieren de un sistema de oferta y demanda, así como, de un flujo financiero de recursos que les permita funcionar.⁴⁷

El objetivo de la transición que se ha gestado, lleva implícito una modificación de las estructuras institucionales creadas durante la etapa del modelo económico del desarrollo estabilizador, pues se considera que esta estructura es altamente costosa e ineficiente⁴⁸, por

⁴⁶ ...La combinación de bajas tasas de interés y la automática monetización de las deudas permitió un continuo financiamiento de gasto por medio de deuda, por lo que resulta fácil para los gobiernos, soportar el estado de bienestar por medio del déficit; para los negocios representó el impulso y sostén del fordismo como forma de producir; para la población un amplio poder de compra mediante el crédito y para la economía un rápido crecimiento mundial orquestado por las transferencias de capital - *the four pillars of the postwar boom*. (Guttman: 2009).

⁴⁷ Como lo describiera Furtado (1964) los cambios en la organización de la producción, que pasó del mercado a las manos del estado y que posteriormente se pugnaría por reestablecer las instituciones mercantiles, son cambios muy específicos en cada etapa, tales como: i) *La Distribución del producto*, que en este caso, se modificó con la aparición del gasto social y que ahora se desea reducir en un intento de modificación salarial; ii) *La conformación del poder y la distribución de la carga impositiva*, estos elementos son muestra del reposicionamiento de un a clase social sobre otra; y finalmente, iii) *la transformación de la oferta de bienes y servicios*, así como *la respectiva liberalización o movilización de la mano de obra* que pasó de productores primarios a trabajadores industriales y de servicios con su debida concentración urbana lo que da cuenta de la necesidad del estado en la regulación de estos procesos, lo que a su vez, dio origen a organizaciones gremiales y corporaciones laborales que cambiaron el rostro del capitalismo durante el período del estado benefactor.

⁴⁸ De acuerdo con el *Programa Nacional de Salud 2001-2006 la primera estrategia* del programa es: *Vincular la salud con el desarrollo económico y social*. Esto puede entenderse como el re-direccionamiento de los fondos públicos que se dedicaban a la seguridad social y que ahora se distribuyen prioritariamente hacia la asistencia pública, aminorando los costos de los programas sociales a través de una reducción de sus beneficios cambiando de una cobertura integral a una cobertura básica

ello se ha favorecido más la segmentación del sistema por sobre la modificación de la administración de la seguridad social⁴⁹.

Para el sistema de salud mexicano, el proceso de transición comenzó a fines de la década de los ochenta y aún sigue efectuándose. Este proceso, ha conformado tres segmentos de atención médica en nuestro país: El segmento de la *Seguridad Social*, el cual atiende a empleados formales y a sus dependientes; *la Asistencia Pública*, que es dirigida a las personas sin afiliación a la Seguridad Social, debido a su condición laboral, y *los Servicios Privados* que abordan a personas que no se atienden en ninguno de los dos segmentos anteriores, ya sea por decisión propia o por exclusión. La estructura financiera de estos tres segmentos existentes posee dos fuentes principales de financiamiento: el gasto privado y el gasto público, este último financia dos de los tres segmentos mencionados (la seguridad social y la asistencia pública).

Debido al nuevo esquema que plantea el neoliberalismo a través de la globalización, México adoptó la descentralización de los servicios públicos como una política básica en la transición perseguida, afectando a la seguridad social y a cada organismo dentro de este segmento con particularidades diferentes⁵⁰. Gutiérrez (2002) describe las modificaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como parte del plan nacional de desarrollo 1989-1994 hacia la modernización de la empresa pública, el cual estipulaba el cambio de un organismo centralizado a una descentralización de sus servicios en forma regional (7 regiones) con 36 delegaciones a cargo. El objetivo: modernizar la operación del IMSS, a través de nuevos modelos operativos en prestaciones médicas, sociales y en dinero⁵¹.

Respecto al ISSSTE, las reformas llegaron mucho tiempo después de los noventa, Laurell (2013) menciona que la reforma de 2007 tiene como propósito llevar al instituto hacia la adopción del paquete básico de servicios de salud, esto se realiza a través del establecimiento de un organismo separado del instituto que permita:

- i. *Hacer la evaluación financiera del seguro de salud*
- ii. *Fijar su techo presupuestal en función de los ingresos*
- iii. *Definir el paquete de servicios correspondiente a este techo*
- iv. *Transferir los recursos a los prestadores de los servicios, públicos y privados.*

En conclusión, como el empleo formal es el pilar financiero del modelo de seguridad social, es fácil comprender que a medida que la población aumenta, debe hacerlo también el empleo, y junto con él, las alternativas financieras para incorporar a la población que se

que empata con el objetivo de competitividad salarial y a su vez, mientras intenta atacar de forma focalizada a la pobreza, da pie a la creación de un mercado de servicios de salud. Para Laurell (2013) esto representa la continuación del *segundo eje de la reforma del sistema de salud*, que fracasó parcialmente en los noventa y que tiene como objetivo separar la administración del fondo de salud y la prestación de los servicios para introducir la competencia y el “subsidio a la demanda”

⁴⁹ Laurell (2013) señala que el modelo de *competencia administrada* o *pluralismo estructurado* es la meta de esta transición, donde el capital financiero está pendiente de la administración de los fondos públicos.

⁵⁰ En 1989 se adoptaron las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en cuanto a los nuevos sistemas de administración de los servicios de salud y se incorporan los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como modelo de descentralización y atención más eficiente, la transición del modelo de seguridad social hacia el de asistencia pública había comenzado.

⁵¹ *En su Informe de Labores (IMSS, 2011b: II), presentado ante el Consejo Técnico, el director del IMSS hace explícito que se pretende establecer tres ámbitos operativamente independientes dentro del instituto con vistas a preparar el IMSS para formar parte del “Sistema Integrado de Salud” en el contexto de la cobertura universal. Estos son: i) el aseguramiento, ii) la prestación de servicios y iii) la recaudación. Este eje consta de tres componentes: La portabilidad del seguro médico, La convergencia de los servicios de salud y El desarrollo del mercado de salud (IMSS, 2011b: VI-VII, citado en Laurell: 2013)*

encuentra en informalidad laboral, también se necesita evitar la evasión en el registro de aportaciones y mantener los tabuladores indizados al salario base de cotización. Sin embargo, como lo muestra Laurell (2013) en un análisis sobre el segmento de asistencia pública representado por el programa del Seguro Popular (SP): El programa no solo ha desplazado a la seguridad social, sino que ha segmentado aún más al sistema de salud.⁵²

En lo que respecta al segmento de Asistencia Pública, Gutiérrez (2002) menciona que con la reforma de salud de mediados de la década de los noventa se adopta el esquema de *atención primaria (APS)*⁵³, y se lleva a cabo la descentralización del gasto y de los servicios. De esta forma, para solventar el vacío del esquema de seguridad social entre 1998 y 1999 se genera la creación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) con un uso discrecional de fondos con excepción de los etiquetados para la nómina de los empleados, con ello se daría origen al Seguro Popular en el año 2000 y se contaría adicionalmente con un soporte económico mediante la conformación del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC).

Con la aparición del Seguro Popular se posibilita la atención a las personas que se encuentran fuera de la cobertura de la seguridad social, a través de un paquete básico de atención parcial que cuenta con “255 tipos de intervenciones, 307 tipos de medicamentos, lo que da cobertura de 1500 enfermedades aproximadamente, ofreciendo tratamiento en el primer nivel de atención al 100%; en el segundo nivel se financia a un 95% de los padecimientos y en casos excepcionales el tercer nivel es financiado en un 60% cubriendo aquellas enfermedades denominadas generadoras de gastos catastróficos, a través, de la autorización de fondos del FPGC” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud: 2011)⁵⁴. Sin embargo como lo señala Barba (2010) no se cuenta con recursos fiscales garantizados en este programa, ni se establece con claridad el uso de los fondos y que tipo de servicios están incluidos previamente por lo que la atención queda a discreción de los funcionarios y las circunstancias del trámite.⁵⁵

El problema del programa del Seguro Popular no termina con la incertidumbre generada alrededor de su impacto en el gasto de bolsillo de las personas afiliadas o de la solvencia de eventos originadores de gastos catastróficos en materia de salud, sino también como lo señalan Barba (2010) y Laurell (2013) existe un problema financiero dentro de la institución:

...el incremento del presupuesto del seguro popular es inferior al costeo del paquete de intervenciones que se hizo antes de su instrumentación y la Auditoría Superior de la Federación calculó en 2007 que el déficit llegaría a 40 mil millones de pesos en 2010. A ello se añade que se observa un subejercicio sistemático de entre 10 y 20% y la canalización de mayores recursos que los legalmente establecidos a un fideicomiso donde se han acumulado unos 25mmdp... (Laurell: 2013)

⁵² “Por otro lado, de los 46% de la población no derechohabiente de la Ciudad de México, que se esperaría que utilizaran los servicios de la Secretaría de Salud, sólo 19% de ellos lo hacen. Además, son mayores las proporciones de niños y adultos jóvenes usuarios (cerca de 20%), comparados con los adultos y mayores de 60 años de edad (16 y 10%, respectivamente) que usan estos servicios”. (Gomes da Conceicao: 2002)

⁵³ El modelo de APS considera doce intervenciones básicas en los rubros de *atención a familias y medidas de prevención*: saneamiento, planificación, atención natal, nutrición, vacunas, diarrea, parásitos, infecciones respiratorias, tuberculosis, diabetes e hipertensión, accidentes y lesiones, y autocuidado. Además establece una serie de pasos en la administración de recursos humanos y materiales con base en la persecución de medidas de *bajo costo con alto impacto*. (Gutiérrez: 2002)

⁵⁴ Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2011), citado en Laurell (2013)

⁵⁵ Barba (2012) refiere 3 consideraciones importantes: En el área de enfermedades crónicas que dejan gastos catastróficos, solo se autorizó la atención de 205 casos con insuficiencia renal crónica pero no se atendió ninguno (CNPSS:2009), por su parte Cárdenas (2011) encuentra que entre el 70% y 90% de quienes recurrieron a los servicios ofrecidos por el SP utilizaron servicios asistenciales y que 5 de cada 10 afiliados asistidos por el SP tuvieron que realizar gastos no cubiertos por esa institución, lo que demuestra que los gastos de bolsillo continúan a pesar de la reforma.

Actualmente y según datos de la Comisión Nacional de Protección a los Servicios de Salud (CNPSS), el programa del Seguro Popular cubre a un 36% de la población mexicana mediante los Servicios Estatales de Salud (SESA). Así mismo, este segmento se encuentra fragmentado ya que cuenta con servicios prestados por los programas *IMSS-Oportunidades* y *Oportunidades*.

Cárdenas (2013), refiere que el Sistema de Protección a la Salud (SPS), operado por los Servicios Estatales de Salud (SESA) tiene entre sus objetivos establecidos en la Ley General de Salud parte de la descentralización de los servicios de salud al operar mediante la asignación del presupuesto estatal a través de los fondos descentralizadores de los ramos 12, 19 y 33. Sin embargo, este proceso ha sido incapaz de solventar las necesidades de cobertura total en el país, al grado que sus mejores cifras se concentran en las áreas urbanas e incluso estos servicios, contienen un alto índice de rechazo por problemas de calidad percibidos por los usuarios.

Por todo lo anterior, se mantiene la disyuntiva acerca de si el nuevo esquema de salud que ha desplazado a la seguridad social en los últimos 30 años está funcionando para responder al contexto de morbilidad y demografía que el país presenta, no solo porque ante una nueva gesta de enfermedades los costos de atención aumentan, sino porque los objetivos de los nuevos programas no logran disipar la vulnerabilidad causada por los niveles de gastos de bolsillo y gastos catastróficos que se argumentaban como factores agobiantes de la población.

La situación precedente aporta evidencias de la insuficiencia de los programas de Asistencia Pública, además que la problemática puede visualizarse como una pinza que aprieta por ambos lados, tanto por el lado de la provisión de servicios como por la demanda, ya que la falta de financiamiento se enfrenta a protocolos de atención y métodos de evaluación y curación altamente costosos, según Cordeiro: (1980), *en un mundo influenciado por los modelos de medicamentos exitosos o balas mágicas se impone una moda de atención curativa y especializada por sobre un patrón de prevención y autocuidado respaldado por la gestión de las instituciones públicas*.⁵⁶

Finalmente la esfera de servicios privados en materia de salud, se convierte en un segmento de gran trascendencia al el modelo objetivo de la transición que se está efectuando. Ya que actualmente los servicios de salud abarcan varias industrias y ramos económicos que en conjunto absorben entre el 3 y el 12 % del producto de una nación. Es necesario revisar la conveniencia que tiene para los agentes privados ya existentes en el mercado de que se transforme un mercado oligopólico existente en una modalidad competitiva. Lo anterior entraña modificaciones importantes en los ámbitos, médicos, farmacéuticos, mutualistas y financieros, tal y como señalan Himmelstein y Wollhandler (1990)⁵⁷, donde “los mecanismos de demanda efectiva en el mercado de salud se perciben como la constitución de fondos para el pago de servicios prestados lo que da pauta a la inversión financiera en la administración y control de dichos fondos junto con el negocio de las aseguradoras”.

En el caso de las empresas proveedoras de servicios de salud (la parte de los médicos), nuestro país se encuentra bajo una marco de competencia de tipo oligopolico, la provisión de

⁵⁶ “El modelo del pluralismo estructurado favorece, principalmente, al llamado complejo médico industrial que se compone por las empresas hospitalarias, la industria farmacéutica y de biotecnología –particularmente las nuevas vacunas– y de tecnología médica”. (Cordeiro: 1980 en Laurell 2013).

⁵⁷ Citados Laurell, A. C., 1994. La salud: de derecho social a mercancía. In: *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud* (A. C. Laurell, org.). México: Universidad Autónoma de México.

servicios de salud es altamente heterogénea y con nichos de mercado cerrados y altamente rentables para un número pequeño de empresas. Pese a esta situación, persiste la idea de cambiar el esquema de *mercado privado de provisión minorista de servicios de salud*, por un mercado con intermediarios institucionales que administren los recursos y su distribución y con ello controlar a los pequeños proveedores.

En lo que respecta a la industria farmacéutica, esta representa un pilar fundamental de cualquier modelo de salud, por ello su importancia dentro de la estructura de costos de un sistema sanitario es indiscutible. De acuerdo con Montalbán (2009) los efectos de la financiarización y la competencia en los modelos productivos de las compañías farmacéuticas han repercutido, a través del uso de las fusiones y adquisiciones con formas de mantener su operación.⁵⁸ Este fenómeno financiero, ha condicionado la operación de las farmacéuticas dentro de un modelo productivo que basa su rentabilidad en el avance tecnológico y la garantía de rentabilidad que ofrece el uso de patentes. De esta forma la estructura de costos de los sistemas de salud a nivel mundial son afectados en primer lugar por el precio de los medicamentos de patente, seguido por su estructura de costos, misma que es dependiente de las grandes inversiones en materia de investigación y desarrollo (I+D).⁵⁹

Las farmacéuticas enfrentan una problemática doble, por una parte, el modelo de negocio las ha llevado a hacer de las fusiones y adquisiciones la modalidad de crecimiento más rentable, abriendo las puertas de sus administraciones al fenómeno de la financiarización como medida de alta rentabilidad corporativa, por otra parte, se ha subyugado el proceso de atención curativa al desarrollo tecnológico y científico en lugar de los métodos preventivos, lo que ha dado relevancia total a los grandes descubrimientos farmacéuticos y a las patentes. El mecanismo financiero del que están haciendo uso las farmacéuticas las posiciona directamente como la influencia más grande en la economía mundial para los sistemas de salud.⁶⁰ Montalbán (2009) concluye en su estudio, que el modelo de *éxitos de taquilla* (Blockbuster) representó la opción más conveniente para las farmacéuticas por sobre otras estrategias para lograr competir en un ambiente financiero donde las fusiones y adquisiciones amenazan la supervivencia de los conglomerados farmacéuticos.⁶¹ De esta

⁵⁸ En realidad, la ola de fusiones inicialmente se inició en los EE.UU. en la década de 1980. Además, en la fusión de 1990 y la adquisición de onda incluso internacionalizadas. Las empresas europeas se adquirieron entre sí por sus socios vecinos. Empresas japonesas siguieron de la ola en la década de 2000 Pfizer y Warner Lambert o Sanofi-Synthelabo y Aventis fusiones en 2000 y 2004 son ejemplos (Leaver y Montalbán, 2010). Pfizer utiliza el flujo de caja generado por Viagra para adquirir Warner Lambert antes de que expirara su patente, mientras que Sanofi-Synthelabo lanzó un *hacerse cargo* contra Aventis en 2004, debido al riesgo de litigios sobre patentes de Plavix, uno de sus mayores éxitos de taquilla.

⁵⁹ Las tesis actuales explican los cambios de modelos productivos por la creciente presión de los inversionistas institucionales (Morin, 2006; Batsch, 2002; Pérez, 2003; Aglietta y Rebérioux, 2005), y de gestión de valor para los accionistas (Batsch, 2002, p.76 y p.93; Morin, 2006; Serfati, 2008). (Montalbán et al: 2009)

⁶⁰ Los modelos productivos basados en lanzamiento de productos de gran éxito de las grandes farmacéuticas se basan en una estrategia de beneficio que podría ser la combinación de innovación con el volumen y la flexibilidad. Es esencialmente sobre las rentas monopólicas creadas por los sistemas de patentes. Los Medicamentos Blockbuster representan la fuente esencial de los beneficios con el aumento de las cifras de ventas. (Ibid.)

⁶¹ A lo largo de la década de 1990, había en realidad dos experiencias alternativas en cuanto a modelos de producción: La primera consistía en diversificar en sí los servicios de salud, a través de adquirir Gerencias en Beneficio de la Farmacia (PBM), controlando el mercado a través del reembolso de medicamentos en EE.UU. lo que abre el camino a los productos estelares (Merck & Co, Eli Lilly y Smithkline Beecham son ejemplos). El segundo fue el modelo de la "ciencia de la vida". En este caso los grupos eran llevados a abandonar sus estructuras de conglomerado en Europa y en los EE.UU. para converger por primera vez en un modelo integrado de productos farmacéuticos, para explorar las sinergias de actividades, como la genómica, la biología molecular, la bioinformática y la HTS. En Europa, se sobreestimaron las sinergias entre estos dos campos y empresas como Aventis, Pharmacia, AstraZeneca, Wyeth y Novartis finalmente adoptaron el modelo de éxito de taquilla (Hamdouch y Depret, 2001). En Japón, el negocio farmacéutico ya se ha consolidado lo suficiente (Taggart, 1993), mientras que los niveles de I + D y el rendimiento innovador fueron más débiles hasta un periodo reciente (Henderson, et al., 1999). Citados en Montalbán (2009)

forma el autor pone de manifiesto que recientemente *las farmacéuticas se enfrentan a nuevos retos dados por el avance tecnológico y la disminución en la productividad de la I + D, lo que repercute en costos crecientes y una mayor presión sobre los precios, así como, influye sobre los reembolsos de los medicamentos de patente y una tendencia de los gobiernos a favor de los medicamentos genéricos*. Pese a que el nicho más rentable de las farmacéuticas siguen siendo los sistemas de salud de los países desarrollados⁶², La caída en la productividad de la investigación y desarrollo de medicamentos ha volcado a las farmacéuticas hacia la diversificación en el campo de los medicamentos genéricos, en productos tales como aquellos de venta al mostrador (OTC) o en vacunas para penetrar en los crecientes mercados de los países emergentes y para gestionar la erosión de las ventas de los productos conocidos como *éxitos taquilleros*.⁶³ Es en este punto que puede comenzarse a hablar del papel de las farmacéuticas en nuestro país y el resto de Latinoamérica.⁶⁴

Uno de los mayores retos a que se enfrenta la industria farmacéutica tras la legislación de los medicamentos genéricos en el mundo, es sobre los nichos de rentabilidad de su industria.⁶⁵ En nuestro país, el nivel de consumo de productos genéricos es muy extenso, debido a la legislación de medicamentos esenciales que impera en los servicios públicos.⁶⁶ Se trata de un programa que nació en la década de los ochenta, cuyo financiamiento se promueve, a través de fondos gubernamentales para atender enfermedades prioritarias⁶⁷, así como a la población pobre y desfavorecida.⁶⁸

⁶² En 2002 el valor del mercado mundial fue de 440 000 millones de dólares: 51% correspondió a Estados Unidos y Canadá (203 600 millones de dólares), 22% a la Unión Europea (90 600 millones de dólares), 12% a Japón (43 900 millones de dólares), 8% a Asia, África y Australia, 4% a América Latina, 3% a países europeos que no pertenecen a la Unión Europea. En 2002, 85% de las ventas se realizó en países desarrollados (Estados Unidos, Canadá, Unión Europea y Japón), donde hay un patrón de enfermedades propio de países donde ya ocurrió la transición epidemiológica. (*Comercio Exterior*, 2006).

⁶³ *Por ejemplo, Sanofi-Aventis facilita sus esfuerzos para desarrollar vacunas (Sanofi-Pasteur) y genéricos (Sanofi Winthrop). En el caso de Novartis, que ya se convirtió en el líder del mercado de genéricos con dos grandes adquisiciones en 2006.* (ibídem.)

⁶⁴ En 1995, en la Ley General de Salud se estableció que los “medicamentos para uso y comercialización podrán ser identificados por sus denominaciones genéricas y distintivas, es decir, se recetará la sustancia activa y no la marca”, y tres años después, en 1998, la Secretaría de Salubridad y Asistencia precisó que los medicamentos genéricos intercambiables son los que cumplen con los requisitos de bio-equivalencia y biodisponibilidad de los medicamentos innovadores de marca. (INEGI, 2005).

En términos generales, hay tres categorías de medicamentos, en función de su modo de prescripción y su régimen de derechos de propiedad intelectual: Medicamentos éticos, protegidos por patentes, los cuales se venden a través de receta médica; Los medicamentos genéricos que son copias de medicamentos éticos sin patentes; Medicamentos Over the Counter (OTC) que se venden sin receta médica.

⁶⁵ La inversión que la industria afiliada a CANIFARMA realiza en México no ha dejado de crecer; durante el periodo 2007-2013 este sector productivo generó más de 200 mil MDP de inversión, lo que equivale a un incremento de 55.1% entre lo invertido el primero y el último año señalado. El desempeño de la inversión ejercida por la especialidad de Medicamentos de uso Humano presentó un aumento nominal de 46.1%. La especialidad de Dispositivos Médicos, tuvo un crecimiento extraordinario de 137.3%, equivalente a 2,165 MDP en 2013.

⁶⁶ *El concepto de medicamentos esenciales se funda en que un número limitado de medicamentos cuidadosamente seleccionados sobre la base de directrices clínicas acordadas conduce a una prescripción más racional, un mejor suministro de medicamentos y unos costos más bajos. La Lista Modelo de 1999 contiene 306 ingredientes activos y se divide en una lista principal y otra complementaria. Los medicamentos se especifican por su denominación común internacional (DCI) o nombre genérico, sin mención de nombres de marca ni de fabricantes específicos.* (OMS: 1988)

⁶⁷ *Las prioridades para la financiación pública son: Los servicios de vacunación en la infancia; la prevención y el tratamiento de ciertas enfermedades infecciosas que tienen fuertes repercusiones en la salud pública, tales como el cólera y la tuberculosis; los servicios de salud materno infantil, incluida la maternidad segura, y los servicios básicos de salud para la población pobre y desfavorecida.* (OMS: 1988). Pese a lo anterior, la OMS en concordancia con la ideología de mercado promueve que la función del gobierno debería apartarse de la propiedad o gestión de plantas de producción farmacéutica y orientarse a la regulación e inspección de la producción de medicamentos por el sector privado.

⁶⁸ Entre estos planes se cuentan el seguro médico social obligatorio, la seguridad social, el seguro privado, la atención médica gerenciada (que vincula a los prestadores de atención sanitaria con los aseguradores) y el seguro médico comunitario a pequeña escala.

El sector público es muy importante en el consumo de fármacos en cuanto a cantidad se refiere, no así, en lo que respecta al valor de ventas realizadas, ya que el mercado privado es el nicho más importante en esta última cuestión debido a los medicamentos de patente.⁶⁹ Por consiguiente, la expansión del mercado privado representaría un nicho de gran interés para las farmacéuticas si este representa un aumento de las ventas de productos de patente, sin embargo existe el riesgo de un proceso contrario en donde los genéricos se expandan al segmento privado debido al contenido de la demanda captada y que representa en una gran parte población de bajos ingresos. En este sentido la transición universalista posee el apoyo farmacéutico siempre y cuando la reglamentación del nuevo mercado permita a los proveedores de servicios la libertad de elegir entre medicamentos genéricos y de patente en la atención médica de los segmentos de la población que se liberarían de los sistemas de seguridad social y asistencia pública. De otro modo, el impacto sería completamente insignificante para industria farmacéutica.

Por lo que se refiere a las aseguradoras, estas constituyen el agente principal en la constitución de un mercado privado de servicios de salud.⁷⁰ Ya que su papel estratégico al interior del proceso de transición es el de funcionar como intermediario financiero. Como se ha señalado anteriormente las coberturas privadas sobre servicios de salud no son significativas en nuestro país. De acuerdo a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), los seguros médicos privados concentran una parte muy pequeña del gasto en salud, alcanzando cerca del 4% del gasto total y 7% de la parte privada. Sin embargo, las aseguradoras son cruciales en la administración y bursatilización de los fondos reunidos para el financiamiento de los servicios de salud dentro del planteamiento de un modelo de mercado administrado.⁷¹ De acuerdo a Ruíz y Ramírez (1992), *las reformas en los noventa para el sector asegurador están dirigidas fundamentalmente a eliminar barreras y fomentar la competencia, autorizando al sector extranjero su participación en el capital social de las aseguradoras, así como, crear grupos financieros*. Esto significa que en el momento en que la SHCP expidió las reglas de operación de las Instituciones de Seguridad Especializadas en Salud (ISES), las aseguradoras estaban legalmente contempladas como participantes.⁷²

Según la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, del total de asegurados existente, el 27% posee coberturas de grupo, 18% seguros individuales y/o familiares y el 55% son pólizas colectivas (provenientes del gobierno, paraestatales, grupos empresariales etc.). Esta distribución se debe a que el sistema asegurador mexicano se ha enfocado en la conformación de nichos de mercado cerrados, es decir, un nicho en el cual las organizaciones gozan de un trato preferencial que se ubica como “esquema de reversión de cuotas con subrogación de servicios por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social”.⁷³ Lo anterior

⁶⁹ En lo que se refiere a la intervención del gobierno en el mercado, si bien en términos de valor las ventas del mercado privado en 2002 sumaron 7 227 millones de dólares y las del mercado público (ventas al gobierno) sólo 796 millones, en términos de volumen el mercado público con 1 222 millones de unidades fue 23.7% mayor que el privado, cuyas ventas totalizaron 988 millones de unidades. (INEGI, 2005)

⁷⁰ Varios autores (Eibenschutz, 1991; Laurell, 1992) han planteado que el crecimiento de los seguros médicos privados en el país es hasta ahora el eje principal del proceso de crecimiento del sector privado de la atención médica.

⁷¹ Citado en Tamez et al (1995)

⁷² El sector asegurador en México se integra por 56 compañías que realizan diferentes Actividades de seguros. Por ejemplo, las 56 tienen Seguros de daños (e.g., incendios) y sólo 35 de ellas cuentan con seguros de salud (accidentes y enfermedades). Aunado a estas 35 compañías, se cuentan 13 que son exclusivas del ramo de la salud. (ibíd.)

⁷³ Ejemplos de Empresas con esquemas de reversión de cuotas y subrogación de servicios son: Bancos, empresas mineras, algunas empresas en Monterrey, N.L. (Grupo Alfa, FEMSA, etc.); Empresas paraestatales como la Lotería Nacional, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV), la propia Comisión Nacional de Seguros (CNSF), el Fondo Nacional para el Fomento al Turismo (FONATUR), el Sistema de Transporte Colectivo Metro, el INFONAVIT y algunas otras; Gobiernos

provoca que la liberalización de los servicios públicos enmarque un aumento de la masa clientelar de las aseguradoras que se vuelve a tractiva más por el volumen de los recursos disponibles para el sistema financiero, que por el margen de rentabilidad que otorgaría a la intermediación financiera de la provisión de servicios de salud. Como veremos adelante esta ambigüedad se solventó equivocadamente en Chile y Colombia haciendo partícipes a las aseguradoras en la provisión de servicios de salud lo que condujo a una distorsión del mercado y una reducción de las condiciones de salud en los países mencionados.

Como conclusión podemos deducir que las reformas a la seguridad social responden a intereses de grandes capitales financieros, las cuales buscan manipular los recursos originados en este sector para la obtención de beneficios extraordinarios. Dichas reformas están encaminadas a separar la administración de los recursos del sector público y concentrarlos a manera de fondos independientes administrados por privados. Tal y como sucedió con la administración del sistema de pensiones.

En segundo lugar, las reformas a la seguridad social también responden aunque en menor grado a los intereses del capital productivo como parte de la tendencia hacia la flexibilización del empleo y la reducción de los salarios, ya que se ha disminuido la carga al empresario en lo que respecta a su contribución dentro del esquema tripartito de financiamiento a la seguridad social. Como una consecuencia de esto, existe una reducción de recursos financieros que amenaza la calidad y cobertura de los servicios de salud.

En el siguiente capítulo daremos cuenta de la existencia de modelos de salud en otros países que prueban las opciones de financiamiento, organización y administración que hay que tomar en cuenta para evitar el deterioro de nuestro sistema de salud.

estatales y municipales; Empresas privadas con esquemas de beneficios de salud, financiados a través de autoseguros, Universidades públicas, etc.

CAPÍTULO 3. SISTEMAS DE SALUD INTERNACIONALES

CAPÍTULO 3. SISTEMAS DE SALUD INTERNACIONALES

Los modelos de salud son una respuesta social a la situación que se vive en determinado momento histórico y el contexto de morbilidad de esa época y lugar determinados. El objetivo de este capítulo es el de revisar las formas de financiamiento y organización de los servicios de salud en algunos países del mundo, resaltando tres aspectos de suma importancia en la configuración de los sistemas de salud: a) las fuentes de financiamiento, las cuales marcan los alcances y la sostenibilidad del modelo según el contexto económico al que se enfrentan; b) el papel del estado en la configuración del modelo de salud y su grado de participación y finalmente c) el papel que juegan los agentes privados dentro del sistema de salud, así puede diferenciarse a la iniciativa privada y su influencia según sea su papel de proveedor, de intermediario sustituto, intermediario complementario, etc.

En Europa, por ejemplo, destaca la antigüedad y solidez de la cobertura en salud y la seguridad social. Esta situación, es consecuencia de la gran guerra y la aparición del estado de bienestar. Por consiguiente, los modelos de salud que se revisan poseen la mayor participación estatal en el mundo. Dichos países cuentan con una cobertura total de su población, una estructura financiera de carácter solidario y fuertes rasgos de equidad. Sin embargo, al interior de cada continente, cada país posee una forma de financiamiento y organización particular. En Europa, el modelo inglés representa un sistema de salud con financiamiento por medio de impuestos, lo que lo convierte en un sistema público, pero con un sector privado que interviene como proveedor de servicios de salud y en la venta de fármacos.

La estabilidad del sistema de salud se encuentra dada por una regulación en los precios, a través de contratos trianuales con los proveedores. En este modelo las aseguradoras privadas participan ofreciendo coberturas complementarias al *Servicio Nacional de Salud*. El caso francés, a diferencia del Reino Unido, presenta un *Servicio Nacional de Seguridad Social*, aunque también se contempla la intervención privada. El financiamiento francés se realiza mediante cuotas obrero-patronales, seguido de ingresos fiscales, ambos, abarcan alrededor del 77 por ciento del gasto total en salud, lo que lo hace un sistema de salud pública, así el financiamiento restante se realiza mediante coberturas complementarias de carácter privado y gasto de bolsillo. El siguiente país en revisión es Alemania, cuyo modelo de seguridad social es financiado mediante contribuciones obrero-patronales y a diferencia del caso Francés es coordinado por organizaciones gremiales dejando al estado en una postura de supervisión y dirección del sistema de salud, pero sin dejar de ser un sistema público de salud. Finalmente, el último caso de estudio es España, cuyo modelo posee una gran relevancia, ya que es ejemplo reciente de las reformas universalistas en los sistemas de salud. El gobierno español en 2007 financió el 70% del gasto en salud del país, seguido por el gasto privado a través de coberturas privadas y finalmente de una pequeña cuantía de gasto de bolsillo (5.9%). Con un sistema de cobertura universal España enfrenta problemas de calidad entre las provincias que la integran debido a que aún no ha quedado fortalecida su estructura descentralizada y la normatividad acerca de los límites y alcances de las asociaciones público-privadas que han sido factor importante en el ámbito financiero y de provisión en el sistema español.

Como veremos adelante, los esquemas financieros varían de un país a otro, en cada modelo de salud las aportaciones de las empresas y las personas están sujetas a tres tipos de filtros: a) Contribuciones a la seguridad social, lo que nos habla de una serie de intermediarios en la forma de cajas o fondos de administración de dichas aportaciones obrero-patronales; b) Ingresos fiscales, en esta opción el carácter impositivo de las contribuciones recaudadas más la presencia del estado en la regulación de precios y la provisión de servicios dan a esta opción financiera un potencial que va de la mano con la fortaleza del estado; finalmente en lo que respecta a la última opción c) financiamiento privado, a través de aseguradoras o fideicomisos de cuentas individuales, dicha opción coloca como intermediarios financieros a las empresas relegando el papel activo del estado al de mero regulador, en este caso el marco regulatorio determinaría los alcances de la acción privada sin embargo lo que se visualiza aquí es el juego de pesos y contrapesos económico-políticos que involucran el fortalecimiento económico de los intermediarios financieros hacia el interior del sistema de salud.

3.1.1 Reino Unido

El sistema inglés destaca no solo por su antigüedad, sino también, por su influencia hacia otros modelos de salud. El Reino Unido absorbe aproximadamente el 10% del PIB, del cual ochenta por ciento es gasto público, logrando con ello una cobertura de 65 millones de personas. El financiamiento del sistema de salud inglés es de carácter tributario, los principales canales son los impuestos generales (tanto impuestos sobre la renta, IVA, impuesto de sociedades, y los impuestos especiales -sobre el combustible, el alcohol y tabaco-).⁷⁴

Como lo muestra el gráfico siguiente, los impuestos generales son la fuente financiera principal y en segundo lugar se encuentran las contribuciones al seguro nacional⁷⁵. Estas cotizaciones obligatorias son pagadas por los empleadores, los empleados y trabajadores por cuenta propia.⁷⁶

El gráfico 1, muestra estas fuentes de financiamiento que en segundo sitio ubican a las contribuciones del sistema nacional de salud.

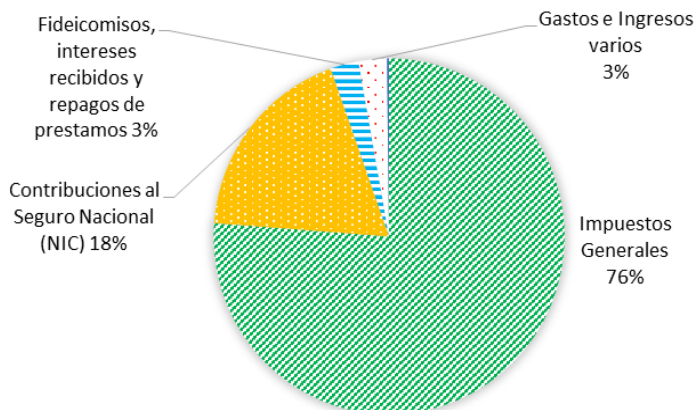
⁷⁴ De acuerdo con el Ministerio de Hacienda (2009) citado en Health System Review (2011). Las tasas impositivas son ligeramente progresivas, con una pequeña asignación de ingresos que no es sujeta de impuestos (entre 2010 y 2011 se trataba de 6,475 £), después de lo cual una tasa del 20% es aplicada a las primeras £ 400 que se ganan, después, una tasa del 40% a las siguientes £ 600, y una tasa de 50% a partir de entonces. El IVA es esencialmente un impuesto sobre las ventas que se aplica a la mayoría de los productos de tipo general (17.5%). Un tipo de IVA reducido (5%) se aplica a determinados bienes y servicios (por ejemplo servicios domésticos, combustibles y energía, productos para dejar de fumar) y finalmente, otros artículos, como alimentos, libros y ropa de los niños, tienen una tasa cero.

El Impuesto sobre Sociedades es un impuesto sobre las ganancias de las empresas. En 2010-2011, las pequeñas empresas (con ganancias anuales de £ 1.5 millones) pagaran el impuesto de sociedades a una tasa del 21%, mientras que las empresas con beneficios mayores de ese nivel pagaron impuestos al 28%.

⁷⁵ Las contribuciones al seguro nacional (NIC) tienen por objeto proporcionar un derecho a prestaciones contributivas, tales como las pensiones públicas, la prestación por enfermedad estatal y subsidio de desempleo. Por ejemplo, tarjetas de red se utilizan para financiar legalmente beneficios como subsidio de desempleo, la prestación por incapacidad, el Duelo, los Beneficios de Jubilación, Pensión y subsidio de maternidad. También se utilizan para financiar el Sistema Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) (alrededor del 10% del total de los ingresos son Contribuciones al Seguro Nacional, NIC por sus siglas en inglés), aunque el derecho al tratamiento no se basa en tener NICs pagados. (Health System Review, 2011)

⁷⁶ Entre 2010 y 2011, de aquellos ingresos obtenidos por parte de empleados y empleadores que registraron un monto de alrededor de £ 110 por semana, las cuotas se gravaron a una tasa del 11% (empleados) y el 12.8% (empleadores) sobre los ingresos brutos. Además no hay techo en el nivel de ingresos para el pago (aunque para el empleado la tasa cae al 1% para los ingresos de más de 844 £ por semana). Para las personas que trabajan por cuenta propia, las NIC's se recaudan en alrededor del 8% de las ganancias de más de 5,715 £, y el 1% aplicable a las ganancias arriba de £ 875 (HM Treasury 2010).

Gráfico 1. Fuentes financieras del gasto en salud inglés (2011)



Fuentes: Gráfico tomado de Health system in transition. (2011). Health system review. Vol. 13. No. 1.

Nota: Dentro del período 2009-2010 se alcanzaron 514.6 millones de £, de los cuales 95.6 £ millones fueron generados a partir de las Contribuciones al Seguro Nacional (NIC por sus siglas en inglés), 145.6 millones de £ del impuesto sobre la renta y 0.2% de los ingresos de capital, 2.6% de Gastos y de los ingresos varios, 2,6% de los ingresos de intereses de confianza y de los reembolsos de préstamos, 18,4% contribuciones NHS, y como Fondo Consolidado 76,2% el resto de una serie de impuestos incluidos a la corporación, los impuestos especiales, el valor añadido-según las tasas de impuestos (IVA) y de propiedad (impuestos municipales y las tasas de negocio) (Ministerio de Hacienda 2010).

El financiamiento con base impositiva posee varias cualidades, por un lado ostenta un sentido más redistributivo al no discriminar sus servicios, ya que no se encuentra sujeto a la condición laboral del paciente, además con el fondeo por medio del impuesto sobre la renta el sistema es por naturaleza más progresivo. Sin embargo, las presiones sobre las finanzas públicas confrontan los objetivos presupuestales con el alto costo de los tratamientos, por lo que se ha optado por un aumento del gasto de bolsillo del ciudadano en la forma del cobro de copagos y coaseguros, lo que ha repercutido negativamente en la equidad del sistema y ha dado paso a una mayor participación de las aseguradoras dentro del sistema de salud, así como de los proyectos de participación-pública privada. *Wagstaff y sus colegas (1999), con base en datos de 1993, encontraron que:*

...en general el sistema de financiación en el Reino Unido es ligeramente progresivo: en particular, los impuestos directos son progresivos, las tarjetas de red también son progresivos pero en menor medida, y los impuestos indirectos son regresivos. Sin embargo, Townsend (2003) encontró que los impuestos directos en el período 2001-2002 (incluyendo seguro social) eran progresivos ya que el 20% de los hogares con el más alto ingreso bruto homogeneizado pagó el 24% de los ingresos como impuesto directo en comparación con el 12% pagado por el 20% de la población con el ingreso más bajo. Por otra parte, los impuestos indirectos eran regresivos, lo que representa el 30% de los ingresos brutos del 20% más bajo en comparación con sólo 10% del impuesto para el segmento más alto 20%. Los impuestos directos e indirectos combinados parecieron ser regresivos ya que representaron el 42% de los ingresos brutos del 20% de la población con el ingreso más bajo en comparación con el 34% de participación del segmento más alta 20%. (Health system, 2011)

Ya que la asignación de recursos es realizada por el gobierno central (Ministerio de Hacienda), se ha designado como responsable del gasto al Departamento de Salud, quien por medio de un proceso conocido como *la revisión tri-anual de presupuestos*, da estabilidad al sistema de precios y canaliza los recursos hacia las organizaciones que funcionan como

proveedores de los servicios.⁷⁷ Dichas organizaciones perciben casi el 80% del total del presupuesto del sistema nacional de salud y son en gran parte privadas.

Como se mencionó, el sistema de salud inglés posee el control centralizado de los fondos, tras su acumulación, dichos fondos son administrados en forma local por las organizaciones de cuidados primarios (PCT). Estas organizaciones cubren poblaciones de un área geográfica fija, (en promedio poco más de 340 000 personas). Por una parte los servicios hospitalarios se prestan por entidades estatales; por otro lado, las empresas privadas trabajan bajo contrato exclusivo para el sistema de salud proporcionando atención primaria, enfermería comunitaria, clínicas locales y servicio de salud mental⁷⁸. Algo muy importante es que a diferencia de lo que se promueve para América latina con la conformación de un mercado privado de servicios de salud, las PCT no compiten por los pacientes; la población de cual son responsables se determina por el área geográfica que cubren.⁷⁹ El otro factor que inhibe la competencia es el hecho que las designaciones de los flujos financieros y las redes de proveedores están pactadas de forma local y pre-asignada.

El resto del gasto en salud en el sistema inglés se encuentra cubierto por el gasto privado, el cual representa alrededor del veinte por ciento del total, mismo que posee un alto porcentaje en la forma de gasto de bolsillo. El gasto privado en aseguramiento tiene un carácter sustituto y un carácter complementario, asegurando servicios no incluidos o completando dichos servicios, a través del pago de una serie de deducibles y copagos.⁸⁰

En el mercado de servicios de salud participan varias aseguradoras y empresas proveedoras de servicios de salud, aunque dicho mercado está muy lejos de ser competitivo

⁷⁷ Los Primary Care Trusts (PCT) u Organizaciones de Cuidados Primarios, utilizan una fórmula de capitación ponderada para el pago de los servicios provistos. *Los PCT son responsables de la compra de servicios primarios, para la comunidad, de nivel intermedio y servicios hospitalarios en el sector público, incluyendo los proveedores de los sectores privado y voluntario. En virtud de los acuerdos de Diciembre de 2008, los PCT eran responsables ante las comunidades locales y ante el Secretario de Estado a través del sistema que registra y administra a los agentes de salud (SHA). El papel principal del PCT era: mejorar la salud de la comunidad y reducir las desigualdades en salud; asegurar la prestación de servicios, seguros y de calidad; administrar contratos en nombre de sus prácticas y público; comprometerse con la población local y otros proveedores de servicios locales para asegurar puntos de vista de los pacientes se oyen correctamente y para proporcionar acceso coherente para servicios de salud y de atención social integrados; actuar como proveedor de servicios sólo en donde no es posible tener proveedores independientes, con arreglos para separar las decisiones sobre la puesta en marcha de la gestión de proveedores; y proporcionar la planificación de emergencias.* Health System Review (2011)

⁷⁸ La atención ambulatoria está en manos de los médicos generalistas (GPs por sus siglas en inglés) que son médicos que ejercen en forma independiente, pero que están ligados al sistema de salud al proporcionar la atención primaria y las consultas generales. Su remuneración, se realiza a partir de un cobro por *capitación* (cantidad fija por persona por un periodo determinado), según el número de personas voluntariamente registradas en su lista. Es el que efectúa las remisiones a los niveles de atención de mayor complejidad, lo que lo mantiene enterado de la evolución y seguimiento posterior del paciente. (Maya: 2003)

⁷⁹ *El mecanismo presupuestario utilizado por el Departamento de Salud para asignar fondos al PCT se basa en un enfoque conocido como "capitación ponderada". La fórmula de capitación ponderada consta de tres componentes clave: los Servicios de Hospitales y salud comunitaria (HCHS, por sus siglas en inglés); la prescripción, y los servicios médicos primarios (PMS, por sus siglas en inglés); también hay un ajuste específico por gastos de ambulancia de emergencia.*

Una serie de elementos se construye en la fórmula con la intención de que las asignaciones reflejen las necesidades de atención médica de las áreas geográficas individuales. Para cada componente de la fórmula, los elementos clave utilizados para las asignaciones de peso son: elementos indicativos de necesidades, los cuales se relacionan tanto con la edad y un número socioeconómico de factores indicativos de la necesidad de atención de la salud; un elemento de necesidades adicionales en relación con las desigualdades en salud; un factor de fuerzas del mercado (MFP), que permite diferencias en cuanto a "Costos inevitables de la prestación de atención de salud". Estos diversos índices son combinados por el Departamento de Salud para producir una "población ponderada unificada" para cada PCT en el país. Esto a su vez se utiliza para producir una asignación objetivo de los recursos para cada PCT. Health System Review (2011)

⁸⁰ Conocido por sus siglas en inglés el gasto total en atención de la salud por el segmento privado que no es de bolsillo se contabiliza, a través de la contribución de PMI (Insurance Medical Plan, por sus siglas en inglés)

como lo mencionan Laing y Buisson (2007)⁸¹ al denunciar que son cuatro empresas las que poseían en 2006 más del ochenta por ciento del mercado, un mercado que absorbe alrededor del 13% del gasto privado en salud.⁸²

En lo que concierne a la influencia de las farmacéuticas, esta resulta bastante significativa, ya que el 41% del gasto de bolsillo se dirige a la venta de medicamentos, además de que la industria inglesa de fármacos es de un alto potencial económico.⁸³ La ventaja en cuanto al propio sistema inglés es que el costo de los fármacos es financiado en su mayoría por el propio sistema inglés y algunos copagos, situación que proporciona una demanda constante a las farmacéuticas.

Con respecto a nuestro país, México dista mucho de tener la fortaleza hacendaria del reino unido como para mantener sin fluctuaciones una sistema de salud de financiamiento enteramente fiscal, el otro aspecto crucial es la falta de organismo regionales y locales con la suficiente fortaleza institucional que permitan el desarrollo de una red de provisión y financiamiento como la que existe en Gran Bretaña, ya que a pesar de tener una administración descentralizada, el sistema inglés posee organismos supervisores y de control que mantienen una vigilancia estrecha en el comportamiento de los proveedores, ya sean públicos o privados, además cuenta con un sistema de pago y remuneración a los servidores públicos que incentiva su rendimiento. Sin embargo, hay factores que deben tomarse en cuenta como la forma de la participación de los agentes privados, sobre todo en cuanto a la regulación de precios y la provisión de servicios y medicamentos.

Las debilidades del sistema de salud inglés parecen encontrarse en lo que puede denominarse una alta burocratización organizacional, lo que puede arreglarse con la implementación de mecanismos y herramientas ágiles y modernas que eviten la duplicación de servicios y aumenten la comunicación interna en la red de salud, lo que impactaría en la forma de una disminución de costos y aumento de la eficiencia de manera importante. Por ejemplo: la incorporación de una tarjeta electrónica como en Francia, que impulsa la portabilidad y la recaudación de datos del contribuyente y la comunicación ágil entre proveedores, impactaría mucho en los costos del sistema inglés. La portabilidad también es un tema crucial para nuestro país, sobre todo considerando la amplia segmentación que posee el sistema mexicano.

El sistema de salud ingles también vio incrementados sus costos debido a los proyectos de participación público-privada que se implementaron, sobre todo con la expansión del sistema hospitalario bajo la administración de agentes privados, aunado a la presión normal del encarecimiento de los tratamientos y medicamentos de alta especialización.⁸⁴ Uno de los efectos de esta elevación de costos se manifestó en el aumento de los tiempos de espera como una medida gubernamental de desincentivar el derroche de recursos. Dentro de esta situación resulta muy importante la figura del médico general como parte de un control de

⁸¹ ...La mayor aseguradora en reino unido es BUPA (un proveedor de provisión), con más del 42% del mercado en 2006; a continuación esta AXA con una cuota del 24%; y luego Unión Norwich y Standard Life. Estos cuatro representaron el 83,5% del mercado en 2006... citados en Health system (2011)

⁸² Los pagos directos para el tratamiento privado son principalmente para procedimientos de ayuda quirúrgica. La mayor parte del gasto en atención hospitalaria aguda se financia, a través de los seguros médicos privados (61% en 2008), aunque los auto-pagadores representaron el 14% del total.

⁸³ El Reino Unido es un importante productor de farmacéuticos, ubicándose en cuarto lugar en el mundo en 2007, en términos de valor de las exportaciones, por detrás de Alemania, Suiza y Estados Unidos.

⁸⁴ En lo que respecta a la atención secundaria esta es financiada por el NHS y se basa en hospitales de propiedad del gobierno. En 1997 se introdujo el pago a hospitales por resultados logrados (por sus siglas en inglés, PbR system), este cambio llevaba implícito la expansión del uso de la provisión del sector privado, a través de la introducción de elección de los pacientes del hospital para recibir atención

costos al filtrar el acceso a los servicios especializados y enfocándose más en el aspecto preventivo de sus pacientes y reestructurando sus programas de atención, por ejemplo, aquellos dirigidos a los cuidados especializados de los adultos mayores.⁸⁵

3.1.2 Francia

El sistema de salud francés es un sistema nacional de cobertura total con base en la seguridad social (poco más de 65 millones de personas)⁸⁶. El sistema absorbe alrededor del 11.5% del PIB, lo que para su población representa 4000 de los aproximadamente 41 mil dólares anuales per-capita que tienen de ingreso (casi un 10% de su riqueza personal promedio). El gobierno financia aproximadamente el 77% de los servicios de salud, el restante lo cubre la población, a través, de una cobertura suplementaria adquirida con las aseguradoras y un remanente cubierto a base de gasto de bolsillo en la forma de cuotas por servicios exclusivos, medicamentos o copagos⁸⁷.

Entre 1946 y 1991, el Sistema de salud por sus siglas en inglés (SHI) fue financiado casi exclusivamente por contribuciones de los empleados y los empleadores. La contribución vía tarifas del SHI ha aumentado constantemente para cubrir los gastos de atención médica, que han crecido más rápido que el nivel de las contribuciones globales para la seguridad social. Entre 1992 y 1997, las tasas de cotización se mantuvo estable en el 6.8% de las ganancias brutas para los empleados y el 12.8% para los empleadores. Para 2010 el porcentaje del empleador fue de 13.1%. (Chevreaul Karine et al: Health Systems Review: 2010)

La organización financiera a través de fondos nacionales que atienden tres segmentos diferentes de la población implica una diferencia sustancial con respecto al sistema inglés.

De acuerdo con el reporte de la OMS (Health Care Systems: 2013). *Los recursos del sistema de salud francés se conforman de contribuciones obrero-patronales (87.1% de los ingresos totales de seguro de salud en 2010) más una cuota conocida como Contribución Social Generalizada (CSG),⁸⁸ finalmente se cuenta con una "contribución social general" del 5.5 % impuesta por el Tesoro francés en todos los ingresos, incluido el ingreso de inversiones⁸⁹. Sin embargo un informe de la comisión de competencia de seguridad social de*

⁸⁵ Pese a que el gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto es de aproximadamente el 6%, el sistema de inglés es la red de salud más grande del mundo en cuanto a empleo generado.

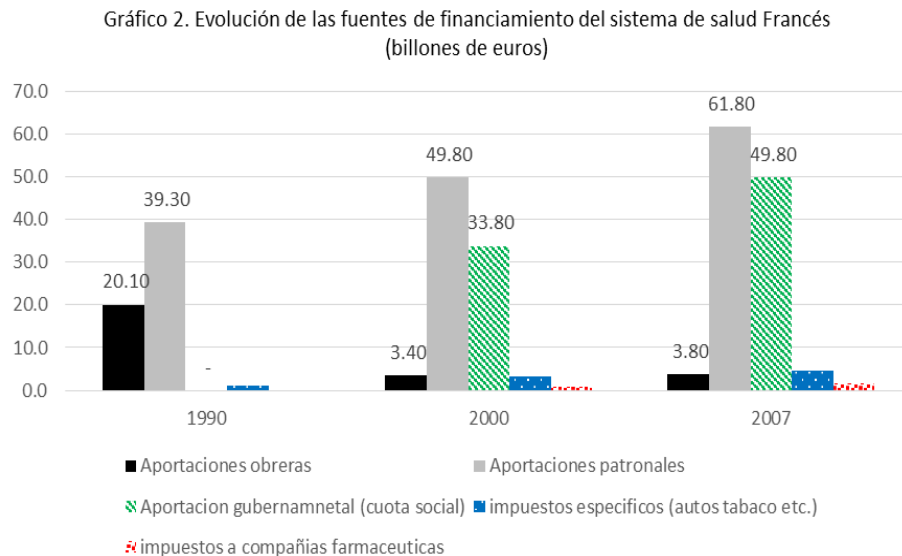
⁸⁶ La administración de los recursos para el sector está en manos de entidades regionales denominadas Fondos de Seguros de Salud (FSS). Estos negocian con las asociaciones profesionales, aranceles dentro de un marco establecido por el gobierno. Una vez alcanzados los acuerdos deben ser sancionados por el propio gobierno. Esto garantiza una adecuada compensación y permite que la producción de servicios de salud se mantenga dentro de los rangos especificados. (Maya: 2003)

⁸⁷ El gasto público representa poco más del 65% del gasto total en salud la forma de sufragar la atención prestada versa en pagos directos de los pacientes hacia los médicos sobre la base de un registro nacional de honorarios. Después los pacientes son reembolsados por sus fondos de seguro de salud locales. Los Hospitales son reembolsados en una base negociada (con tasas suplementarias para servicios específicos) y los hospitales públicos (y los hospitales sin fines de lucro) se pagan sobre la base de los presupuestos globales anuales negociados cada año entre hospitales, agencias regionales, y el Ministerio de Salud. En cuanto a los medicamentos recetados, los precios unitarios admisibles para reembolso bajo Sistema Nacional de Salud son establecidas por una comisión que incluye a representantes de los Ministerios de Salud, Finanzas e Industria.

⁸⁸ Antes de la reforma del sistema en 1998, las contribuciones eran el 12.8% de los ingresos brutos del empleador y el 6,8% que grava directamente sobre el empleado. *En 2007, las contribuciones patronales, las contribuciones de los empleados y CSG ingresos representaron el 87,1% de los ingresos totales de seguro de salud. En comparación el financiamiento del seguro de salud en el año 1990, el cambio más llamativo es la sustitución de la mayoría de las contribuciones sobre la nómina con el impuesto sobre la renta (CSG).* Chevreaul Karine et al, en Health care systems (2010)

⁸⁹ El resto de fuentes de financiación para los fondos de seguro de salud afiliados incluyen impuestos sobre la nómina de empleados de 3.4%, los impuestos especiales sobre los automóviles, el tabaco y el alcohol (3.3%), un impuesto específico a la industria farmacéutica (0.8%), y subsidios del Estado (4.9 %). A partir de 2001 la Ley de Seguridad Social, establece la tarifa del 5.25% aplicada a los ingresos del trabajo, del capital y de las ganancias de los juegos de azar y de 3.95% en los beneficios (pensiones y subsidios).

Francia reporta una evolución al interior de las aportaciones obrero patronales muy interesante, en donde destaca la sustitución de las cuotas de los empleados por la cuota social del estado quien ha optado por cambiar el esquema de cobro por el uso de impuestos para ampliar el financiamiento del sistema de salud francés, tal y como puede observarse en el grafico 2.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Comisión de competencia de la Seguridad social 2001, 2009, en Health systems in transition. (2010).

Además debemos considerar que la otra quinta parte del financiamiento del sistema de salud se encuentra en el pago de coberturas contratadas y el desembolso de gastos de bolsillo.

El sistema de salud francés se administra a partir de fondos pertenecientes a sectores específicos de la sociedad, de los cuales hay tres ramas fundamentales, a) las pensiones, b) las asignaciones familiares, y finalmente c) el seguro de salud y la cobertura de accidentes laborales⁹⁰. Las primeras dos ramas son gestionadas por un único fondo nacional, mientras que la tercera está dirigida por tres planes de cobertura con base en la ocupación de sus derechohabientes:

- El esquema general, dominado así por la *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés* (CNAMTS) o fondo público para los empleados asalariados, cubre aproximadamente el 87% de la población.⁹¹
- El esquema para el régimen agrícola o *Agricole Sociale Mutualité* (MSA) que cubre alrededor del 6% de la población, que comprenden los agricultores, los trabajadores agrícolas y sus familias.
- El esquema para los trabajadores por cuenta propia (Régimen Social de los Independientes, RSI).⁹²

⁹⁰ Los fondos del Sistema Nacional de Salud son organizaciones cuasi-públicas supervisadas por el ministerio de gobierno. Existen fondos locales y regionales que funcionan como intermediarios fiscales en la gestión de cuidado de la salud. Para obtener el servicio y el reembolso el paciente tiene que presentar su tarjeta electrónica llamada "Carte Vitale". La atención médica es en forma local aunque la compra de medicamentos si se puede realizar a nivel nacional, el reembolso por lo general tarda un plazo de diez días directo a la cuenta del contribuyente.

⁹¹ La CNAMTS opera a través de un sistema de 16 regiones y 105 fondos locales, cada uno con un consejo de administración compuesto por un número igual de representantes de los empleadores y uniones comerciales... En 2004 se creó un nuevo fondo denominado Fondo Nacional de Solidaridad para la Autonomía (CNSA), que reúne los fondos del sistema asignados a los servicios sociales y de salud para los ancianos y los discapacitados. Dicho fondo comparte características con el CNAMTS. (Bidgood. Elliot: en Health care systems 2013)

En Francia la cobertura médica funciona a través de un sistema centralizado donde con un esquema de multi-pagador existen varios fondos de financiamiento, cuya administración se lleva a cabo mediante organizaciones cuasi-públicas supervisadas por el ministerio de gobierno.⁹³ En la parte de la provisión, existe la colaboración de proveedores públicos y privados en la oferta de los servicios de salud, de tal forma que la competencia está presente, pero no de forma exacerbada, ya que son los servicios primarios los que están constituidos mayormente con participantes privados, los cuales son regulados de forma regional. Esta regulación se ve reforzada con un sistema de copagos que desincentiva el uso desmedido de los servicios, pero que a la vez previene los gastos excesivos de los consumidores. Así mismo, los gastos catastróficos están eliminados, a través de la negociación de las autoridades con los proveedores de servicios de primer, segundo nivel y fármacos⁹⁴.

Para el buen funcionamiento del sistema se ha implementado una tarjeta electrónica que posibilita un sistema de reembolso para los los pacientes, quienes suelen pagar su tratamiento por adelantado. El sistema de tarjetas electrónicas es una gran logro en el control de los flujos financieros y de información entre agentes del sector salud y clientes. La tarjeta *Vitale* proporciona un reembolso rápido que atenua el impacto del gasto de bolsillo; existe una tarjeta más que incorpora información útil para los médicos al interior del gremio y finalmente la tarjeta de profesionales de Santo o Carte Professionnel de Santé (CPS), que identifica al médico y junto con la tarjeta vitale del paciente permite acceder al registro histórico del paciente.⁹⁵

La provisión de servicios de salud esta compartida ente el sector público y el sector privado, por ejemplo, la atención médica general se provee por parte de médicos privados (clínicas) donde los profesionales son remunerados con base en un pago por servicio y cuyas tarifas se negocian de forma plurianual entre los gestores del Sistema Nacional de Salud y los representantes de los profesionales de la salud. Por su parte, la atención hospitalaria es predominantemente de origen público ya que es el estado quien posee más de la mitad de las camas disponibles para la atención. Dichos hospitales se encuentran presupuestados de forma global a través de las partidas públicas correspondientes.

Acerca de la cobertura que no depende del sector público, es decir el gasto privado (23% del gasto total en salud), para 2010 un 13% (poco más de la mitad del gasto privado) fue financiado, a través de la contratación de seguros privados, con la finalidad de cubrir las diferencias de cobertura y el costo de los copagos dentro del sistema de salud, lo que se conoce como el *sistema voluntario de afiliación* (VHI, por sus siglas en inglés). Esto nos habla de un mercado asegurador altamente complementario al sistema de salud público. De acuerdo con Buchmueller y Couffinal (2004), en 2004, una encuesta de la población mostró

⁹² Además, hay 11 fondos más pequeños para trabajadores en ocupaciones específicas y sus dependientes, 7 de los fondos más pequeños son administrados por la CNAMTS, el CANAM y MSA, respectivamente, 7% y 5% de la población, con 4% de cobertura en los 4 fondos restantes.

⁹³ Un aspecto importante en la organización del sistema de salud francés es el hecho de que el Empleador y las federaciones sindicales controlan conjuntamente los fondos bajo la supervisión del estado

⁹⁴ Los expertos fijan el precio relativo de los procedimientos que luego son negociados por los sindicatos de los médicos y de los fondos de seguros de salud pública

⁹⁵ A continuación se presentan algunos ejemplos de las tasas de reembolso en el SNS francés: i) *Tratamiento en el hospital: normalmente el 80 por ciento del costo será reembolsado al paciente, aunque hay un cargo diario de € 18 para estancias de más de 24 horas; ii) Visita médico generalista 50-75 por ciento; Vacunas: del 65-100 por ciento; Prescripciones: 35 a 100 por ciento en función de su necesidad médica y la eficacia; Tratamiento de Dentista: 70 por ciento; Otros gastos, incluyendo los gastos de transporte: 30 por ciento* (Helth system, 2013)

que el 40% de las personas con seguro privado están cubiertos por un contrato de grupo empresarial, donde el 85% de estos contratos son patrocinados por el empleador quien paga, en promedio, un 75% de la prima.

Resulta importante mencionar que de las tres categorías de operadores existentes dentro del esquema voluntario de seguros de salud, las Sociedades Mutualistas de Seguros, mismas que responden a una operación sin fines de lucro, poseen la mayor participación del mercado, lo que mitiga los riesgos de exclusión por enfermedades pre-existentes de la población por parte de las aseguradoras.⁹⁶ Los otros participantes son empresas comerciales con fines lucrativos y compañías de previsión que consisten en empresas sin fines de lucro que se especializan en los contratos de grupo.

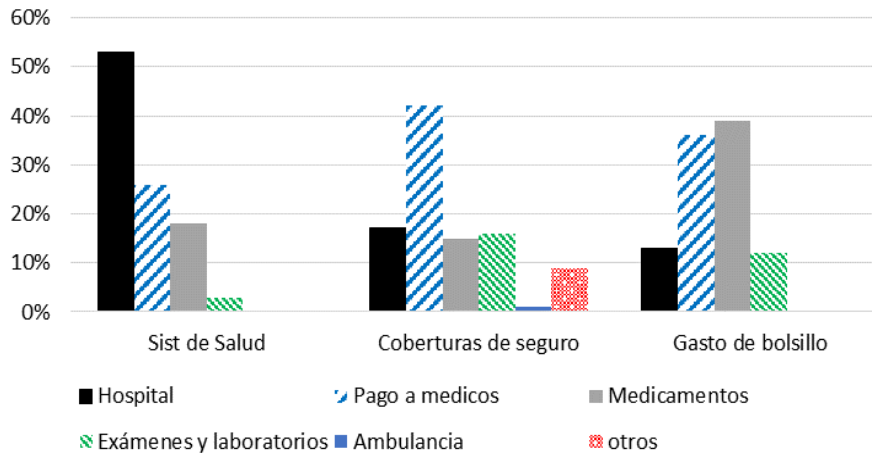
El resto del gasto privado corresponde a gasto de bolsillo en forma de copagos que según la OMS (Health care systems: 2013) se limitan a un máximo anual de 50 € e incluye: 1 € por visita al médico, 0.50 € por medicamentos recetados y € 18 para el tratamiento hospitalario cuando este se halla por encima de € 120. Así también, existe una cobertura parcial del sistema de salud en materia de fármacos donde se paga cierta parte del costo de estos. Hay cuatro tipos básicos de reembolso de los medicamentos: 100%, 65% (la tasa normal), 35% y no reembolsados⁹⁷. En cuanto al desembolso por coaseguro, existen personas con condiciones crónicas como la diabetes y el SIDA que están exentos de copagos, así también las mujeres embarazadas después del quinto mes, los niños discapacitados y pensionistas de guerra.

Aunque Francia posee un servicio nacional de salud con cobertura total, el patrón de gasto es primordialmente de tipo curativo, es decir, absorbe la mayoría de los fondos en el financiamiento de hospitales, seguido de exámenes y medicamentos, en cambio, en las coberturas privadas el pago a los médicos es el más común, lo que deja de manifiesto la labor complementaria de dicha contratación para con el sistema nacional de salud, por último, el gasto de bolsillo se enfoca más en la adquisición de fármacos a consecuencia del uso de copagos y la compra de medicamentos comerciales de venta abierta. Como se muestra en la gráfica 3.

⁹⁶ De acuerdo a Bidgood. Elliot (en Health care systems 2013). En 2002, un contrato de categoría solidaria se introdujo en los contratos del mercado de seguros de salud voluntarios (VHI, por sus siglas en inglés), por este concepto no se requerirá un cuestionario de salud y por lo tanto tiene que ofrecer primas que son independientes de las condiciones preexistentes. Aunque las reformas han hecho mucho para mejorar el acceso al seguro de salud voluntario, todavía hay muchos que no pueden permitírselo. Entre la población sin cobertura complementaria, el 53 por ciento informó que no tenían acceso al VHI debido a las barreras financieras y otro 4 por ciento de las personas debido a que habían perdido recientemente su cobertura complementaria, el 30 por ciento informó que era debido a problemas financieros.

⁹⁷ Para las personas con enfermedades graves o crónicas (con riesgos vitales, tales como el cáncer, el SIDA o enfermedades mentales graves, en los que la persona se vuelve muy dependiente de su asistencia médica y protección) el sistema de seguro les reembolsa el 100% de los gastos y renuncia sus cargos de co-pago

Gráfico 3. Gasto por tipo de cuidado en el Sistema de salud francés, en las coberturas de seguro y en el gasto de bolsillo 2008



Fuente: Elaboración propia con base en gráficos de Fenina et al 2008. En Health systems in transition. (2010).

Lo aportes que puede hacer el sistema de salud francés a nuestro país son muchos: en primer lugar el sistema de salud refuerza el papel interventor del sector público quien mantiene un control sobre los servicios privados y fomenta una remuneración adecuada de los agentes participantes; en segundo lugar, los privados atienden la parte de servicios generalistas (cuidados primarios) dando funcionalidad a la atención preventiva, una situación que en nuestro país es muy necesaria dado el índice de casos de enfermedades crónicas que se presentan; y en cuanto a las aseguradoras, estas se dedican al sector más rentable de la población debido al perfil de sus coberturas, un papel semejante al que existe en nuestro país con los nichos de mercado existentes. Sin embargo, el reto más importante al que se enfrenta nuestro país es la adopción del paradigma universalista, a través del desmantelamiento de la seguridad social una contraposición al éxito nde los servicios de salud en Francia, sin contar que existen también disparidades regionales en el acceso a los servicios médicos, lo que exige una mejor calidad del proceso descentralizador en México y un reto titánico con el tema de la portabilidad y la implementación de tecnologías modernas como las tarjetas medicas de atención que minimizan el costo administrativo en eln sistema sanitario, dan certidumbre y eficacia al financiamiento y pago de los servicios de atención. Finalmente en cuanto a la intermediación de los fondos en Francia existen organizaciones mutualistas que representan instituciones con participación sindical y empresarial en el control de los fondos, lo que permite una administración muy diferente al de otras naciones y un reto para nuestro país en cuanto al uso y distribución de los recursos.

3.1.3 Alemania

El sistema de seguridad social alemán es un sistema de aseguramiento público de carácter obligatorio con cobertura total e integral (casi 80 millones de personas cubiertas).⁹⁸ Del desembolso total en salud, el gasto publico financia tres cuartas partes mediante

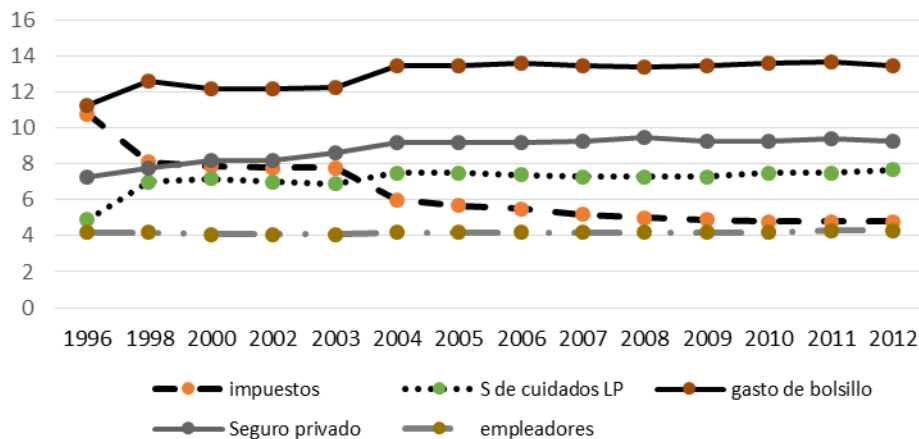
⁹⁸ Los empleados asalariados deben tener un seguro de salud pública. Sólo los funcionarios públicos, los trabajadores autónomos y los empleados con un ingreso superior a 49,500 € al año, podrán adherirse al sistema privado. (Health care systems, Alemania: 2013)

contribuciones tanto de los empleados, y los empleadores, así como de subsidios gubernamentales, (el 25% restante es gasto privado).⁹⁹ La administración de estos recursos se realiza a través del *Fondo Central de Salud* donde el dinero acumulado es reasignado a cada sociedad financiera o *caja de enfermedades*, las cuales son intermediarios entre el gobierno y los proveedores de servicios sanitarios, además de que están coordinadas por organizaciones gremiales.¹⁰⁰ Con esta modalidad se da cobertura médica de carácter público al 90% de la población (el otro 10% posee cobertura privada).

Como nación, Alemania absorbe recursos por alrededor del 10% de su PIB. Con una riqueza per cápita de 47, 200 dólares anuales la población alemana dedica menos del 9% de su ingreso en este rubro (4,300 dólares promedio).

El siguiente gráfico muestra la proporción de los ingresos secundarios que forman el gasto en salud, se han omitido las principales fuentes que son las aportaciones obrero-patronales y los ingresos que financian los seguros de accidentes y de retiro, ya que estos rubros abarcan entre el 65% y 70% del total. Lo que se desea destacar es el hecho, de que a pesar de ser un sistema de seguridad social, el Fondo Central ha permitido ampliar el financiamiento del sistema aceptando ingresos tributarios como complemento, sin embargo el financiamiento tributario no es tan importante como lo es en el Reino Unido.

Grafico 4. Fuentes de financiamiento como porcentaje de las finanzas totales 1996-2012



Fuente: Elaboración propia basado Estadísticas Bundesamt 2014b tomado de Health care systems: Alemania (2013).

⁹⁹ El plan de seguro de salud del gobierno es administrado por aproximadamente 120 cajas y cobran la misma tarifa básica del 14.6%, más una posible tasa suplementaria de 0.9% de su salario bruto elegible con un tope de ingreso máximo mensual de 4,125 euros. La parte correspondiente al patrón se ha congelado en el 7.3% del nivel de ingreso mensual igualmente topada a ingresos de 4,125 euros. En el caso de los salarios con existe un tope de 747 euros por arriba de este límite de (4,125). En este último caso, la afiliación es como miembro voluntario y su contribución es de aproximadamente 397 euros y su empleador pagará aproximadamente 350 euros.

El período mínimo general de la membresía con una caja en particular, es de 18 meses. El cambio de una caja a otra se puede efectuar dando aviso dos meses antes tras cumplir el período mínimo o si una prima complementaria se exige o se incrementa. Los desempleados también pueden acceder a las cajas de enfermedad y contribuyen en proporción a sus derechos por desempleo o, si nunca han trabajado, son atendidos a través de un fondo social (Sozialamt), este fondo cubre directamente con servicios de los médicos o por medio de la afiliación a una de las cajas AOK's. Los costos de atención de la salud de los niños están cubiertos cada vez más por los ingresos tributarios, que se proporcionaron como suplemento del cobro de nómina a manera de subsidios cuyos costos de seguro aumentarán un adicional de 2 por ciento encima de la tasa del 15.5 por ciento. (ibidem)

¹⁰⁰ El cálculo del reparto está basado en una fórmula de compensación de riesgos prospectivo (orientado a la estructura de morbilidad, y la compensación del riesgo o Morbi-RSA) que tiene en cuenta la edad, el sexo y las tasas de morbilidad de 80 enfermedades graves.

Nota: el rubro abreviado significa: Servicios de cuidados de Largo Plazo, mismo que consiste en un rubro de aportaciones específico para fondar los cuidados y atenciones en la población de la tercera edad en Alemania.

La intención del gráfico 4, es resaltar la tendencia creciente de los ingresos que podríamos llamar secundarios por su aporte en el total. Como puede observarse entre finales de la década de los noventa y principios de los dos mil, estos ingresos aumentaron en importancia, a diferencia de los impuestos, los cuales tienden a la baja, el gráfico destaca sobre todo el peso que tienen las restantes fuentes de financiamiento, siendo el gasto de bolsillo (14%) el primero del grupo presentado, seguido del gasto en coberturas privadas (10% aproximadamente). Lo anterior muestra como en la estructura financiera el esquema alemán prioriza las coberturas privadas y las aportaciones obrero patronales por sobre los ingresos fiscales como fuentes de financiamiento, lo que pone en evidencia un sistema de seguridad social diferente al sistema nacional de salud inglés y más cercano al francés.

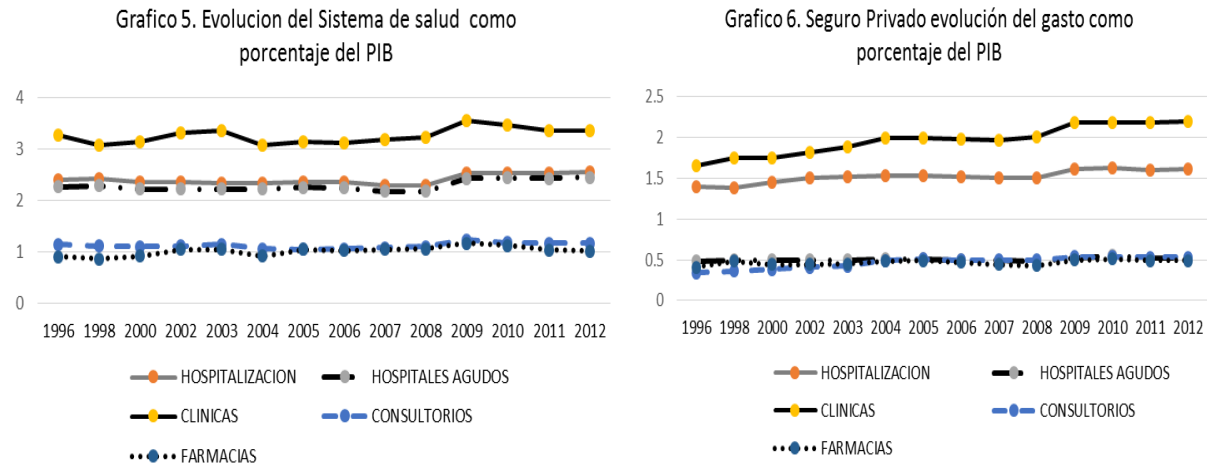
El modelo de salud alemán, es un sistema descentralizado donde su estructura financiera determina la existencia y regulación de un conjunto de cajas financiadoras de servicios por enfermedad cuyo origen puede ser público o privado.¹⁰¹ De esta forma, los proveedores de servicios también deben estar regulados y afiliados a alguna de las cajas financieras, lo que permite la existencia de una mezcla entre la práctica privada que centra sus servicios en el nivel primario de asistencia y los hospitales los cuales resaltan por un composición de empresas que en su mayoría son sin fines de lucro.¹⁰² Además de la cobertura de salud, el sistema alemán posee una cobertura contra accidentes en la forma de un seguro por riesgo de trabajo y una cobertura de cuidados de largo plazo, algo comprendido como un seguro de cuidados en momentos de incapacidad por vejez.

El sistema de salud alemana detenta una *administración corporativista con principios mutualistas de participación gremial*, lo que da un peso muy alto a los trabajadores y empleadores dentro de la organización del sistema de salud. Además, si consideramos que el financiamiento es contributivo y privado, el estado reduce su participación al fomento de las regulaciones que permitan la convivencia entre un segmento público y uno de mercado. Esto redundando en un sistema con fuertes instituciones arraigadas al estado de bienestar.

¹⁰¹ Las cajas de enfermedad se dividen en seis grandes grupos: a) Fondos regionales generales, administrados por la Asociación Federal de AOK (Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)). Estos fondos cubren aproximadamente un tercio de la población; b) fondos con sede en una compañía conocida como Betriebskrankenkassen (BKK). Estos cubren aproximadamente una quinta parte de la población; c) Los fondos de gremio del Comercio, Innungskrankenkassen (IKK); d) los Fondos Agrícolas, Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK); e) los fondos Mineros, de Ferrocarril y marítimos, Knappschaft-Bahn-See; f) los fondos sustitutos conocidos como Ersatzkassen. Sus predecesores fueron las sociedades de ayuda mutua temprana y, al igual que la AOK, Ersatzkassen cubre aproximadamente un tercio de la población. (cifras a 2004). (ibidem).

¹⁰² Ya sea pública o privada, la mayoría de las instalaciones médicas son sin fines de lucro y las atienden médicos asalariados, aunque los médicos de alto nivel también pueden tratar a los pacientes con seguro privado. Los hospitales sin fines de lucro o de la comunidad suelen ser dirigidos por órdenes religiosas afiliadas a las iglesias católicas o protestantes y parcialmente financiados por el impuesto eclesiástico alemán, aunque algunos están a cargo de otras organizaciones, como las asociaciones de mineros. En 2010, había 2,064 hospitales. Los Hospitales en Alemania se clasifican por las oficinas de estadística de los Estados federados en tres tipos de propiedad: propiedad pública, privada sin fines de lucro y privada con fines de lucro. En 2010, el 30.5 por ciento de los hospitales fueron de propiedad pública, el 36.6 por ciento eran sin fines de lucro y el 32.9 por ciento eran privados con fines de lucro. Este saldo representa un cambio hacia la privatización, ya que en 1992 el sector público había sido dueño de un 45 por ciento de los hospitales y el sector privado sólo el 15 por ciento. Esta tendencia se ha atribuido a las dificultades fiscales en los municipios, lo que lleva a las privatizaciones y la desaceleración de la construcción pública. Sin embargo, el porcentaje representado por el sector sin fines de lucro se mantuvo estable, por lo que mientras el sector hospitalario es mayoritariamente privado, se tiene una significancia mayor de elementos sin fines de lucro al considerar el número, el tamaño y la cantidad de camas de hospital: 223,385 camas (48.3 por ciento) se encuentran en los hospitales públicos, 164,337 en las organizaciones no lucrativas (35.6 por ciento) y sólo 74,735 (16.1 por ciento) en hospitales privados con fines de lucro... (ibidem)

Los gráficos 5 y 6, muestran la estructura de gasto en cada uno de los dos grandes segmentos de aseguramiento alemán: el seguro público (SHI por sus siglas en inglés) y la cobertura privada.



Fuente: Elaboración propia basado Estadísticas Bundesamt 2014b tomado de Health system (2013).

Un hecho importante que se observa en estos gráficos, es el gasto recurrente en clínicas, seguidos de los gastos en hospitalización. Lo anterior significa que el uso de la atención médica es más de tipo especializada, lo que significa un patrón en la tención predominantemente de tipo curativo que preventivo. Aunque destaca que a diferencia de Francia e Inglaterra el gasto alemán en fármacos es notoriamente más bajo en proporción al gasto en salud. Otro aspecto relevante es la similitud que hay en la estructura de gasto del seguro médico alemán tanto público como privado, lo que manifiesta un fuerte estructura institucional y regulatoria.

El mercado de seguros médicos de carácter privado en Alemania, cubre al diez por ciento de la población que decide quedar fuera del seguro público. Este mercado es atendido por poco más de cuarenta compañías con diferentes planes y costos, basados en las condiciones de riesgo y las coberturas que desea el contratante. Es muy importante aclarar que los seguros privados están regulados y por ley no pueden aplicar cláusulas de exclusión por pre-existencia de padecimientos en los contratantes, en su lugar pueden aumentar el costo de la cobertura dado el riesgo implícito o aplicar diferentes sistemas de coaseguro o copagos.¹⁰³ En consecuencia las coberturas privadas en Alemania son altamente costosas, sin embargo, lo que mantiene el control en el sistema alemán, es que las tarifas de provisión están estandarizadas a nivel nacional, tanto para el sistema público, como para el privado y esta condición se logra a través de la intermediación que realizan las organizaciones gremiales estandarizando sus procesos en los distintos sectores de provisión de servicios de salud.¹⁰⁴

¹⁰³ Por ley las compañías de seguros de salud privados deben tener un 'paquete básico', que se puede ofrecer a las personas con enfermedades crónicas o los mayores de 55 años de edad que se encuentran en dificultades financieras. Este paquete básico imita las condiciones ofrecidas por sistema de salud público. (Ibidem)

¹⁰⁴ El sistema de salud alemán posee un esquema de multi-pagador donde las Cajas de enfermedad funcionan como terceros pagadores: Las Cajas de enfermedad no pagan directamente a los proveedores. En lugar de ello, desde 2003 se hacen subvenciones por cápita en base a la población de asegurados en esa región negociando y pagando directamente a las asociaciones regionales de médicos. Las asociaciones a su vez distribuyen estos fondos entre los proveedores en su área sobre una base de pago por servicio regulado. El pago a proveedores es sobre una base de pago por servicio, la regulación de las tarifas se realiza en forma corporativa ante una negociación entre organismos en lo que intervienen las asociaciones de médicos, los gobiernos locales (Lander) etc.

El gasto privado remanente está financiado por gasto de bolsillo, cuya función es cubrir algunos copagos aplicados a servicios adicionales o de lujo que no están considerados en las coberturas públicas y privadas.

Tradicionalmente estos copagos sólo se aplican a un pequeño número de servicios - principalmente productos farmacéuticos y cuidado dental. Sin embargo, en 2004, como parte de los intentos en curso para mejorar las finanzas de la salud, los co-pagos adicionales se introdujeron en las visitas al médico (menores de 18 años exentos). Esto condujo a un aumento de los pagos directos de bolsillo, que representaron el 13.2 por ciento del gasto total en salud en 2010, frente a 10 por ciento de 1992. Sin embargo, se pusieron en marcha medidas para evitar que cualquier individuo entrara en dificultades financieras como resultado de estos copagos. Por ejemplo, los beneficiarios de prestaciones por desempleo y los de bajos ingresos están exentos, al igual que las personas lesionadas en el trabajo y las mujeres embarazadas. Además, el compartir el costo generalmente se limita a 2 por ciento de los ingresos de los hogares por año o 1 por ciento para los enfermos crónicos, que también están exentos de hacer contribuciones para el costo de medicamentos con receta. (Health System, Alemania: 2013).

Finalmente podemos señalar que el sistema de salud alemán es un sistema altamente oneroso ya que invierte en salud más del diez por ciento de su PIB del cual el gasto de bolsillo cada vez se vuelve más importante, pero que gracias a su legislación no implica la presencia de gastos catastróficos en las familias. Para nuestro país el modelo alemán es un estándar de comparación con respecto a la reducción del gasto catastrófico en su población.

La salud alemana posee fluidez en la atención médica y hospitalaria, no resulta así para con la accesibilidad a los fármacos, según el reporte de Health system (2013) sólo el 12 por ciento de los pacientes en el sistema recibe los fármacos innovadores, mientras que el 48 por ciento de los pacientes privados si poseen acceso a estos fármacos. Lo anterior nos habla de un sistema mercantilizado en su área farmacéutica donde una forma de solucionarlo es que la salud pública ha puesto énfasis en el uso de genéricos y solo en tratamientos especializados se utiliza la medicina de patente. Algo similar ocurre en nuestro país, donde el sector público hace uso de los genéricos y el privado destaca por el uso de patentes. Sin embargo, una diferencia trascendental es que Alemania destaca por ser productor de fármacos lo que le proporciona un *expertise* en el conocimiento de la eficiencia de los medicamentos recetados sean genéricos o de patente, una situación que se diluye en nuestro sistema de salud cuando la diferenciación de fármacos es más económica que funcional.¹⁰⁵

El sistema de salud alemán, como todo sistema actualmente enfrenta un embate de alza en los costos, destaca por sobremanera la falta de modernización sus sistemas de comunicación interna lo que hace altamente redundantes los tratamientos. Muestra de esta situación son los intentos de implementar un sistema de tarjeta electrónica como el modelo francés, lo que agilizaría la comunicación entre cliente y proveedor, así como también, podría controlarse la migración hacia un esquema de servicios de carácter preventivo que reduzca los tratamientos redundantes y controle el uso de servicios especializados y hospitalarios.

Los Länder se subdividen en distritos administrativos y las autoridades locales (ciudades, municipios, condados); las asociaciones regionales negocian contratos con las cajas de enfermedad, quienes son responsables de la organización de la atención y actúan como intermediarios. Otros organismos clave en la provisión de servicios de salud incluyen las asociaciones nacionales de proveedores de seguros (seguro de enfermedad obligatorio y privado), asociaciones de hospitales y la asociaciones de caridad.(ibidem)

¹⁰⁵ Destaca el hecho de que en países del tercer mundo los medicamentos genéricos utilizados poseen varias generaciones de atraso con respecto a las modificaciones que se van gestando en los fármacos patentados y sus mejoras.

La otra problemática del modelo alemán y de la que nuestro país debe tomar nota son las desigualdades regionales causadas por escasez de recursos en áreas rurales y la exacerbada concentración urbana.¹⁰⁶

3.1.4 España

España representa un caso notable y de gran importancia para nuestro país, ya que sufrió una transición de los servicios de salud a partir de 1986, pasando de un sistema de seguridad social hacia una mezcla que se encuentra entre el modelo nacional de salud inglés y la universalización que la OMS recomienda. Hay muchas cosas que destacar antes de poder comparar el caso español con el mexicano, pero si bien es cierto que son países con condiciones económico-sociales muy diferentes, las bases del cambio español son para tomarse en cuenta.

De acuerdo con Sevilla (2006), es hasta mediados de la década de los sesenta cuando puede hablarse de un *sistema nacional de seguridad social* en España, antes de ello el sistema era mixto con servicios de asistencia, una seguridad social creciente y servicios privados. Si bien es cierto que para la década de los ochenta la seguridad social ya cubría casi completamente a la población, las diferencias en los servicios y el alza en los costos de atención obligaron a tomar medidas de cambio.

Para Sevilla (2006), *el Sistema Nacional de Salud, solo esta superpuesto a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social*, y en lugar de utilizar aseguradoras privadas y organizaciones mutualistas como en el pasado, ahora es gestionada por los servicios de salud de las comunidades autónomas, además, en la parte financiera se cambió el uso de contribuciones obrero-patronales por impuestos. Para conseguir esta superposición el sistema español tuvo que unificar a los diferentes organismos administrativos y proveedores de servicios e incorporar a la población ya registrada en el sistema de seguridad social.¹⁰⁷ Posteriormente se ejecutó una descentralización, la cual fue llevada a cabo por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Con el fin de dar cohesión al sistema, se formó un Consejo Inter-territorial del Servicio Nacional de Salud de España (CISNS). De esta forma eran las comunidades autónomas y sus autoridades designadas las responsables del financiamiento de la salud en lugar de las organizaciones mutualistas. Para 2007 con un financiamiento mayormente tributario, España fincaba el financiamiento de su modelo sanitario alrededor del gasto gubernamental (70% del gasto en salud complementando el restante, a través de coberturas privadas y gasto de bolsillo).¹⁰⁸

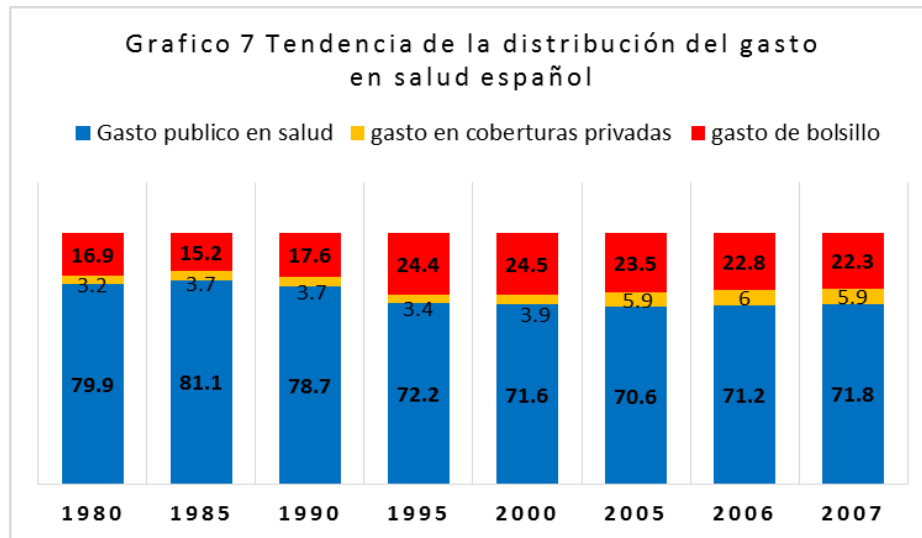
La fuente de recursos públicos son los impuestos (alrededor del 94%), seguido por contribuciones obrero-patronales para sufragar coberturas de riesgo de trabajo y finalmente gasto privado, principalmente gasto de bolsillo. El grafico 7, muestra la composición

¹⁰⁶ Un tema que es de suma importancia y del que aún no se tiene mucha información, se refiere a los posibles efectos financieros de la introducción del fondo central de recaudación que de acuerdo con algunos elementos del sector asegurador estará enfrentando la bancarrota de varias cajas mutualistas debido a la insuficiencia de recursos que podría deberse a una mala redistribución de los flujos financieros. Para más información ver: Matz, Cathy. Seguros privados en Alemania. <http://www.howgermany.com/pages/healthinsurance.html>

¹⁰⁷ ... El proceso fue similar al de la creación, pocos años antes, del Régimen General de la Seguridad Social para los trabajadores por cuenta ajena, procediendo a la integración en cuatro únicas entidades Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU), que administra la seguridad social del personal al servicio de la administración de justicia; Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL).

¹⁰⁸ El sistema de salud atiende a poco más de 46 millones de personas, haciendo uso del 9.6% de su PIB. Ya que el ingreso per cápita de los españoles es casi de 30 mil dólares anuales, el ciudadano español enfrenta gastos de salud promedio de alrededor de 3,000 dólares al año (10% de su riqueza personal).

financiera del sistema de salud español a través del tiempo, en el destaca el descenso del aporte gubernamental a costa de una mayor participación del financiamiento privado, destaca el predominio del gasto de bolsillo como tendencia creciente, conformando casi el ochenta por ciento de la participación privadas.



Fuente: OCDE 2009b

El esquema financiero del sistema de salud español, es un esquema de *pagador único* donde el gobierno central es la pieza principal. En un segundo plano la distribución de fondos gubernamentales se realiza hacia las administradoras regionales en las comunidades autónomas. El instrumento legal de esta relación centro-región es un programa anual que permite presupuestar los objetivos y evaluarlos.¹⁰⁹ Para efectos de la provisión los servicios de salud se han estandarizado con base en un catálogo de servicios del *Sistema Nacional de Salud*. Este catálogo determina el tipo de atenciones y la modalidad de cobertura en cuanto a fármacos y servicios complementarios, para los cuales, los españoles han adoptado una serie de copagos enfocados a desincentivar el despilfarro por prescripción médica¹¹⁰.

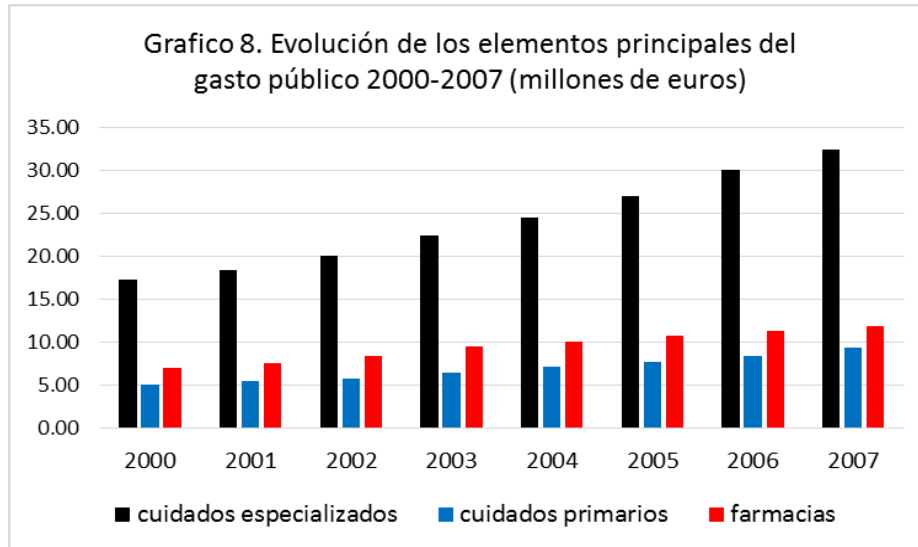
Lo que puede observarse hasta ahora en el sistema español, es una combinación de modelos entre el inglés y el modelo universalista, ya que por una parte, dicha situación ha modificado financiera y organizacionalmente el sistema de atención, volcándolo a un financiamiento tributario y descentralizado en forma regional, sin embargo no ha llegado a la privatización del sistema ya que se mantiene el control del estado sobre los recursos disponibles; en segundo lugar, el uso del desembolso privado ha aumentado como una forma de solventar los ajustes presupuestales y dar viabilidad a la incorporación de los proveedores privados en el sistema público de salud, pero esto último solo ha sido parcialmente en algunas regiones, ya que la mayor parte de la provisión es de carácter público. A pesar de todo esto la cobertura universal no es total y existen pequeños segmentos con prestaciones adicionales que hacen uso de las coberturas privadas y del sistema nacional de salud en diferente medida.¹¹¹

¹⁰⁹ Cada *contrato-programa* debe cubrir una población de no menos de 200,000 y no más de 250,000 habitantes.

¹¹⁰ Por ejemplo: los medicamentos dispensados como parte un proceso de hospitalización son gratuitos, para pensionados existen rangos hasta el 30% de copago, para los no pensionados los rangos son hasta 40%, las comunidades con afectaciones crónicas por el síndrome petrolero o el VIH no tienen copagos de ningún tipo y los tratamientos individuales que requieren drogas en todo momento pagan un 10% hasta un máximo de 2.64 euros por cada prescripción. OCDE (2009)

¹¹¹ En España, dada la extensión de la *Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social* (ASSS), el aseguramiento es prácticamente universal, pero al menos un 5% de los ciudadanos tiene coberturas distintas a la del régimen general y aproximadamente un

Lo anterior enmarca una adaptación europea del modelo propuesto por Enthoven en los Estados Unidos y la propuesta de la OMS para el mundo, ya que España no abandona el carácter público del servicios de salud aunque si adopta el esquema preventivo de atención añadiendo algunas medidas descentralizadoras. El grafico 8, muestra la evolución del gasto público en los rubros de atención médica, destaca de sobremanera, el aumento en los costos de los cuidados especializados (hospitalización, tratamientos y consultas) hasta 2007, como manifestación del interés español de volcar su sistema a un modelo universal donde la atención básica se privilegia como medida de contención de semejante alza.



Fuente: Elaboración propia con datos de MSPS 2009I tomado de Helath System, Spain (2010)

De acuerdo con datos aportados por la OMS (2013), en 2007 el gasto público se distribuía mayoritariamente en medicina especializada (casi 54%), atención medica primaria de carácter generalista (15%) y una amplia participación del gasto en productos farmacéuticos (19%).

A pesar de que el modelo universalista plantea un giro que va de un esquema de atención curativa hacia uno preventivo y la introducción de los proveedores particulares, en el caso español no resulta así. Por un lado los particulares están aislados de la manipulación de los fondos públicos, por otra parte no hay participación de las aseguradoras en la intermediación financiera y finalmente la incorporación de los privados no se ha generalizado en todas las regiones:

... La estructura típica de los sistemas regionales de salud: Consiste en un ministerio o departamento de salud, a partir de ahí el presupuesto es designado por el parlamento regional. En la mayoría de los casos, el servicio regional de salud es el proveedor principal y el departamento de salud negocia los presupuestos anuales globales con el servicio regional, que a su vez negocia contratos anuales globales con sus proveedores integrados en los diferente rubros como la atención primaria, atención especializada y hospitalaria, y los servicios de salud pública y de prevención. Hay unos pocos casos aislados, sobre todo en Cataluña y Valencia, en la que la atención primaria para una determinada área de la salud o de la zona básica de salud ha sido contratada o con los proveedores privados. (Health system, Spain: 2010)

0,3% puede carecer legalmente de cobertura pública directa, aunque pueda acceder a los servicios públicos por diferentes mecanismos. Sevilla (2006)

Finalmente podemos decir que las reformas en España aún no han terminado y esto se debe en gran parte a los problemas de distribución de los recursos entre las comunidades autónomas, ya que existe un estándar mínimo de atención pero no una homogeneidad del servicio entre regiones, además la presencia de relaciones público-privadas en algunas comunidades como Madrid y Cataluña, no han demostrado aún el éxito de estas medidas como para mirar hacia el resto de las comunidades.

Con respecto al aporte a nuestro país, el modelo universalista en España es diametralmente diferente a la introducción del modelo en Latinoamérica y a la transición que en México se ha ido gestando. La diferencia más notoria radica en el uso de la intermediación financiera, ya que en España la administración de los fondos sigue siendo pública, seguido del esquema financiero, el cuál es impositivo, pero que cualitativamente es más sólido que el latinoamericano. Si echamos un vistazo a las reformas españolas en materia de salud encontraremos que existe un factor de peso relacionado con el compromiso en materia de servicios de salud que plantea la Unión Europea, lo que significa un factor a favor de la sostenibilidad y eficiencia del modelo sanitario bajo estándares muy elevados. Quizá este último factor es el que imposibilita al sistema español a arriesgar la administración financiera del sistema de salud en manos privadas, so pena de retroceder en los parámetros de calidad e inclusión que exige la Europa unida.

Conclusiones por continente

Como se afirmó al inicio de esta investigación el Estado del Bienestar europeo presenta los más sólidos avances en materia de asistencia sanitaria. Una vez revisados los modelos de Asistencia Pública (inglés), de Seguridad Social (alemán y francés) o Universalista (español) podemos comprender que cada uno de ellos posee cobertura total de su población bajo estándares de muy alta calidad y homogeneidad, en cuanto a atención médica y cuidados se refieren. Es destacable que en todos los modelos la participación privada está limitada a la provisión de servicios y en forma muy tenue a la intermediación financiera de estos, ya sea con coberturas complementarias o sustitutas, el papel de las aseguradoras en materia de salud es muy pequeño. Así, mientras en Inglaterra el paciente con recursos puede decidir contratar una cobertura privada que obedezca a sus preferencias de servicio, en Francia se encuentra regulado el papel de las aseguradoras a ser complementarias del sistema de salud. Por otra parte en Alemania las aseguradoras son una opción de cobertura dirigida a la población con un ingreso de mucha solvencia, y finalmente en España su papel es complementario y mínimo. De todo esto debemos destacar un cuestionamiento ¿Por qué si los modelos más exitosos son de carácter público en Latinoamérica se espera crear un mercado de servicios de salud? Como vimos en el marco teórico esto es debido a la influencia externa sobre cada país en situación de dependencia y bajo el condicionamiento de las reformas estructurales, por lo que la reforma en materia de salud no solo se vuelve un tema de política social sino de política económica y principalmente de ampliación de la ganancia en nuevos nichos de negocio.

Ante esta situación debemos destacar los aspectos que diferencian las posibilidades que nuestro país tiene de aplicar algunas medidas importantes de los países europeos. En primer lugar, nuestro país, dista mucho de tener la fortaleza hacendaria del Reino Unido debido a nuestra vulnerabilidad financiera ante variaciones internacionales e internas. Otro aspecto crucial es la débil estructura descentralizada de nuestro país y la falta de una estructura regional.

En lo que respecta al modelo de salud francés la seguridad social dista mucho de ser el modelo preferido del gobierno mexicano quien ha intentado abandonar durante toda la transición los patrones de servicio de este modelo contributivo. Pero si fuera posible retomar la seguridad social como modelo rector, entonces nuestro gobierno debe reforzar su papel interventor construir controles de precios y normativos en cuanto a los servicios privados y fomentar una distribución de recursos de manera descentralizada con un estricto control de la calidad de los servicios que financian. El caso del sistema alemán es parecido al reto de nuestro país, uno de los aspectos más importantes radica en la capacidad de solventar las desigualdades regionales causadas por escasez de recursos en áreas rurales y la exacerbada concentración urbana. Una lección adicional para ambos países es el uso de los medios electrónicos para agilizar la organización y provisión de los servicios, así como también para un mejor flujo financiero.

Finalmente España, nos ofrece el más claro aporte a considerar en nuestro país y este consiste en la condición preexistente de la total intención de hacer total a nivel nacional la cobertura médica. España migro su sistema dejando atrás la seguridad social. La otra situación a destacar tiene que ver con el uso de la intermediación financiera privada, ya que en España la administración de los fondos sigue siendo pública. Por último, hay factores que deben tomarse en cuenta acerca de la forma en que la participación de los agentes privados se está promoviendo, sobre todo en cuanto a la necesidad de una regulación de precios y el establecimiento de un nivel aceptable en la provisión generalizada de servicios y medicamentos.

3.2 Sistemas de salud en Asia

En Asia, los modelos de salud revisados son Japón, Corea del Sur y China. El caso de Japón representa una continuidad del estado benefactor de posguerra donde los servicios de salud son integrales y abarcan a toda la población. Para Corea y China la construcción del modelo de salud es diferente ya que el aumento de los servicios de salud es una consecuencia del progreso económico y social. Por lo tanto, Asia representa un eslabón intermedio en la cadena evolutiva de los modelos sanitarios, pues los ejemplos presentados contienen características tanto de sistemas públicos, como mixtos, estos últimos con una alta participación privada.

La relevancia de estos casos para nuestro país radica en la lección que aportan acerca de la necesidad de poseer una regulación fuerte en la expedición de servicios privados y el control de tarifas, así como en la homogenización de los protocolos de atención.

3.2.1 Japón

El modelo de salud japonés al igual que el de las naciones europeas es de cobertura total, integral y solidaria, abarca una población de 126 millones de personas, con una riqueza per cápita de 46,700 dólares anuales. Tras los eventos bélicos de orden mundial, Japón tuvo que realizar varios cambios, ya para la década de los sesenta las reformas en su sistema de salud pudieron garantizar una cobertura total.¹¹²

¹¹² ...Además de los servicios médicos, el país posee una protección de seguridad social que ha llegado a representar alrededor del veinte por ciento del PIB lo que pone de manifiesto la importancia del papel gubernamental en este sector. El gasto presupuestario del Ministerio de salud se puede desglosar de la siguiente forma, 40% en salud, 31% en pensiones, 17% en asistencia social, 9.6% en pensiones a largo plazo y el 2.3% en el empleo. (OMS:2009)

El sistema en Japón posee un financiamiento diverso, es decir existe más de una sola entidad liquidadora de las cuentas de salud. Una de las fuentes financieras más importantes es alimentada por impuestos generales, estos recursos se transforman en un subsidio o cuota del estado al seguro médico japonés, su nivel de importancia es tal, que representa alrededor del 38% del financiamiento total;¹¹³ Otra de las fuentes, está constituida, por las aportaciones de los trabajadores afiliados y sus empleadores, estas contribuciones obrero patronales suman el 48% del financiamiento total,¹¹⁴ finalmente, el resto del gasto en salud se paga con el desembolso personal o gasto de bolsillo que asciende a un 14% del total y se utiliza para copagos y gastos no cubiertos por el seguro público japonés.¹¹⁵

La existencia de varias fuentes de financiamiento da origen a un esquema de *multipagador* en Japón. Este esquema tiene su origen en la evolución que ha tenido la seguridad social en este país, ya que funciona, a través de las aportaciones que se hacen a un conjunto de fondos de seguros (poco más de 3000), los cuales captan los recursos y financian los servicios de salud que se proveen a las personas afiliadas.

Para efectos de una mejor regulación el sistema de salud japonés contempla dos grandes categorías de servicios de salud:¹¹⁶

- 1) *Los Seguros de Empleados*, que cubren a personas trabajando y a sus familiares, tanto a nivel nacional y local. Lo que representa alrededor del 60% de la población. Dichos seguros son dos:
 - a. *El seguro del salud administrado por el gobierno (GMHI, por sus siglas en inglés)*¹¹⁷
 - b. *El seguro de salud manejado por la Sociedad Administradora (SMHI, por sus siglas en inglés)*¹¹⁸
- 2) *El Seguro Nacional de Salud*, que atiende a cualquier persona que se halle en Japón por más de un año y no este cubierto por el seguro de salud de los empleados, por ejemplo, trabajadores autónomos y estudiantes¹¹⁹. *El Seguro Nacional de Salud o Seguro de salud pública* cubre alrededor del 40% de los ciudadanos, financiándose por vía contributiva y con aportaciones gubernamentales, lo que cubre aproximadamente el 70% de

¹¹³ La contribución del estado se reparte en dos ámbitos: las aportaciones federales que representan el 26% y las municipales con el 12% restante.

¹¹⁴ Sea cual fuere el seguro en el que se encuentre inscrito una persona empleada, su aportación, junto con la de su empleador se reparten equitativamente (por lo general 50-50). Dentro de este esquema heredado por la seguridad social, los empleadores aportan el 20% y los asalariados el 28% restante para conformar el 48% sobre el financiamiento total.

¹¹⁵ Distribución porcentual del financiamiento a 2010 según la OMS (2009)

¹¹⁶ El sistema estatal de seguro de enfermedad de Japón es administrado por una multitud de aseguradoras, la mayoría de naturaleza no lucrativa. A partir de 2008 el gobierno se encarga, a través de la *Asociación Japonesa del Seguro de Salud* (un organismo cuasi-gubernamental) de cubrir a los empleados de pequeñas y medianas empresas y a sus dependientes, seguido por 1,584 fondos administrados por la *Sociedad Administradora del Seguros de Salud*, que cubren a empleados de grandes empresas y sus dependientes, además existen 76 Sociedades con Fondos de Ayuda Mutualista que dan cobertura para empleados del gobierno y sus dependientes, 1,835 Fondos Municipales de Seguro por Enfermedad para los trabajadores autónomos, jubilados y desempleados, y finalmente 166 fondos de la Sociedad Nacional de Salud para algunos grupos ocupacionales, tales como médicos y abogados, cada uno con tasas de cotización de primas diferentes. (OMS: 2009).

¹¹⁷ Este plan abarca a las empresas que emplean entre cinco y menos de trescientos trabajadores, lo que representa alrededor de un treinta por ciento de la población. (Ibid)

¹¹⁸ El Seguro de salud de los empleados se descompone en los siguientes sistemas: la Unión Administradora de Seguros de Salud, administrada por el Seguro de Salud, el Seguro Gestionado por el Gobierno, el Seguro para marinos, la Asociación de seguros de ayuda mutua para trabajadores públicos a nivel nacional, Asociación de seguros de ayuda mutua para trabajadores públicos locales, la Asociación de seguros de ayuda mutua para profesores de escuelas privadas y empleados. (Ibid)

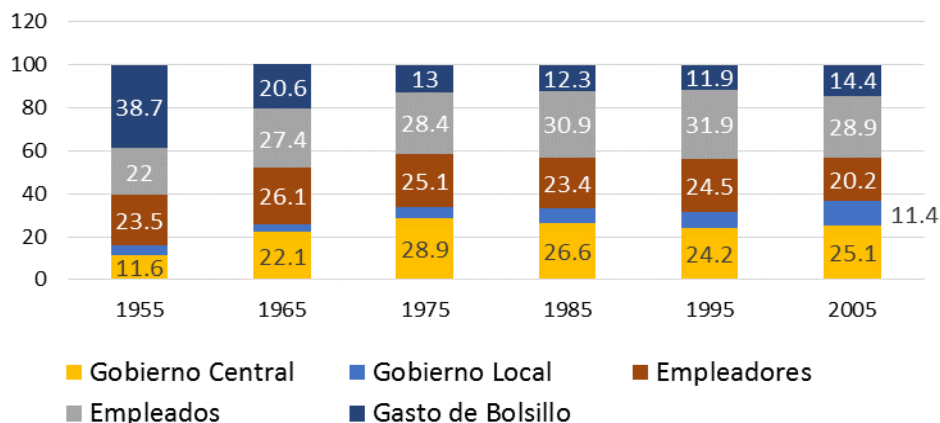
¹¹⁹ Existen dos subdivisiones de este seguro: el Seguro Nacional de Salud para cada ciudad, pueblo o aldea y la Unión Nacional de Seguros de Salud.

los costos médicos y de los medicamentos recetados, el porcentaje restante, lo cubre el paciente¹²⁰.

El financiamiento del sistema japonés se ha modificado en un sentido progresivo, no solo manteniendo los canales establecidos por su modelo de seguridad social que le precede al sistema actual, sino porque el financiamiento tributario está fincado en el impuesto sobre la renta. La mecánica de recaudación de los seguros (fondos para la salud) es muy simple, en el caso de las grandes empresas, los empleadores son quienes proporcionan el seguro de salud a sus empleados, esto significa que las grandes empresas constituyen de fondos de financiamiento, a través de los cuales pagan los servicios prestados a sus trabajadores. Las primas se calculan con base en el salario mensual del asegurado y se reparten mitad y mitad, entre empleado y empleador.

En el caso de los pequeños y medianos empleadores, debido a su infraestructura insuficiente, es el gobierno el que constituye el fondo de aseguramiento y las aportaciones obrero-patronales se dirigen hacia este. En lo que respecta al seguro nacional de salud, el pago de las primas para el servicio de salud puede hacerse por tres vías: a) la domiciliación bancaria exigida a final de cada mes (consta de diez mensualidades, de junio a marzo del año siguiente), b) el abono directo en instituciones financieras designadas o tiendas de conveniencia y c) el descuento deducido de la misma pensión si en su caso lo amerita. El gráfico 9 muestra la evolución del sistema japonés respecto a su esquema de financiamiento, en él, resalta la modificación de un patrón mayoritariamente de gasto de bolsillo en la década de los cincuenta, mismo que mejora en lo que corresponde a la carga financiera de los más pobres, al aumentar la participación gubernamental y suplir el gasto individual por una cuota vía impuestos que es sujeta de redistribución por parte del gobierno japonés.

Gráfico 9. Gasto nacional en Salud por fuente de financiamiento (%), 1955–2005



Fuente: Gráfico tomado de Health Systems in Transition: Japón. OMS 2009.
 Datos provenientes del Ministerio japonés de salud, trabajo y bienestar 2006b

¹²⁰ En función de los ingresos familiares y la edad del asegurado, los pacientes son responsables de pagar el 10%, 20% o 30% de los gastos médicos. Los pacientes sin seguro son responsables de pagar el 100% de sus gastos médicos, pero las tarifas no se aplican a los hogares de bajos ingresos que reciben subsidio del gobierno

El sistema de salud en Japón es administrado públicamente y se configura como un modelo de salud muy parecido al de las naciones europeas. Lo que distingue al seguro japonés de sus similares europeos es la evolución reciente que ha tenido, ya que al aminorar el porcentaje del gasto de bolsillo, a través de una mejor distribución de este recurso mediante el filtro impositivo el gobierno ha extinguido el gasto catastrófico en la población japonesa, algo que lo ha llevado a conformarse años después como uno de los sistemas de salud más eficientes.

Otra pieza clave del éxito japonés es la descentralización de los servicios, tanto en el ámbito administrativo como financiero, por una parte los gobiernos locales son apoyo de los organismos regionales de supervisión y por otra, participan en el sistema de salud con tareas específicas al respecto.¹²¹ Lo que permite al modelo de salud japonés ser tan eficiente, es el estricto control gubernamental que existe, ya que el estado limita el poder y rol de los agentes que intervienen y fija el precio de los servicios.¹²² Esto permite la coexistencia de proveedores privados (en su mayoría aunque no necesariamente concentrados en clínicas de atención) y proveedores públicos (en su mayoría proveedores de servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel), todos supeditados a la negociación de tarifas que se realiza cada dos años por parte del Ministerio de Salud, y al grado de influencia que los proveedores poseen a través de las asociaciones de médicos y las administradoras de fondos de salud a las cuales están incorporados.¹²³

El modelo de salud japonés tiene claramente separado el papel de intermediario financiero del rol de proveedor, además en el caso de las grandes empresas, estas son propietarias del fondo de salud, por lo que existe un interés por conservar en buen estado las finanzas del mismo, en el caso del resto de las empresas y las personas, las autoridades puedan mantener una vigilancia rigurosa ya que son organizaciones casi gubernamentales las que administran los recursos y por ende sus finanzas están sujetas de escrutinio.

El sistema de remuneración y liquidación de los servicios en Japón se realiza electrónicamente a través de una tarjeta de identificación del paciente. El pago de los honorarios de atención se realiza por servicio otorgado a cada paciente, tanto en el caso de los hospitales y clínicas. Lo que permite un control de los precios en el modelo japonés es la estandarización de los servicios prestados y las cuotas por tipo de servicio, esto se hace, a través de un catálogo de enfermedades, que existe para unificar criterios de atención y reclamo.

Existen servicios médicos fuera de la cobertura que ofrece el Sistema Nacional de Salud, por lo menos en lo que corresponde a sus dos grandes divisiones de atención sanitaria: Una de ellas es el *Seguro para personas de la tercera edad* (personas que tienen 65 años, o que

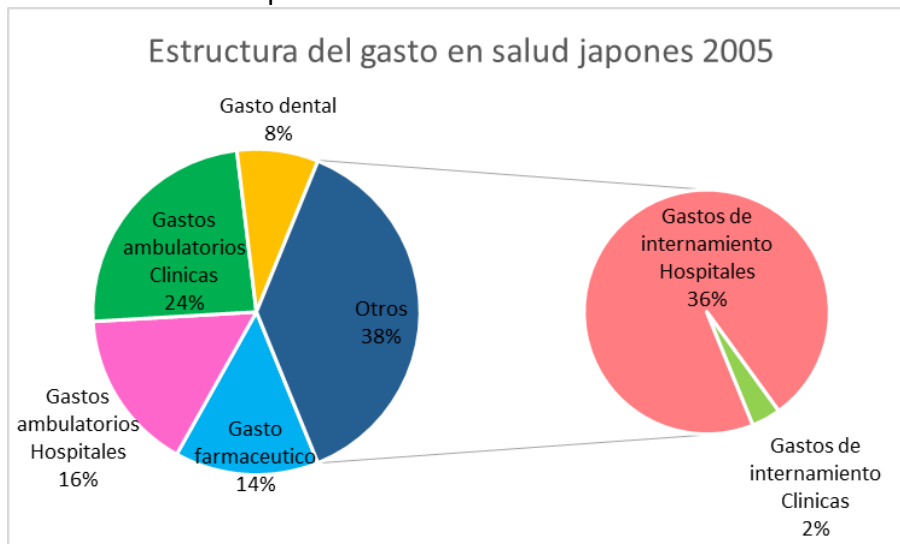
¹²¹ En 1995, el gobierno central creó un Comité de Promoción de la De Autonomía de los Gobiernos Locales. Cada una de las 47 prefecturas de Japón estaba legalmente obligada a construir como regla un centro de salud pública por cada 100 000 habitantes. (OMS: 2009)

¹²² Las negociaciones determinan la cuota por cada procedimiento médico y los medicamentos. Se tiene un control sobre los precios en cuanto a servicios y fármacos, y aparentemente la presión inflacionaria que el país sufre, es debido a que no hay control con los niveles de prescripción y el uso de la tecnología en el proceso de diagnóstico y tratamiento, lo que provoca que los costos aumenten, más aun, cuando los japoneses son una población que hace uso del servicio médico y hospitalario por arriba de los promedios de los demás países, si a esto se le adiciona un elemento como el envejecimiento de la población y el costo de sus tratamientos podemos encontrar una problemática similar a la europea, en cuanto a la tendencia creciente de los costos del sistema de salud.

¹²³ Hay dos grandes cuerpos nacionales de cabildeo en el sector salud: uno es el Federación Central del Seguro Nacional de Salud, que representa 47 federaciones a nivel prefectura. Otro papel de importancia de las federaciones, es su función como agentes de compensación para revisar las reclamaciones del seguro de salud presentadas por los hospitales, clínicas y farmacias. La otra entidad es la Federación de Seguros de Salud Organizados, la cual representa los fondos corporativos de los seguros de salud.

tienen entre 40 y 64 años de edad pero sufren alguna discapacidad), este segmento se considera como un plan de salud y cuidados separado de las dos grandes divisiones ya mencionadas, también podemos mencionar la existencia de coberturas privadas complementarias para financiar los cuidados adicionales que no contempla el catálogo de enfermedades japonés, tales como los copagos y servicios de lujo o estéticos no cubiertos, o en el extremo de los casos la cobertura médica de las personas que no se afilian al *Sistema Nacional de Salud*, lo que representa un segmento de la población de alrededor del 10% del total.

Finalmente, es necesario destacar que el patrón del gasto en salud dentro del modelo japonés, se halla influenciado por la estructura financiera y la organización de la provisión de servicios. Como puede observarse en el gráfico 10, en Japón a diferencia de Europa los servicios médicos no están divididos por tipo de intervención (atención primaria por parte de médicos generalistas, atención secundaria por especialistas, etc.) y tanto hospitales, como clínicas, abarcan los primeros dos niveles de atención. Esto implica un alto uso de revisiones médicas, estudios y tratamientos, mismos que se encuentran considerados en el gasto en clínicas y hospitales, así como un gasto alto en intervenciones quirúrgicas, reflejado por los gastos de internamiento en hospitales.



Fuente: Gráfico tomado de Health Systems in Transition: Japón. OMS 2009.

Como lo muestra el gráfico 10 en Japón al no existir la figura del médico familiar, la población se atiende en las clínicas y hospitales que son operados por entidades privadas o de carácter público, lo que por una parte permite la atención y tratamiento oportuno de los padecimientos, pero que por otro lado, al no contar con una portabilidad del expediente clínico la falta de seguimiento provoca costos repetitivos la necesidad de historiales clínicos y pruebas duplicadas. En contraparte, uno de los elementos que permite la contención de costos, es la eliminación de la competencia, que entre otras formas de contención se encuentran la fijación y estandarización de los precios de los servicios de salud, además de que en el caso de los hospitales, estos son administrados por organizaciones sin fines de lucro y gestionados por los médicos, a diferencia de las organizaciones con fines de lucro, las cuales no están autorizadas a poseer u operar hospitales.¹²⁴

¹²⁴ Como es de esperarse el control de precios tiene sus complicaciones en cada sector, por ejemplo: en Japón el servicio de los médicos en las clínicas de salud está ligado profundamente a la prescripción y venta del medicamento correspondiente, una situación que permite un mayor ingreso al gremio y una mayor eficiencia en los tratamientos, pero tiene el inconveniente del control en el consumo de fármacos, el cual se regula, a través de una mayor tarifa de copagos en ciertos medicamentos sujetos de abuso; en lo que respecta a la remuneración de

De acuerdo con Soto (2012) los problemas a que se enfrenta el sistema de salud japonés son: *una serie de déficits facultativos, sobre todo en ciertas ramas de especialidad, el uso excesivo del sistema de urgencias, el financiamiento de bolsillo para coberturas comunes como el parto y principalmente la carga del envejecimiento de la población y su acción doble tanto sobre los ingresos como con los costos de los tratamientos.*¹²⁵

Cabe resaltar que el sistema japonés otorga lecciones muy importantes a nuestro país, las cuales se distinguen por la necesidad de un elevado control sobre los sistemas de provisión por parte de los privados, la estandarización de los servicios y las tarifas, la eliminación de los conflictos de interés en la administración de los fondos de financiamiento y finalmente y quizá las más determinante: la eliminación del gasto catastrófico, a partir de la reducción drástica del gasto de bolsillo a través de una redistribución de los ingresos basado en instrumentos fiscales, como son los impuestos a la renta.

3.2.2 Corea del Sur

Corea del Sur representa un modelo de referencia muy importante para nuestro país ya que es una economía joven y la más pequeña de los casos revisados hasta el momento, además cuenta con un sistema de salud recientemente modificado, pero que ha logrado la cobertura total.¹²⁶

Corea del Sur gasta un aproximado de 6.9% de su PIB en servicios de salud.¹²⁷ A cambio de ello posee una cobertura total de su población en un esquema de seguridad social que ofrece cuatro prestaciones sociales, todas de carácter obligatorio: *a) Pensión nacional, b) Seguro de accidentes laborales, c) Seguro de desempleo y d) Seguro Nacional de Salud.* Este último, se adaptó teniendo como referencia el sistema de salud japonés, de esta forma se dio prioridad a tres áreas específicas contempladas en sus reformas: 1) la estructura administrativa, 2) la elección sobre quién sería cubierto, y 3) la política para la movilización de recursos financieros para el sistema. Como en Japón, los seguros coreanos de salud están divididos en dos grandes planes de cobertura:

- El seguro médico de empleadores y empleados
 - o Dentro de este hay una sub-clasificación un plan de clase uno y un segundo plan, ambos dirigidos para cualquier residente en la jurisdicción regional que le corresponda o elija. Con ambas coberturas el sistema nacional de salud logra proteger a más del 96% de los residentes en el país.¹²⁸

los hospitales, esta se hace en la forma de pago por servicio y se sujeta a un escalonamiento que busca premiar la brevedad en las estancias hospitalarias, apoyando la pronta curación en la forma de ir reduciendo las tarifas por días de internamiento; finalmente en lo que respecta a las farmacéuticas

¹²⁵ Actualmente, hay 2.5 personas en edad de trabajar por cada jubilado, aunado a una menor tasa de fertilidad y una mayor longevidad de la población, en 2055 tan solo habrá 1.2 trabajadores por cada adulto mayor. Esto significa que por cada adulto en edad de trabajar habrá una persona dependiente (niño en edad escolar o anciano).Soto (2012)

¹²⁶ Corea del Sur consiguió un seguro de salud universal en 1988.

La República de Corea del Sur implementó la cobertura de seguro de salud universal en sólo doce años. En 1976, el presidente Park Chung-Hee aprobó una serie de leyes para dar cobertura a una sucesión de grupos, comenzando con los beneficiarios de las empresas con más de 500 empleados, siguiendo con las empresas más pequeñas. Al siguiente año fue creado un programa similar al Medicaid de Estados Unidos para dar cobertura a los pobres y desempleados (Anderson, 1989). Para 1979 y 1981 se siguió con la ley para garantizar la cobertura de los trabajadores públicos y los trabajadores autónomos. Finalmente la cobertura se extendió a las poblaciones urbanas y rurales restantes (Anderson, 1989). Citados en Linstead (2010)

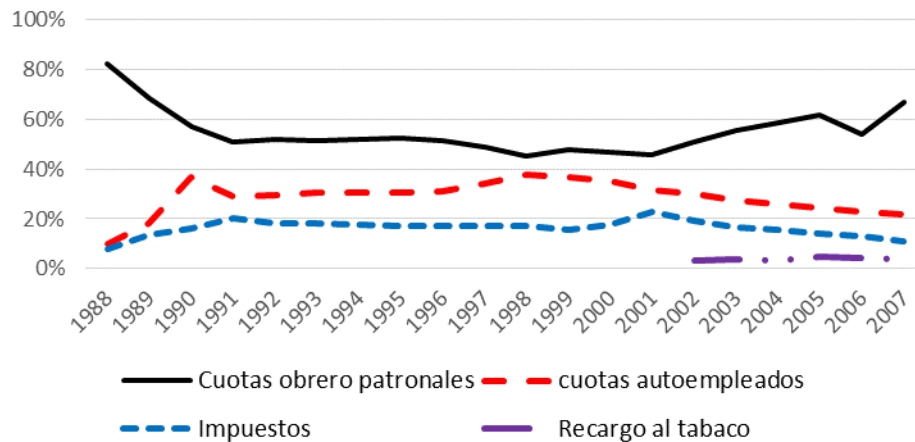
¹²⁷ (Vistazo a la salud, 2011).

¹²⁸ La distinción de los sub-planes es meramente administrativa como sucede en Japón respecto a los empleados de las empresas y aquellos por cuenta propia.

- El resto de la población, que no puede cubrir las contribuciones al sistema de salud, está cubierta por el programa de ayuda médica (MAP por sus siglas en inglés).¹²⁹

El modelo coreano adoptó muchas medidas del Japón, por ejemplo, en lo que respecta al financiamiento público, este representó en 2007 aproximadamente el 55% del gasto total en salud, al igual que en Japón dicho financiamiento es, a través de la aportación de cuotas obrero-patronales que se pagan equitativamente, entre empleado y empleador;¹³⁰ en segundo lugar como fuente de financiamiento se encuentran las cuotas privadas de los trabajadores por cuenta propia, mismas que están en función del ingreso de las personas,¹³¹ además hay otros ingresos más, que sufragan los servicios del sistema nacional.¹³²

Grafico 11. Tendencia de los componentes del ingreso en el Sistema de salud de Corea



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Ke Xu, et al (en *World Health Report* : 2010).

El grafico 11, muestra la evolución de los componentes de ingreso del gasto público en salud, resaltando el aporte obrero-patronal como el pilar de los ingresos públicos especialmente en la década del dos mil. El resto del financiamiento es de carácter privado (45%), este último es predominantemente gasto de bolsillo (35%), las coberturas privadas,

¹²⁹ Los beneficiarios del MAP se dividen en dos categorías. Clase 1 incluye los hogares donde ninguna persona es capaz de trabajar debido a una discapacidad, la vejez (es decir, más de 65 años) o el embarazo, y para personas en centros de enfermería y de bienestar. La Clase 2 incluye la protección de beneficiarios de vida (bienestar), que son empleables, pero no autosuficientes. Bae Chang, Kim Yang, Young Lee Jun, Yi Lee Sang. (en *Health systems review*: 2009)

¹³⁰ Los trabajadores empleados pagan el 50% de la contribución y sus empleadores pagan el otro 50%. Los funcionarios públicos pagan el 50% de la contribución y el gobierno, como su empleador, paga el otro 50%. Los empleados de las escuelas privadas pagan el 50% de la contribución, los propietarios de estas escuelas pagan el 30% y el gobierno subvenciona el 20% de la contribución. Todas las contribuciones son recogidas por el Consejo Nacional de Salud (NHIC por sus siglas en inglés), a través de sus seis sedes regionales en Seúl, Busan, Daegu, Gwangju, Daejeon y Gyeong-In, y a través de 178 oficinas. Actualmente la tasa de cotización es del 5.08% del ingreso bruto del empleado (desde el 1 de enero de 2008). (Bae Chang et al en *Health systems review*: 2009)

¹³¹ Para el pago de las cotizaciones se considera a una persona trabajador por cuenta propia, si se tiene un ingreso por encima del mínimo nacional (alrededor de US \$ 1, 326 al mes para una familia de cuatro (datos de 2008). (ibidem)

¹³² En la actualidad, las cotizaciones del seguro se calculan sobre la base de renta imponible en el caso de los suscriptores por cuenta propia con ingresos por encima de 5 millones de won... Para aquellos con una renta imponible superior a 5 millones de won, el monto de la contribución se calcula sobre la base de calificar el agregado de los ingresos, el valor de arrendamiento de propiedad y activos, incluyendo coche - el todo multiplicado por un valor en puntos. Para aquellos con un ingreso imponible de 5.000.000 won o menos, la renta se calcula mediante la asignación de puntos de calificación de acuerdo con la edad y sexo del jefe del hogar, el valor de arrendamiento de la propiedad y el impuesto de matriculación pagado. Esto se añade a la puntuación para el impuesto de valor de la propiedad y por el tamaño y la edad del coche en propiedad. Hyoung-Sun Jeong (en *World Health Report*: 2010)

aportan un 4% y el restante son fondos de caridad. Como se puede apreciar el desembolso de la población para cubrir los servicios de salud es bastante considerable.

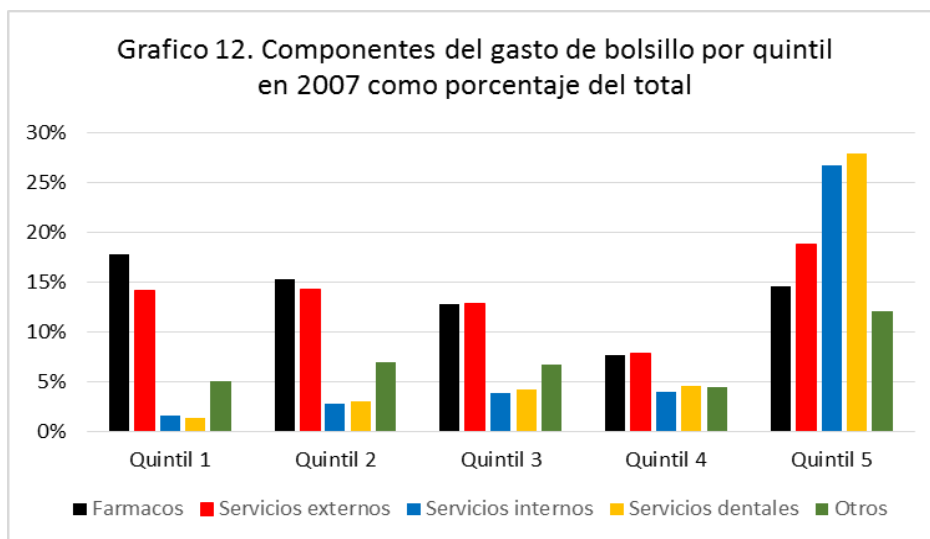
El sistema coreano es un sistema de pagador único, de tal manera que es el estado quien administra los pagos.¹³³ Sin embargo el estado solo financia el 65% de los gastos totales de seguro de salud; del resto del financiamiento es privado 36%, principalmente en la forma de pagos directos y los costos compartidos por pacientes, y en forma de primas a los regímenes de seguro de salud privado (Kim J, 2008).

De acuerdo con Chang Bae Chun et al (en *World Health Report: 2009*) *El gobierno se había comprometido originalmente para el pago de la mitad de los costos del Seguro nacional beneficiando a los asegurados por cuenta propia. Estos subsidios en realidad ascendieron a 54.5% del total de los gastos reembolsados por las sociedades de seguros de salud en 1988, lo que disminuyó de manera constante hasta 24.6% en 1999, pero luego volvió a aumentar a 37.9% en 2001. Con la modificación de las normas que tuvo lugar en 2002, los subsidios gubernamentales comenzaron a ser financiados a través de impuestos generales y con un nuevo impuesto sobre las ventas del tabaco. Finalmente, todo el que está inscrito en el seguro debe pagar una prima. Hay dos vías a través de las cuales se efectúan los pagos. 1) Los que tienen un trabajo ven deducida la prima de su cheque de pago, y la empresa empleadora paga la otra mitad., y 2) Los que no tienen un trabajo pagan su prima directamente al panel del Seguro Nacional de Salud. El importe de la prima se determina como el impuesto sobre los ingresos del contribuyente.*¹³⁴

Para 2006 el gasto de bolsillo seguía representando el 36% del gasto total en salud, destaca el quintil más rico que posee la mayor cantidad de desembolso, seguido por el quintil más pobre. Como lo hace notar XU (2010) el quintil más rico gasta más en servicios de hospitalización (Servicios internos) y en servicios dentales, mientras que los servicios de farmacología y gastos ambulatorios son los principales desembolsos en el quintil más pobre. El grafico 12, muestra los componentes del gasto de bolsillo asignado por quintiles, de acuerdo a Ke Xu et al, (en *World Health Report: 2010*) existe un factor a destacar entre clases sociales y este es el componente de gasto, el cual es diferente en cada rango de ingreso de acuerdo a la capacidad financiera y a las barreras institucionales y de mercado.

¹³³ *La Corporación de Seguro Nacional de Salud (NHIC por sus siglas en inglés) se convirtió en responsable de la inscripción, la recaudación de ingresos, así como del pago a los proveedores. Paralelamente, un Instituto de evaluación del Seguro de Salud (HIRA) es responsable de la revisión de reclamaciones y la evaluación. Tanto la NHIC y el HIRA están bajo la supervisión del Ministerio de Asuntos de Salud, Bienestar y Familia. Ke Xu (2010)*

¹³⁴ *Para comodidad del pagador, el pago puede ser con tarjetas de crédito en Internet o en una tienda de conveniencia, así como en bancos. Las transferencias de fondos automáticos y el pago por medios electrónicos están en aumento, y el 60% de suscriptores de la localidad optaron por la transferencia automática y el 9% para el pago por medios electrónicos en 2009. Los pagos por medio de lectores de caracteres ópticos (OCR estándar de) están en declive, pero todavía representan el 25% de los pagos. Chang Bae Chun et al (en *World Health Report 2009*)*



Fuente: Protección de riesgos financieros de Nacional Seguro de Salud en la República de Corea: 1995-2007. Ke Xu, et al., en *World Health Report* (2010).

El grafico anterior, pone de manifiesto una estructura interna muy heterogenea en el gasto de salud coreano, ya la demanda de servicios depende del ingreso y las restricciones en las coberturas de los seguros, lo que evidencia problemas de acceso. Por otra parte, reforzando esta problemática, es necesario mencionar que los gastos en hospitalización son un servicio común, conformado por una red con proveedores de predominancia privada, así también los servicios dentales, por lo que este tipo de atención representa un costo mucho más alto para el paciente. Esta barrera económica se extiende entre los más pobres abarcando gastos catastróficos con origen en copagos por servicios que así contempla el sistema en el plan del Servicio Nacional de Salud (SNS), y también por los cargos completos para pagar servicios no cubiertos por el SNS.

Para Xu (en *World Health Report*; 2010), existe un *trade-off* entre los beneficios pequeños para unos y los beneficios más grandes para unos pocos. En primer lugar, lo generoso de la cobertura de expedición de fármacos limita inevitablemente la cobertura para otros servicios, como los servicios de hospitalización dado una cantidad fija del total de los ingresos del SNS. En segundo lugar, el hecho de que el SNS reembolsa los gastos de medicamentos, siempre y cuando sean prescritos por un médico, anima a los pacientes a utilizar más los servicios de consulta externa con el fin de tener su gasto en medicamentos reembolsados.

Como se ha hecho notar, el sistema de salud en Corea tiene una provisión de servicios prácticamente privada. Según Lee (2003) esta representa más del 90% de los servicios de salud prestados, lo que repercute en la demanda inducida por el proveedor. Se puede realizar el pago a los proveedores por medio de contratos individuales o en grupo, siempre atendiendo el pago por servicio proporcionado en cada caso (las mismas reglas se ajustan para los proveedores públicos).

Un aspecto importante de la organización financiera del sistema de salud coreano, es que no hay presupuestos regionales, ni organismos compradores de carácter descentralizado, se trata de una relación monopólica que contrasta con el concepto de demanda inducida al que Lee hace referencia. Esta situación repercute en los costos, pero esta influencia se manifiesta de forma controlada debido a la imposición uniforme sobre los precios de los tratamientos, cuyo poder se detenta en el gobierno, al fungir como comprador central. Así pues, de acuerdo a Chang Bae Chun et al (en *World Health Report*: 2009) el gasto sanitario total se distribuye en un 33.6% a pacientes ambulatorios, 24.7% por medicamentos ya que una de las

formas de beneficios para los proveedores coreanos es la expedición y surtimiento de recetas por los mismos médicos, finalmente, la proporción de pacientes hospitalizados que se ubica en un 27.9% la cuál es inferior a la media de la OCDE y que tiene que ver con las posibilidades de la población de acceder a los tratamientos de tecnología de punta, pero altamente costosos. Lo anterior pone de manifiesto como al igual que en el caso japonés la estructura financiera ha determinado el tipo de gasto en salud, aunque existe una diferencia radical entre ambos países ya que en Japón el acceso a los servicios no presenta barreras económicas como sucede en Corea.

Esta postura la podemos comprobar al contrastar los datos ofrecidos por la Corporación del Seguro Nacional de Salud, (SNSC), en 2008 con las observaciones de Jeong y Shin (2006) quienes manifiestan que *La tasa de participación en los costos (pago de bolsillo en forma de copagos) se encuentra entre 10-20% para los servicios de hospitalización; entre 30 a 60% para los servicios de consulta externa, con un costo compartido más alto según sean las instalaciones de un nivel superior; y alrededor del 30% para los servicios de farmacia (SNSC, 2008)... Por lo tanto, más del 80% de los servicios hospitalarios tienen cargos especiales. La tasa de cargos especiales es entre 50 y 100% del precio de base.*

De acuerdo con la Estadísticas del SNSC, el Sistema Nacional de Salud (SNS) cubrió el 74 % de las tarifas de los servicios básicos en 2006. Sin embargo, al considerar el total del costo del tratamiento, sólo el 53.6% fue reembolsado por el SNS en términos reales (Jeong y Shin, 2006).

A simple vista uno de los problemas del sistema de salud coreano es la carga para el bolsillo del ciudadano, ya que la cobertura del sistema público es del 65% y en casos de enfermedades crónicas suele bajar hasta el 55% debido a la cobertura limitada en tratamientos y medicinas. El control de precios ayuda a solventar un poco esta situación, pero también afecta el gasto de servicios médicos ante conflictos de interés en la búsqueda por parte de los médicos de aumentar sus ingresos aumentando sus citas o revisiones a costa de la calidad y aumentando los tratamientos o las intervenciones médicas más onerosas para su gremio o en la prescripción de medicamentos privilegiados subjetivamente por el médico y mediante acuerdos con farmacias para surtirlos en lugares específicos. Gran parte de este problema deviene de la baja participación pública como proveedor de servicios de salud, por lo que el sistema privado da preferencia a las actividades más rentables como hospitalizaciones y especialidades y por supuesto el uso de tratamientos altamente costosos en uso de tecnologías de diagnóstico y medicamentos.¹³⁵

Finalmente, podemos concluir con el hecho de que las reformas en el sistema de salud de Corea del Sur se destacan por varios factores. Por un lado, es un sistema sanitario joven y por otra parte a pesar de poseer cobertura universal el financiamiento privado es sumamente alto, y la sostenibilidad del sistema se ve amenazada por el embate de los costos de los tratamientos. Una de las soluciones a las presiones financieras del sistema de salud se presentó en 2008, con el *seguro de cuidados de largo plazo*. (Song y Kwon: 2009). Esto se debió a que en Corea del Sur, casi 4 de cada 10 coreanos tiene 65 años o más ("Reforma

¹³⁵ *Dos de las principales reformas que se llevaron a cabo en julio de 2000: la integración de múltiples aseguradoras en un sistema de pagador único y la separación de las funciones de prescripción y dispensación entre médicos y farmacéuticos. Son parte de la intención de arreglar los problemas de conflictos de interés que elevan los costos en los tratamientos. El Gobierno ha introducido un sistema de prescripción obligatoria para las farmacias y con honorarios para los médicos. Los resultados de estas dos reformas plantean cuestiones interesantes que van más allá de los objetivos específicos de las reformas. Una de las cuestiones dio pie a huelgas, ya que las reformas fueron considerados por los profesionales de la medicina como una amenaza a su interés económico. Coincidentemente o no, el déficit financiero del sistema de salud se produce justo después de la decisión posponer los aumentos en la tasa de cotización al SNS. Por lo tanto, el gobierno aumento las tarifas para los servicios médicos, que a su vez contribuyeron al aumento del gasto del SNS (Jeong y Lee, 2003).*

Médica", 2010). Aunado al hecho de que la tasa de crecimiento de esta población, es más alta que en cualquier otra parte del mundo (OCDE Facebook, 2011). Esta situación involucra una presión adicional en los costos de consultas especializadas y el uso de alta tecnología en el tratamiento de enfermedades crónicas. Para Lee (2003)¹³⁶, el punto de presión se halla en la libertad del consumidor al elegir a su proveedor de servicios de salud, mismo que se selecciona según su prestigio, el cual a su vez, está asociado a prácticas novedosas con tecnología de punta. Además como lo observa Jung (2011)¹³⁷ *el sistema de prestación de servicios médicos no se ha establecido plenamente en Corea del Sur, y "cada médico puede ejercer desde su oficina privada, independientemente de la especialidad." Esto puede conducir a que la calidad de la atención sea muy variable.*

Lee (2003)¹³⁸ señaló un problema consecuente de la falta de regulación en la práctica médica de Corea del Sur que es la falta de rendición pública de cuentas, el resultado ha sido un uso excesivo de antibióticos en la población coreana, junto con un conjunto de pruebas excesivas y una alta tasa de partos por cesárea. Una situación que Yang (2008)¹³⁹ atribuye como causa principal al uso del método de pago de honorarios por servicio como *el factor más importante en los aumentos de costos en el sistema de Corea del Sur, ya que garantiza estructuralmente que las necesidades de recursos del sistema son de composición abierta, a diferencia del "presupuesto global" que se utiliza en el Sistema Nacional del Seguro de Salud de Canadá, o las cuotas mensuales planas pagadas por socio dentro de las organizaciones de atención médica administrada en los Estados Unidos.*

Corea del Sur representa un caso importante en la comparación con el sistema de salud mexicano. Por una parte, existe una mezcla de gasto público y privado, donde el gobierno aporta alrededor de la mitad del financiamiento de los gastos en salud y la otra mitad se lleva a cabo a través de gasto privado, principalmente gasto de bolsillo. El financiamiento público es mixto en sus fuentes y se alimenta de cuotas al sistema de seguridad social, y financiamiento tributario.

A diferencia de nuestro país la provisión de los servicios en Corea del Sur es predominantemente privada, pero en semejanza con nuestro sistema de salud la falta de provisión pública suficiente, conducen a la población hacia los servicios de salud privados donde el gasto de bolsillo tiene un gran peso en el acceso a la atención médica dados los altos costos en tratamientos y fármacos. Otro factor importante se encuentra en el uso de presupuestos centralizados y el control de las tarifas y precios de los servicios por parte de la autoridad pública, lo que contiene el efecto inflacionario que a diferencia de nuestro país es libre en el sector privado y controlado en el sector público a través del uso predominante de medicamentos genéricos.

3.2.3 China

China representa el último de los países asiáticos revisados y aunque es interesante su evolución, los datos presentados deben tomarse con mucho cuidado al ser complicado probar o contrastar la información proporcionada por el gobierno chino ante la búsqueda de legitimar su modelo de crecimiento. De esta forma China se distingue por tener un gasto público tributario de alrededor del 30%, un sistema de contribuciones de planes de

¹³⁶ Citado en Linstead R (2010). Estructura del sistema de atención de la salud y de entrega en la República de Corea Consideraciones para la Implementación de la Reforma de Salud en los Estados Unidos.

¹³⁷ ibidem

¹³⁸ ibidem

¹³⁹ ibidem

aseguramiento sociales del 35% y un gasto de bolsillo del 35% restante, resaltando que su sistema de salud ofrece una cobertura total pero con diferentes rangos de calidad.¹⁴⁰

China distingue en su sistema de atención a residentes urbanos y rurales, su modelo ha buscado la universalización de la atención primaria basada en una amplia participación privada. Como consecuencia del cambio al abandonar el modelo económico socialista, las reformas de salud en China han caminado de la mano junto con las necesidades económicas del país, pues el estado ha cedido su participación al mercado para suplir la falta inversión pública en este sector.

Actualmente China cuenta con tres programas de seguro médico: una cobertura rural conocida como el *Nuevo Esquema Rural de Cooperativa Médica*; una cobertura para empleados urbanos llamado *Seguro Médico Básico de empleados* y un seguro para los residentes urbanos desempleados, el *Seguro Médico básico para Residentes Urbanos*.

Las fuentes financieras de cada seguro son diversas, así el Seguro Rural exige una aportación de 120 yuanes por persona, además de contar con una subvención del gobierno central y local. Es necesario mencionar que el sistema de pagos en el sistema de salud chino, es a través del pago directo del paciente bajo una dinámica de reembolso por parte del estado.¹⁴¹ Por su parte, el *Seguro Médico para Empleados* se financia a partir de una cuota anual que asciende al ocho por ciento de la nómina del trabajador, la cual, se paga por parte del empleador (6%) y del trabajador (2%).¹⁴² Finalmente, en lo que respecta al *Seguro para Residentes Urbanos*, dicho seguro cuenta con una participación similar al seguro rural, donde hay una aportación individual y una subvención del gobierno.¹⁴³

El sistema de aseguramiento chino también ofrece cobertura a los trabajadores y jubilados de las empresas estatales (201 millones de trabajadores y jubilados). Sin embargo este no se considera un seguro como tal, ya que no hay una tercera parte que funcione como aseguradora.¹⁴⁴ En este caso el gobierno cubre casi la totalidad de los costos de tratamiento del trabajador bajo un sistema de reembolso, sin embargo el financiamiento disminuye a la mitad para con sus dependientes quienes también están protegidos aunque parcialmente.

Los trabajadores estatales están cubiertos por una prima gubernamental equivalente a 7% de los salarios básicos, una aportación patronal que da origen a un fondo en cada cada empresa de gobierno. Dicho fondo, paga las reclamaciones de sus propios empleados, dependientes y jubilados.¹⁴⁵

¹⁴⁰ China es el país más poblado del mundo, con más de 1200 millones de personas, de los cuales el 80% vive en la campo. Administrativamente, el país está dividido en 22 provincias, 5 regiones autónomas y 3 municipios metropolitanos bajo jurisdicción central. Las provincias, poseen un alto grado de independencia fiscal, y se dividen en 2182 condados, 47,000 municipios y 740,000 aldeas. Hsiao (1995)

¹⁴¹ Los niveles de reembolso que el estado realiza son de alrededor del 70 por ciento de la cuenta total y el límite máximo de financiamiento de la cobertura médica asciende hasta seis veces el ingreso anual neto de los residentes rurales. El reembolso del seguro rural se divide en tres formatos que cubren los gastos por enfermedades catastróficas, servicio médico ambulatorio y gastos de pacientes por hospitalizados). Fuente: Agencia sueca de análisis en políticas de crecimiento (2013).

¹⁴² Las primas de este seguro se administran en dos formas: una cuenta de fondo común y una cuenta de ahorro para servicios médicos. La cuenta de ahorro para servicios médicos se compone con la participación económica de los empleados (el 2% que aportan), más el 30% de la cuota del empleador y la cuenta común se financia con el 70% restante de los empleadores. (Ibidem)

¹⁴³ Una situación que se debe hacer notar en lo que respecta a este seguro, es que desde 2007, los subsidios del gobierno han aumentado anualmente, pero las contribuciones individuales no han aumentado significativamente, lo que significa que los subsidios gubernamentales constituyen más del 80 por ciento del total del fondo. (ibidem)

¹⁴⁴ De hecho, China opera en un sistema de auto-asegurado empleador. De esta forma el costo del seguro del empleado de gobierno se considera un gasto operativo. (ibidem)

¹⁴⁵ El mismo sistema se utiliza en fábricas de propiedad colectiva. Sin embargo, entre 1985 y 1990, el costo de la atención de salud por empleado aumentó nominalmente un 24.4%, esto es 9.5% más que el aumento de los salarios en efectivo. Para 1990, la mayor parte de las empresas encontraron que sus costos del seguro de salud igualaban el 9% de la nómina. En

De acuerdo con Hsiao (1995), el resultado de este esquema financiero en China es un alto financiamiento privado (36%), seguido por el pago de los empleadores ya sean industriales y/o gobierno (39%), finalmente las aportaciones gubernamentales las cuales son preponderantemente de los gobiernos locales.¹⁴⁶

Los servicios de salud en China se proveen por medio de hospitales, centros de atención primaria de salud y las instituciones de salud pública. De acuerdo con la *Agencia Sueca de Análisis en Políticas de Crecimiento*, en 2011, los hospitales urbanos atendieron el 36.8% de la demanda por tratamiento ambulatorio, los centros de salud comunitarios cubrieron un 8.8%, los centros de salud municipal 16.3%, los puestos de salud en los poblados 29.9%, y los centros ambulatorios clínicos en las ciudades 9.0% de la demanda. Ese mismo año China registraba un total de 21,979 hospitales de los cuales 65.2% eran hospitales generales (14,328), alrededor del 20% eran de especialidades y el resto de medicina tradicional. Aunque en china la mayoría de los hospitales son públicos (61.6%), una gran parte de Hospitales y clínicas son privados.¹⁴⁷

En China el gasto de capital fue cedido a los privados, lo que se estimuló, cuando el gobierno permitió que las clínicas y hospitales de origen privado cobraran tarifas mayores a la de los hospitales públicos.¹⁴⁸ De esta forma, falta de regulación en los precios permitió que la industria farmacéutica China caminara de la mano con la expansión de la infraestructura en salud, cuando se permitió un sobrecargo a los medicamentos nacionales por sobre los importados, fomentando la prescripción médica de fármacos chinos como otra fuente de ganancia para los proveedores de servicios de salud.¹⁴⁹

Hsiao (1995), hace referencia a un desorden en el sistema de salud chino en lo que respecta a las medidas tomadas para su evolución. Sin embargo, estas carencias no han disminuido los indicadores de salud en la nación oriental, lo que se debe en gran parte a su amplio y acelerado crecimiento que ha impactado en el desarrollo económico del país.

Una explicación era que el gobierno había mantenido su nivel de financiación (per cápita) para la salud pública y la prevención. Otra explicación posible era que el rápido aumento de los ingresos en China había mejorado la nutrición, el agua potable y la educación lo que compensaba los impactos adversos de los servicios médicos para las poblaciones de bajos

consecuencia, las empresas tuvieron que utilizar sus ganancias para financiar el déficit en su prima de seguro de salud presentando déficit en aquellos casos en que la empresa no había generado beneficios. El resultado fue que a menudo no era posible reembolsar los gastos de salud a sus trabajadores.

¹⁴⁶ Nótese que dentro del segundo porcentaje de aportaciones de los empleadores existe contenido de gasto público al considerar el aporte de las empresas estatales.

¹⁴⁷ Entre 2003 y 2007, el Programa de Servicios de Salud Rural de Construcción y Desarrollo del gobierno invirtió más de US \$ 2 mil millones en infraestructura de salud rural y equipos. Al mismo tiempo, hubo una rápida expansión de la oferta de los hospitales. Entre 2000 y 2008, el número de los hospitales generales se incrementaron en 23%, y los hospitales especializados en más del doble. El número total de los hospitales generales con más de 800 camas aumentaron casi 5 veces entre 2000 y 2008. (Barber S. y Yao L en *World Health Report: 2010*)

El número total de centros de salud primaria en China en 2011 fue de 918,003, lo que incluyó 32,860 centros comunitarios urbanos de salud (3.6%), 37,295 centros de salud del municipio rural (4.1%), y 184,287 de consultas externas (20.1%). Sin embargo, la gran mayoría de estas instalaciones se componían de los puestos de salud de la aldea (662,894), que representaron el 72.2 % del total. De igual forma, el número total de instituciones de salud pública era 11,926 en el 2011, incluyendo 3,484 Centros para el Control de Enfermedades (29.2%), 1,294 hospitales para el tratamiento especial y prevención de enfermedades (10.9%), 3,036 centros de salud materno-infantil (25.5%) y 3,022 instituciones de supervisión de la salud (25.3%). (Agencia sueca de análisis en políticas de crecimiento, 2013).

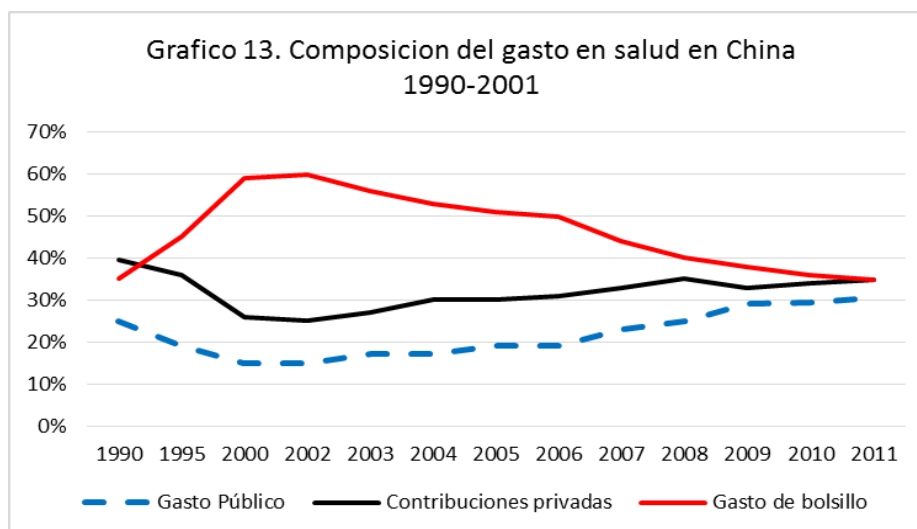
¹⁴⁸ A mediados del siglo pasado la atención médica tenía tintes rurales, pero para la década de los ochenta el vuelco hacia el sistema de mercado provocó la privatización de los servicios de salud en las ciudades y la carencia de atención al interior del país, como consecuencia el gasto de bolsillo en la nación China se incrementó.

¹⁴⁹ El financiamiento de la salud privatizada se abrió paso a través del gasto en fármacos. China realizó la mayor parte de su gasto de salud en medicamentos (45%), una porción más pequeña se dedicó al pago de consultas en clínicas y hospitales (21%), quienes además eran los que prescribían los medicamentos como tratamiento principal. (Hsiao, 1995)

ingresos. No obstante, la experiencia china mostró que su creciente gasto por persona para el cuidado de la salud a través de tarifas a los usuarios y los seguros no había producido una mejora proporcional en su status. (Hsiao, 1995)

El autor menciona tres cambios a tomar en cuenta dentro de la evolución del sistema sanitario en china. En primer lugar, se trata del predominio de la iniciativa privada en la provisión de los servicios de salud como producto de la falta de recursos del gobierno, mismos que estaban concentrados en el impulso a las empresas del estado. Esta situación implicó una heterogeneidad en la calidad de los servicios, especialmente en las áreas rurales ya que la provisión está sujeta a la capacidad de pago de los pacientes.¹⁵⁰ El segundo cambio, se hizo en concordancia con el primero al otorgar la independencia financiera de los hospitales, lo anterior significa, que a pesar de estar en la nómina gubernamental (el gobierno solo cubría los salarios del personal, aproximadamente 25 o 30% de los gastos), el resto de los ingresos necesarios para su operación tuvieron que ser financiados, a través del cobro de su operación, lo que le daba un tinte competitivo y de lucro a los hospitales de ese país. Tercero, la prescripción de medicamentos como la fuente de rentabilidad del quehacer de los profesionales de la salud, ya que los productos farmacéuticos son de origen nacional, el consumo de fármacos permitía el funcionamiento de dos industrias a la vez.¹⁵¹

El resultado de estas medidas puede notarse a partir del gráfico 13, que muestra como el gasto de bolsillo se disparó a raíz de las reformas que privilegiaron el mercado. Sin embargo, para finales de la década del dos mil, el gasto de bolsillo fue cediendo su participación de casi el 60% en 2002 hacia un 34.9% en 2011, una proporción que fue substituida por las contribuciones a los seguros (tanto cuotas obrero-patronales, como contribuciones independientes) y el papel de algunas empresas mutualistas de carácter privado que se han expandido principalmente en las zonas urbanas de China después del año 2000.¹⁵²



¹⁵⁰ Para 2005, el Gobierno puso en marcha el Sistema de Atención Médica de Nuevas Cooperativas Rurales provocando que millones de residentes rurales ganaran cobertura médica básica, con financiamientos diversos que van desde el 30 al 80% de los gastos médicos. Según reportes del gobierno en 2011 más del 95% de la población total de China tenía seguro de salud básico, aunque los costos directos de su bolsillo siguen manteniéndose altos.

¹⁵¹ Los centros de salud y clínicas obtienen el resto de sus ingresos por cuotas de los usuarios, que en su mayoría provienen de la prescripción y dispensación de medicamentos. A los Hospitales, centros de salud del municipio y médicos de los pueblos se les permite marcar sus medicamentos arriba del precio de los medicamentos occidentales en un 13 a 15% más, y en el caso de la medicina tradicional a base de hierbas chinas esta se sobre apreciaba hasta en un 25%. Hsiao (1995)

¹⁵² En 2010, alrededor del 7 por ciento de la población estaba cubierto por un seguro privado con pago de primas totales por 67.7 mil millones de yuanes RMB

Si bien la cobertura se ha ampliado y el gasto de bolsillo ha disminuido, el reto de China se encuentra ahora con la suficiencia y calidad de los tratamientos, así como con los principios de redistribución del ingreso y solidaridad del sistema de salud. Por ejemplo: el sistema de reembolso en las áreas rurales se enfrenta a la capacidad económica de los habitantes y los periodos de espera entre el gasto y la recuperación de los recursos; otro problema se halla en la portabilidad del servicio, eso significa la capacidad de aseguramiento y provisión de los hospitales y clínicas ante la migración rural hacia las áreas urbanas al ser ámbitos regionales e instituciones de salud diferentes; otros problemas graves se encuentran en la disposición de personal capacitado, en el abuso de antibióticos por parte del sistema, y finalmente la organización y regulación de las actividades médicas y de salud en las unidades ya sean públicas o privadas.

Lo que china aporta a nuestro país es un ejemplo claro de cuando las políticas de crecimiento subordinan a las políticas de desarrollo social, rezagando el bienestar y condicionándolo al ingreso de las personas, como producto de la preponderancia que tiene el mercado privado por sobre la provisión de carácter público, todo ello dentro de un esquema financiero que carece de una redistribución del ingreso en forma progresiva.

Conclusiones por continente

En este bloque de países podemos contrastar de forma más nítida las problemáticas que nuestro país enfrenta en la transición que está llevando a cabo. Por una parte Japón ha demostrado que a pesar de tener una serie de transformaciones como consecuencia de la posguerra, su sistema de salud se ha logrado consolidar mucho después de lo que las naciones europeas lo consiguieron. Sin embargo, ese desfase no ha sido obstáculo para que el modelo de salud japonés sea uno de los mejores del mundo, a diferencia de lo que ocurre con Corea del sur y China.

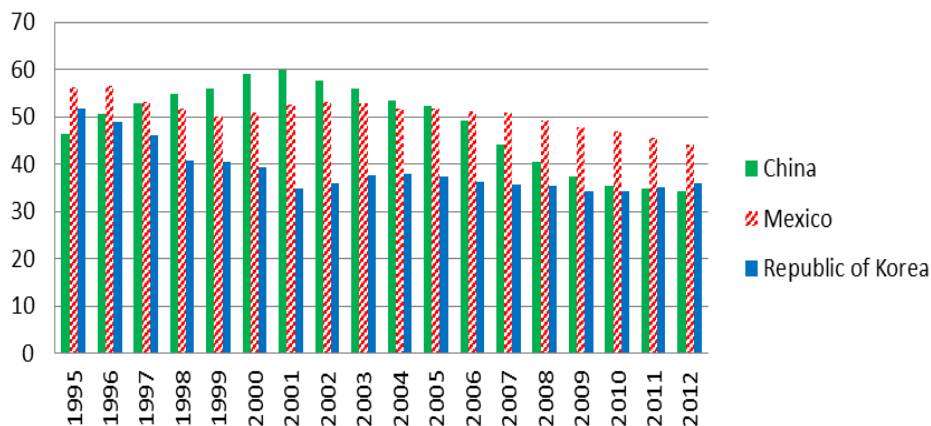
Japón ofrece una cobertura total de servicios integrales con una alta participación gubernamental, en un esquema montado en la seguridad social y fortalecido por el financiamiento contributivo como una medida que redistribuye el ingreso y gasto en salud al reducir el gasto de bolsillo en los hogares y por tanto su vulnerabilidad ante eventos catastróficos originados por alguna enfermedad o padecimiento, además y lo más importante su esquema financiero elimina las barreras de acceso y su regulación sobre los proveedores homogeniza la calidad y precio de los servicios; Corea del Sur por otra parte, ha financiado su financiamiento sobre el sector privado, la diferencia estriba en el esquema financiero y la regulación del mercado de aprovisionamiento de los servicios de salud. En Corea del Sur la regulación del mercado no incluye el control de los precios en fármacos y servicios de salud, lo que automáticamente vuelve heterogéneo el costo y la calidad de los servicios de acuerdo al proveedor que se contrata. La predominancia de las pautas de mercado, ha tenido como resultado mucha presión por el lado de la oferta y la demanda de fármacos especialmente antibióticos y de tratamientos de alta especialidad. Debido a estas circunstancias, dentro del sistema de salud coreano la cobertura universal ha sido insuficiente para consolidar un sistema de salud para todos y en condiciones similares de calidad y acceso.

Finalmente en China, se promueve al sector privado como motor del crecimiento en el sector salud, al permitir que la inversión del sector este motivada por los beneficios que detenta la actividad en su interior, tal es el caso de la emisión de recetas y la venta de medicamentos por parte de los médicos, clínicas y hospitales, haciendo a un lado el papel de

las farmacias o dispensarios independientes. La consecuencia de esta política un aumento de la rentabilidad para los privados y para la industria farmacéutica china, a costa un alto nivel de gasto de bolsillo. Nuevamente como sucede en Corea del sur, en China existe una alta diferenciación de los tratamientos en razón del área geográfica y el nivel de ingreso de los usuarios.

Como un caso de referencia para nuestro país la gráfica 14, presenta un comparativo de la evolución del gasto privado en salud como proporción del gasto total de salud de China, Corea y en nuestro país. Como puede observarse a pesar de las reformas llevadas a cabo en China el porcentaje de gasto privado en la población sigue siendo muy alto. En lo que respecta a Corea, si bien la reducción del gasto de bolsillo es notoria entre una década y otra, las diferencias en la provisión de servicios sigue vigente, además que la contención de costos en su sistema, depende frágilmente del control de precios ejercido por el gobierno y las concesiones que se dan al sector privado en su ejercicio diario.

Gráfico 14. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud por país



Fuente: OCDE 2013

Finalmente en lo que corresponde a nuestro país, las reformas del sector salud llevadas a cabo en el año 2000 con la conformación del programa del Seguro Popular no han surtido efecto en el gasto privado en salud. La enseñanza de este bloque para nuestro país es muy clara: un esquema financiero poco progresivo implica un alto gasto privado (esencialmente de bolsillo), la consecuencia de esto es calidad variable en el servicio, presión en los costos de fármacos y tratamientos y la permanencia de las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de los más vulnerables en una sociedad.

3.3 Sistemas de salud en América.

El tercer apartado de este capítulo está dedicado a la revisión de los modelos en América, específicamente el modelo canadiense, norteamericano, colombiano y chileno. Este grupo de estudio presenta la mayor heterogeneidad en cuanto a modelos de salud se refiere. Por una parte, se tiene un sistema de salud altamente mercantilizado como el norteamericano, puede decirse que es el sistema de mercado de servicios de salud más desarrollados a nivel mundial; Canadá por su parte, recientemente se ha constituido como un modelo altamente socializado y regulado por el estado, y ofrece un sistema de salud muy parecido al de las naciones europeas; en contraste con estos dos países, las naciones latinoamericanas que se revisan (Colombia y Chile), han adoptado un modelo de aseguramiento universalista bajo el marco de la competencia administrada, es decir una versión del sistema de mercado. Sin

embargo, a diferencia de los países asiáticos, en Latinoamérica se fomenta la actuación de los privados, sin la presencia de una política industrial guía, lo que implica que los problemas en materia de desarrollo social que el modelo de salud no atiende, no son subsanados por las consecuencias del crecimiento económico y del ingreso, esto impacta seriamente en la permanencia de las barreras de acceso y la calidad heterogénea de los servicios de salud, los cuales, siguen estando en función de los ingresos del paciente.

3.3.1 Estados Unidos de América

Los Estados Unidos poseen un modelo de salud basado en el mercado privado, dicho modelo absorbe cerca del 17 % del PIB para atender una población cercana a los 316 millones de habitantes. Sin embargo, por sus cifras, el modelo estadounidense es uno de los más caros del mundo y solo recientemente (con la reforma del impulsada por el presidente Obama) podría hablar de lograr una cobertura universal.

En el sistema de salud estadounidense, el sector privado ocupa un lugar primordial participando con el 52% del gasto total, con ello se logra una cobertura de poco más del 60% de la población. Por otra parte, el esquema financiero del gasto privado en servicios de salud se divide en dos partes: en primer lugar resalta el pago de coberturas de seguro, lo que constituye el 40% del total del gasto en salud de la nación y en segundo lugar, el pago de bolsillo que aporta el 12% del total ya mencionado.¹⁵³ Finalmente, el resto del gasto en salud norteamericano está constituido por el gasto en los programas de salud pública, un gasto que cubre aproximadamente a un 30% de la población norteamericana, cuya mayoría está constituida por ancianos, mujeres y niños en calidad de vulnerabilidad.¹⁵⁴

Como puede deducirse, el esquema financiero norteamericano es diverso, no solo debido a la cantidad de intermediarios, sino también por la cantidad de fuentes financieras, como a continuación se explica; ya que una de las modalidades financieras más importante de los planes de salud privada es el *auto-seguro*, cuya característica principal consiste en un seguro médico otorgado por parte de la empresa contratante, pero con el distintivo de que es la misma empresa quien administra el fondo de cobertura mutualista.¹⁵⁵ Lo relevante en este esquema de seguro del empleador, se encuentra en la gestión de los recursos, ya que la empresa, puede optar por contratar el plan de una aseguradora o solo requerir sus servicios de administración, manteniendo los fondos acumulados como parte financiera de la empresa misma.¹⁵⁶

¹⁵³ Fuente: Centro Nacional para las estadísticas de la salud de los Estados Unidos

¹⁵⁴ Con la reforma al sistema de salud, el presidente Obama intentó ampliar la cobertura nacional a un 100% basado en el uso de seguros obligatorios y primas de compensación para aquellos que coadyuvaran al financiamiento de los segmentos excluidos por el sistema de salud norteamericano tanto en el ámbito privado como burocrático.

¹⁵⁵ De acuerdo con algunos datos, en 2010 alrededor del 59% de las coberturas se encontraban con planes de auto-seguro (Benefit Research Institute: 2009) de esta manera las empresas que poseen entre 3 y 199 empleados representaron el 12% de las coberturas, ocupando la mayoría del rango de auto-seguro aquellas empresas con 5000 o más empleados.

De acuerdo con este instituto: *Recientemente con La Ley de Protección y Cuidado de Salud Asequible para el Paciente (ACA) se proporciona un incentivo para que los empleadores garanticen que la prima que se pasa al empleado no constituya más del 9% o 10% de sus ingresos. De ser así, si asciende a más, los grandes empleadores incurrirán en obligaciones tales como ofrecer al empleado un vale de descuento para la compra de una póliza de seguro... en consecuencia, la modalidad de las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO), ha sido ampliamente adoptada por los empleadores porque además de ser sujeta a deducciones de impuestos contiene un margen alto en copagos y deducibles al paciente que le ahorra gastos al empleador en el precio del plan, en contraparte los planes ofrecen coberturas más extensas al beneficiario...* (Benefit Research Institute: 2009).

¹⁵⁶ La operación es semejante a las aseguradoras alemanas que poseen fondos de carácter gremial, sin embargo la diferencia radica en el tipo de organización y los fines de lucro.

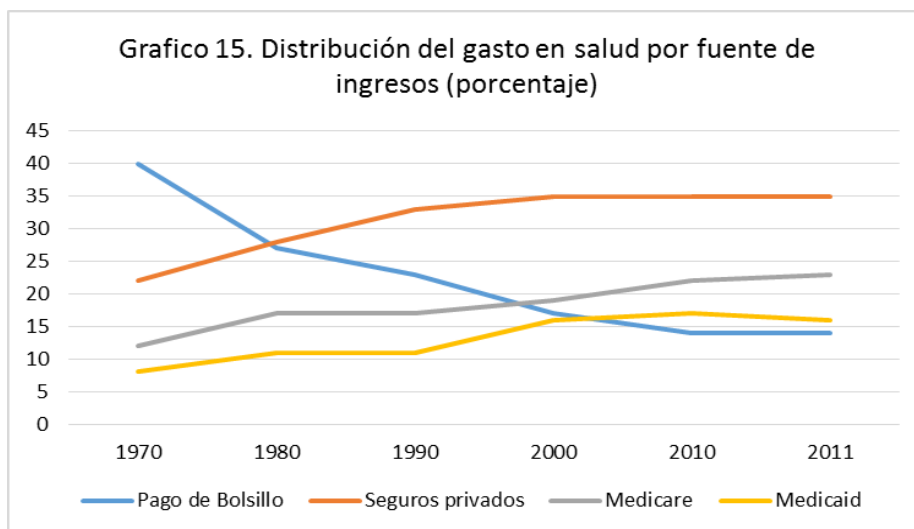
La contraparte del *auto-seguro empresarial* son los planes contratados con las aseguradoras, bajo esta modalidad, el mercado de salud norteamericano es muy variado en cuanto al tamaño de los intermediarios y su mercado objetivo. Como puede deducirse, esto da pie a una enorme diversidad en la calidad de los servicios e incluso disparidad en las tarifas, y en acceso a diferentes tratamientos. No obstante la variedad de ofertas en el mercado, (en los Estados Unidos existen más de 1000 empresas aseguradoras), el mercado se encuentra altamente concentrado.¹⁵⁷

Cada compañía aseguradora ofrece diferentes planes de atención los cuales se diferencian principalmente por los niveles de cobertura y el tamaño de los deducibles. De las modalidades de coberturas una de las que más ha destacado recientemente en los Estados Unidos son las coberturas ofrecidas por las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) cuya presencia en el mercado se concentra en empresas grandes de 200 a más empleados, abarcando el 83% del mercado. Estos planes han desplazado a las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) las cuales abarcan solamente 32% del mercado (Fundación Kaiser Family y de Investigación de la Salud y la Educación, Trust 2010).

Dada la diversidad de la atención ofrecida, en la nación norteamericana existe una fuerte regulación. Sin embargo, esta se aboca más a regular los límites que no deben exceder los agentes, dejando un amplio margen de maniobra en las medidas que pueden tomarse sin sobrepasar la regulación, lo que se traduce en una situación de gran variedad en la calidad de la atención. Por lo tanto, puede decirse que las coberturas médicas están sujetas a las leyes del mercado, presentando al interior barreras de acceso a los servicios de salud tanto de carácter económico como burocrático.

El gráfico 15 ayuda a mostrar el comportamiento del esquema financiero norteamericano a lo largo del tiempo y las mejoras con respecto a la presencia del gasto catastrófico como factor clave del bienestar y la presencia del gasto de bolsillo como una de las tantas barreras de acceso a los servicios de salud. Así de esta forma, se puede apreciar como el gasto de bolsillo ha disminuido a consecuencia del alza en la contratación de coberturas de seguro y la aparición de los programas públicos de salud, permitiendo una mejora en el acceso de la población económicamente débil a los servicios médicos.

¹⁵⁷ Por ejemplo: Grupo United Health, Wellpoint, Aetna, la corporación Health Care Services y CIGNA controlaban alrededor del 50% del mercado en 2009. En el caso del aseguramiento ofrecido a pequeñas empresas, la competencia sigue un esquema similar de concentración, solamente que esta se da de forma local, por ejemplo: *En 2008, la compañía de seguros más grande en Arizona controlaba el 21% del mercado pequeño (PacifiCare Life Assurance Company); en Alabama el 96% del mercado pertenecía a Blue Cross Blue Shield de Alabama. En poco más de la mitad de los estados entre las cinco aseguradoras más grandes controlaban 90% del pequeño mercado de seguros de grupo. (Oficina de Responsabilidad Gubernamental EE.UU., 2009).*Fuente: Servicio de Investigación del Congreso, 2009.



Fuente: Centros para servicios médicos, 2012

Notes: Incluye CHIP o Programa de seguros para Niños

En cuanto al gasto público, como la gráfica 11 lo muestra, la nación norteamericana cuenta con dos programas de asistencia médica: Medicare¹⁵⁸ y Medicaid¹⁵⁹ ambos cubren alrededor del 30% de la población, y son financiados mediante ingresos fiscales, tales como: impuestos corporativos, impuesto sobre la renta, al valor agregado y a las ventas. Estos recursos son canalizados tanto desde el ámbito federal como estatal.¹⁶⁰ Cabe señalar que pese a la importante aportación federal a estos programas, son los estados quienes definen las circunstancias del tratamiento al interior de sus demarcaciones, delegando al nivel federal la conformación de los organismos que regulan el comportamiento de los participantes.¹⁶¹

¹⁵⁸ Medicare es un programa que ofrece seguro hospitalario y seguro médico suplementario para la población de la tercera edad (no suministra cobertura farmacéutica). Medicare se divide en cuatro partes, A, B, C y D: la Parte A, consiste en dar cobertura hospitalaria pagando por servicio proporcionado, tal como: hogar de ancianos, salud en el hogar y el cuidado de hospicio. La Parte B, ofrece un Seguro Médico Suplementario, también paga por servicio prestado y abarca servicios médicos; atención ambulatoria; equipos médicos, pruebas y radiografías. A pesar de su carácter voluntario, alrededor del 95% de los elegibles se inscriben en ella, ya que está fuertemente subsidiado. La Parte C, Medicare Advantage, es una alternativa a las partes A y B, es voluntaria, su atractivo consiste en una serie de pagos en forma fija mensual para cada persona inscrita cubriendo situaciones como: tratamientos de la visión, la audición y / o atención dental, las primas son pagadas a los planes de salud que se contratan. Por último se encuentra la Parte D, que ofrece cobertura de medicamentos recetados, también es voluntaria. Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2010c Estados Unidos, citado en Health System, U.S.A., 2013

¹⁵⁹ Medicaid beneficia a 35 millones de personas (casi la mitad de pobres en América), es administrado por los estados y costado con una mezcla federal-estatal, cubre a madres y niños en situación de pobreza, discapacitados y ancianos, suplementa a Medicare con relación a la población empobrecida de la tercera edad. En 2009, el total de gastos de Medicaid eran el 15% del gasto total en salud en los Estados Unidos. Alrededor del 60% del total del gasto de Medicaid se dedica a la atención aguda, y el 40% a cuidado a largo plazo. Por ley, ningún Estado paga más del 50%, de los gastos por tratamiento. (Ibidem)

¹⁶⁰ Las tasas de impuestos corporativos son progresivos, van desde 15% en los niveles más bajos de ingreso corporativo hasta un 35% en los más altos. El sistema era un tanto regresivo se aplicaba sólo a la primera tabulación de los ingresos, \$ 106 800 obtenidos en el año 2011 pero con la reforma en salud del presidente Obama, la progresividad se incrementa, lo que eleva el impuesto de Medicare en un 0.9% para las personas que ganan más de \$ 200 000, y las parejas casadas que ganan más de \$ 250 000, para 2013. Además, impone un impuesto adicional del 3.8% en la inversión para los estadounidenses más ricos. (ibidem)

¹⁶¹ El departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) es la agencia de salud más importante en los Estados Unidos, tiene un presupuesto de alrededor de 25% del total de los desembolsos federales; el Centro para los servicios de Medicare y Medicaid (CMS), administra los programas de Medicare, Medicaid y CHIP, que cubren aproximadamente 100 millones de estadounidenses, tiene cerca de 5,000 empleados y en 2013 registró gastos por un monto de \$ 794 mil millones de dólares; la administración de medicamentos y alimentos (FDA) es responsable de garantizar la seguridad y la eficacia de los medicamentos. Su presupuesto 2013 fue de aproximadamente \$ 2.5 mil millones; El Instituto Nacional de Salud (NIH) fomenta descubrimientos fundamentales, su presupuesto en 2013 fue de aproximadamente \$ 31.8

Desde el punto de vista financiero, los programas públicos mantienen la misma mecánica operativa de los seguros privados ya que los programas de salud pública funcionan también con un rol de intermediarios, es decir, que la provisión de los servicios depende de los hospitales y clínicas afiliados, pero sobre todo depende de la utilidad que perciben, la cual se manifiesta a través de los contratos con los intermediarios financieros. Por ser un campo con necesidades especiales, las aseguradoras han configurado un ramo de servicio especial en materia de atención a la salud, ya que requiere de especialistas con conocimientos médicos, lo cuales determinan la cobertura, el financiamiento y las restricciones incluidas en las pólizas así como los casos especiales. De acuerdo con datos de la OMS (2013) 56% de los asegurados en forma privada dentro de los Estados Unidos se encuentran cubiertos bajo un esquema ofrecido por las Organizaciones de Proveedores Preferidos (OPP)¹⁶², las cuales son una de tantas figuras de intermediación financiera en materia de salud, el resto de la población que ha contratado planes de aseguramiento se reparte entre las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (estas mantienen alrededor del 25% del mercado) y distintas formas de provisión.¹⁶³

Pese a las figuras especializadas de intermediación financiera en materia de salud, el problema de la concentración de mercado sigue sin solucionarse, ya que no depende de la cantidad de agentes en competencia sino de la estructura misma de dicha competencia, la cual está condicionada por su estructura de financiamiento que se basa en fines lucrativos y no de salud.¹⁶⁴ Un claro ejemplo es la aparición de las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO por sus siglas en inglés) las cuales se incorporaron al sistema norteamericano para incentivar la competencia y evitar la concentración que estaban acumulando las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), las cuales a su vez se incorporaron por su enfoque inclinado a la provisión de servicios básicos y preventivos, como una medida de contención de costos. El resultado fue que las personas se concentraron en las PPO debido a que con ellas pueden acceder a tratamientos especializados sin tener que pasar por un médico generalista. De esta manera los esquemas de aseguramiento más la competencia de mercado y los estilos de vida de la gente provocan que no exista la figura de médico de cabecera en la mayoría de las familias norteamericanas, el resultado es una serie de medidas ineficaces para contener los costos a través de la atención primaria.

mil millones. La administración de salud para veteranos (VHA) es operada por el Departamento de Asuntos de Veteranos, cubre 6 millones de veteranos en 1,400 sitios en todo el país, incluyendo aproximadamente 170 centros médicos, que emplean a más de 250 000 personas, y entre ellos más de 100 sistemas académicos de salud. El gasto en atención médica de la VHA superó los US \$ 40 mil millones en 2009. El Sistema de Salud para los Militares (TriCare) es financiado, a través de ingresos generales federales, paga por los servicios de salud de civiles activos en el ejército y sus familias y algunos jubilados, sirviendo a casi 10 millones de personas, a través de un sistema de atención médica administrada. El total de gastos por cuidado militar era alrededor de \$ 50 mil millones en 2010. (Ibidem)

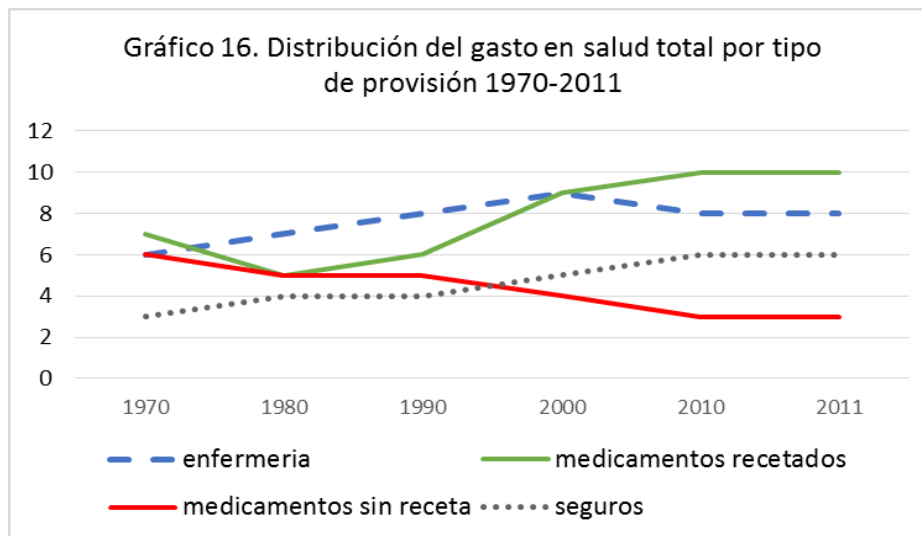
¹⁶² Las Preferred Provider Organizations (PPO) son un esquema de provisión privado que ha sustituido recientemente a las Health Maintenance Organizations (HMO) debido a que su esquema de pago a los proveedores apoya la contención de costos en los servicios de salud para los contratantes. Las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) han llegado a dominar el mercado de los seguros privados. Estas organizaciones, pagan a los médicos sobre una base de pago por servicio, y poseen contratos mucho más flexibles con médicos y hospitales, lo que permite una red más grande y una mayor comodidad y accesibilidad para los pacientes.

¹⁶³ Las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud son una figura financiera de tercer pagador ya que ellos contratan y liquidan los tratamientos de sus clientes. Las HMO proporcionan servicios de atención de la salud sobre una base de prepago a través de una red de proveedores, estas organizaciones crecieron rápidamente durante la década de 1980 y principios de 1990.

¹⁶⁴ De acuerdo con los reportes de la OMS: *En 2010, 165 millones de estadounidenses de 0-64 años fueron cubiertos por los seguros privados, (casi un 90%).*

Debido al esquema actual, el sector de servicios de salud norteamericano conlleva el uso de formas de atención costosas, al privilegiar los métodos más novedosos de tratamiento y medicación, más como una herramienta competitiva que como un proceso sostenible e incluyente, lo que tiene como consecuencia un elevado costo de la atención médica junto con una fuerte presencia de polarización en el acceso a los servicios médicos en términos generales, incluso con la aparición y crecimiento de los programas públicos, esta situación se encuentra lejos de aminorar, ya que al operar bajo el mismo esquema de intermediación que las aseguradoras privadas, los programas públicos solo han conseguido un crecimiento de la demanda por servicios de salud, y con ello un aumento en las presiones sobre los precios. La conclusión a simple vista resulta obvia, si no se tienen en cuenta el esquema financiero como determinante del control de costos en el sistema de salud, cualquier modificación sobre la demanda generada por los programas públicos aparentará ser responsable del alto costo del sistema médico estadounidense.

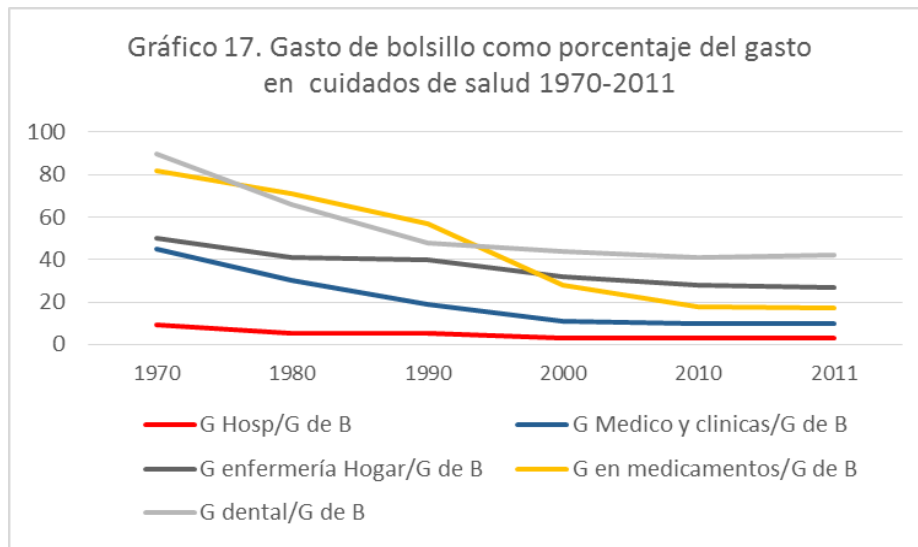
La otra faceta de suma importancia en el sistema de salud norteamericano está representado por las farmacéuticas, las cuales son parte importante del gasto de bolsillo. Algo muy notorio dentro del sistema de salud norteamericano es el uso de liquidación de los servicios por cuenta propia y el uso de copagos, debido a ello han aumentado la contratación y uso de complementos a las coberturas de seguro para reducir efecto que tienen los eventos no contemplados en las pólizas contratadas y por ende su impacto negativo en la economía personal. El gráfico 16 da cuenta de cómo la estructura de mercado ha potenciado el crecimiento de los costos, a través del acceso de la población a servicios más especializados y tecnológicamente de punta.



Fuente: Centro de servicios de Medicare y Medicaid 2012.

Dentro del gráfico se muestran dos tendencias en el gasto de salud norteamericano, por una parte se refuerza la proposición del uso de tratamientos y medicamentos especializados como factor de alza en los costos (resalta la importante participación de los fármacos dentro del gasto total en salud), ya que como puede observarse el gasto en medicamentos recetados se ha elevado con el tiempo; la segunda tendencia mostrada es el alza del gasto en coberturas médicas, la cual eleva un comportamiento similar al de los fármacos ya que está ligada con ellos a las consultas médicas que originan las recetas del tratamiento. Para efectos de análisis en el gráfico 16 se han excluido los cuidados hospitalarios y los servicios médicos, por ser estos los de mayor aporte y menor cambio a lo largo de todo el período presentado

(resalta que en 1970 los hospitales y los servicios generales primarios incluyendo servicios médicos acumulaban un total de 55%; para 2011 las proporciones fueron 32% y 20% respectivamente acumulando un 52%). Para reforzar esta afirmación acerca del impacto del consumo de los medicamentos en el gasto de bolsillo y la modificación de este efecto a través de la inclusión de los fármacos como parte del beneficio contemplado en las coberturas de seguro se presenta el gráfico 17, el cual muestra de forma específica, la proporción en que participan los desembolsos personales al interior de las actividades de cuidados de la salud, destaca la evolución de medicamentos debido a su importante efecto en el gasto de salud. Como puede notarse en el otro extremo se encuentran los servicios de atención médica general y especializada, mismo que en su mayoría están contemplados casi en su totalidad dentro de la cobertura de los planes de aseguramiento.



Fuente: Centro de servicios de Medicare y Medicaid 2012.

La importancia del debate entre el gasto de bolsillo y el alto costo de los servicios de salud como una barrera de accesibilidad se puede ejemplificar bajo la siguiente perspectiva: mientras para algunos autores como Himmelstein et al. (2005) *los pagos de bolsillo se ubicaron en 2001 como una seria causa de catástrofes económico-familiares al resaltar que casi la mitad de las familias de Estados Unidos que se declararon en quiebra en 2001 citó alguna deuda médica como una causa*. La conclusión es contundente, el esquema de financiamiento norteamericano es el determinante principal del alza de los costos en los tratamientos médicos ya que los planes de aseguramiento privado son tan importantes en la participación del mercado de servicios de salud que no solo la población no cubierta por los servicios públicos debe contratar con algún plan de aseguramiento privado, sino que incluso la población en desventaja económica cuenta con algunos planes suplementarios. En consecuencia, si el mercado es la directriz principal de la provisión las barreras de acceso al consumidor manifestadas en la forma de casos de conflicto de interés y de selección adversa ha consolidado el uso del gasto de bolsillo como barrera financiera, lo que consolida una estructura de provisión con una amplia pre-existencia de gastos catastróficos en los Estados Unidos.

Conclusiones

El reto de los Estados Unidos como sistema y como país no solo se encuentra en aumentar su cobertura poblacional, sino también en soportar la presión inflacionaria que representa el

gasto en salud dentro el presupuesto privado y público¹⁶⁵. Si tomamos en cuenta que por cada dólar gastado en la atención de salud en los Estados Unidos alrededor del 30% se destina a la atención hospitalaria, existen razones de peso para considerar que el patrón de atención que fomenta la contratación de un plan, al privilegiar la consulta especializada por sobre la atención de un médico generalista encarece los costos.¹⁶⁶ Además, si consideramos que aproximadamente el 10% del gasto en salud está involucrado con la adquisición de medicamentos, el papel de las farmacéuticas se vuelve crucial pues están presentes en la estructura de costos de las pólizas de seguro y en los presupuestos familiares de los pacientes en tratamiento. Así la problemática del mercado de fármacos es la ausencia de competencia, ya que el uso de patentes en productos especializados para tratamientos especializados aumenta los costos de los tratamientos, más aún si contemplamos que una gran cantidad de ventas se halla dependiente de la prescripción médica¹⁶⁷, en una forma lógica podemos deducir nuevamente porque uno de los ejes más importantes del modelo universalista con influencia norteamericana, propone que la implementación de un enfoque de tratamientos preventivo con atención medica generalista reduciría el impacto económico que se ha fomentado a través del uso de la atención especializada, encubriendo bajo la perspectiva necesaria de un enfoque *preventista* el efecto que la estructura financiera y la falta de competencia del mercado norteamericano han fomentado en su sistema de salud.¹⁶⁸

Como un país que cuenta con una amplia concentración en el mercado, los proveedores e intermediarios financieros, poseen una gran influencia en el desempeño del sistema, tal es el caso de las farmacéuticas y las aseguradoras. La importancia de las farmacéuticas como industria se establece por la cooperación entre gobierno y empresas, ya que los gastos de investigación y desarrollo de esta industria son repartidos entre fuentes públicas y privadas¹⁶⁹. Las aseguradoras también poseen gran influencia en el mercado estadounidense al fondear más del 70% de los servicios de salud. Por tal motivo, la prioridad del sistema de salud norteamericano no es la cobertura total y homogénea como en el caso de otros sistemas de salud, sino por el contrario, la diferenciación es la fuente del beneficio económico de las empresas relacionadas con la salud, por ende, resulta congruente que exista un remanente de la población que no está cubierto por el gobierno y que no ha sido aceptada dentro de los planes de aseguramiento de las empresas. Aproximadamente un 15% de la población no tiene afiliación alguna en programa público o cobertura privada de salud, dentro de este grupo encontramos personas con insuficiencia financiera para hacerse cargo de sus gastos de salud mediante la contratación de algún plan, pero no tan pobre como para

¹⁶⁵ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), de cada dólar gastado en la atención de salud en los Estados Unidos, 31 % se destina a la atención hospitalaria, el 21% va al médico / servicios clínicos, el 10% a los productos farmacéuticos, 4% a dental, 6% de los hogares de ancianos y el 3% a los servicios de salud en el hogar, 3% para otros productos al por menor, 3% para el público en el gobierno actividades sanitarias, 7% a los gastos administrativos, el 7% a la inversión, y el 6% a otros servicios profesionales (fisioterapeutas, optometristas, etc.).

¹⁶⁶ Alrededor del 20% del gasto en salud se destina a pagar servicios médicos y clínicos.

¹⁶⁷ En marzo de 2010, la universidad de Massachusetts publicó un informe sobre los factores de costos que se llamó "Costo único en la nación". El informe señaló que los proveedores y las aseguradoras negocian en privado, y se encontró que la variación de los precios no varían en función de la calidad de la atención, sino más bien en el apalancamiento del mercado; el informe también encontró que los aumentos de precios en lugar de una mayor utilización explican los aumentos del gasto en los últimos años

¹⁶⁸ En términos Per cápita, los EE.UU. gastan más en productos farmacéuticos que cualquier otro país. El gasto nacional en los productos farmacéuticos representó el 12.9% del total de costos de atención de salud, en comparación con el promedio de la OCDE del 17.7%. En términos proporcionales, el 25% de los gastos de bolsillo de los individuos es para los medicamentos recetados. (OCDE: 2003)

¹⁶⁹ Tan importante es esta inversión que en 2006, los Estados Unidos representaron tres cuartas partes de los ingresos de biotecnología del mundo y el 82% del gasto mundial de Investigación y Desarrollo en biotecnología. Fuentes: America, health insurance is simply big business. US News & World Report.

recibir ayuda gubernamental; personas que financian los servicios, a través del gasto de bolsillo únicamente y un porcentaje de la población del país que está realmente desprotegida y vulnerable al tener una predisposición que la excluye de la contratación de un seguro y sin protección del Estado¹⁷⁰. A raíz de la reforma de salud que inicia su marcha en 2014¹⁷¹, los Estados Unidos como sistema de salud, han procurado alcanzar una cobertura total de su población, ahora su principal carencia es la equidad, pues dependiendo de los recursos de las personas, se define el acceso a los servicios de salud, ya que su sistema aún discrimina, estatus de residencia y ocupación, así como nivel económico.¹⁷² Todo lo anterior resulta en una esperanza de vida de 78 años para el norteamericano promedio, el nivel más bajo presentado en el bloque de países industrializados, ante el mayor gasto en salud que cualquier país detenta.

3.3.2 Canadá

Canadá posee poco más de 35 millones de habitantes, a los cuales otorga servicios médicos a través de un sistema de seguridad social que ha sido recientemente modificado con resultados muy positivos. Ocupando un 11% de su riqueza para proveer servicios de salud a sus ciudadanos, los canadienses destinan para cuestiones de salud alrededor de 4,400 dólares de su ingreso personal (alrededor del 8% de su ingreso total percapita).

El sistema de salud canadiense, se ha consolidado como un modelo de seguridad social administrado en forma descentralizada, el cual ofrece cobertura total a su población y es financiado en su mayor parte por el sector público (alrededor de un 70%), esto se realiza a través de fondos fiscales provenientes del impuesto sobre la renta, mismo que se administra de forma local por cada una de sus provincias.¹⁷³

Como puede apreciarse la estructura financiera del sistema de salud canadiense es relativamente sencilla, por una parte los ingresos provienen de una única fuente y se dispersan de forma descentralizada para ser administrados por cada provincia. Uno de los

¹⁷⁰ Algunos estudios han demostrado que aproximadamente un tercio la población sin seguro médico, es decir 15 de los casi 45 millones de personas sin seguro médico, son población realmente elegible para programas de seguros del gobierno, tales como Medicaid o Medicare, pero han optado por no inscribirse. En contraste con lo anterior, se dice que la mayor proporción de la población de estadounidenses sin seguro médico son las personas que ganan más de 50,000 dólares al año, junto con los que ganan más de \$ 75,000 al año, este rango comprende el segmento de mayor crecimiento de la población no asegurada. Adicionalmente se encuentran, los ciudadanos estadounidenses que ganan demasiado dinero para calificar para la ayuda del gobierno con programas de seguro, pero que no ganan lo suficiente para comprar un plan de seguro de salud privado, estos representan aproximadamente el 2.7% por ciento de la población total de Estados Unidos (8.2 millones, según cifras de 2003). Además se estima que 5 millones de los que no tienen seguro de salud son considerados "no asegurables" debido a condiciones pre-existentes.

¹⁷¹ La reforma del ACA programada para 2014 contempla un alza en el gasto de bolsillo en forma de copagos a los planes de cobertura médica, abriendo la posibilidad de que haya familias que no puedan sufragar el costo de los desembolsos a pesar de tener una cobertura médica o que estos representen presión a sus finanzas personales aunque no sea como causa principal, el resultado probable es una disminución indirecta de la cobertura por parte del consumidor al bajar la cobertura de su plan dando paso a seleccionar tratamientos costosos por sobre los generales en su plan de seguro y volver a aumentar su gasto de bolsillo aunque en esta ocasión en cuidados primarios de salud y medicamento de venta al mostrador.

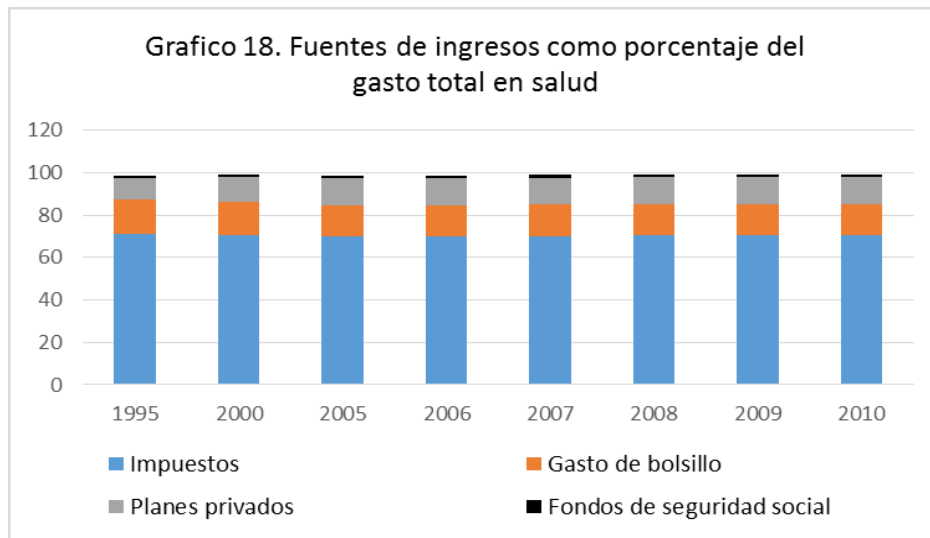
Lo anterior se ve reforzado en el entendido de que la promoción gubernamental del aumento de las coberturas de seguro da pie al empresario a manejar salarios bajos a costa de coberturas más amplias, así que mientras por un lado, se disminuye el salario; por el otro, se aumenta el copago en forma de gasto de bolsillo, dándole otra cara al mismo problema: la insuficiencia de recursos personales para sufragar los costos de los cuidados de salud.

¹⁷² El gasto público per cápita en personas mayores asciende a (6,921 dólares), el de niños (1,225 dólares); El gasto público promedio para negros no hispanos (\$ 2,973), para blancos (\$ 2,675), para hispanos (\$ 1,967), mientras que la media de la población es de (\$ 2,612). (Centro para el Progreso Americano: 2009)

¹⁷³ Canadá se compone de 10 provincias y tres territorios que financian y ejecutan un programa de seguro de salud en todo el país.

mayores logros de Canadá es que su servicio médico esta estandarizado, es decir es de la misma calidad en cada una de las provincias lo largo de todo el territorio.

El gráfico 18 muestra como las fuentes de ingresos del modelo canadiense, tienen una estructura bastante sólida a través del tiempo, pues a pesar de las crisis económicas su participación sobre el gasto en salud no ha fluctuado significativamente. La razón de ello puede radicar en muchos aspectos, que van desde unas fuertes finanzas públicas y un eficiente sistema de recaudación, hasta un sistema descentralizado muy eficiente que se basa en un conjunto de fuentes de ingresos fiscales altamente independientes en las distintas provincias de Canadá.¹⁷⁴



Fuente: OCDE 2011

Nota: El fondo del Seguro Social de Salud es una cobertura por lesiones relacionadas con el trabajo y enfermedades menores en los trabajadores de la provincia. Estos beneficios son pagados por aportes patronales establecidos según las leyes provinciales. Los pagos se estimaron en aproximadamente el 1.5% del gasto público en salud (Marchildon, 2008).

Complementando la estructura de financiamiento el gasto de privado se presenta desagregado en el gráfico anterior, de manera que tenemos el desembolso en planes privados y el gasto de bolsillo acumulando una participación bastante significativa (casi el 30% del gasto total). Es importante resaltar que a pesar de que el gasto de bolsillo es más alto que la contratación de primas, este rubro no representa una barrera de acceso al tratamiento médico, ya que el servicio médico y sus beneficios son para todos los ciudadanos y sin restricción de ningún tipo. El motivo de ello radica en la forma de financiamiento como lo hemos visto, ya que la atención médica y la mayor parte de los medicamentos esenciales para el tratamiento están considerados dentro del plan de salud pública. En realidad el gasto de bolsillo se realiza en productos adicionales como aquellos de venta al mostrador, los tratamientos de tipo estético, oftalmológico o dental los cuales son distribuidos entre el pago

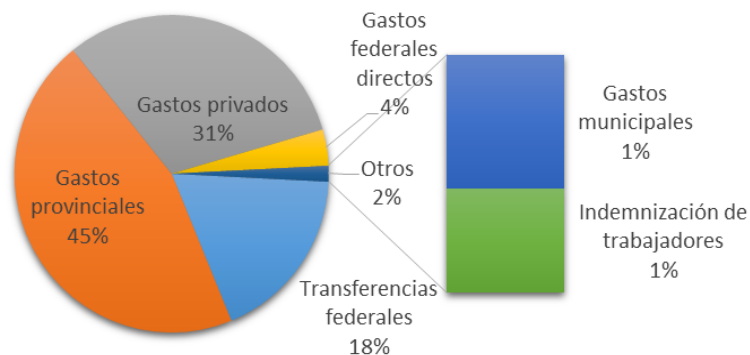
¹⁷⁴ El grueso de los ingresos provinciales se deriva del impuesto sobre la renta de los individuos, los impuestos al consumo, los impuestos de sociedades y, al menos en el caso de jurisdicciones ricas en recursos, impuestos de regalías. Estos ingresos fiscales se complementan con las primas de salud de tres provincias. En Columbia Británica, las primas de salud se presentan en forma de un impuesto sobre las personas (\$ 64 por año en 2012) y las familias (\$ 116 para una familia de dos personas y \$ 121 para una familia de tres o más en 2012), mientras que en Ontario y Quebec toman la forma de un impuesto adicional que se recaba a través de un sistema muy progresivo. Para efectos de distribución las primas en salud representan menos del 20% del gasto en salud que realiza en cada provincia. (McDonnell & McDonnell, 2005 en Canada, Health system review: 2013).

de planes complementarios o en su defecto con desembolsos del paciente. Así como el cubrir copagos y deducibles.¹⁷⁵

Es muy importante hacer notar, que el sistema canadiense no tiene intermediarios financieros, es decir, se trata de un sistema con un “único pagador” (las autoridades regionales de atención médica) de esta forma, la competencia se ubica en la provisión de los servicios, especialmente en los rubros ajenos al plan de salud pública.

Un elemento clave en el éxito del modelo canadiense se puede observar en la gran administración descentralizada que posee, ya que en materia financiera, el sistema de salud provincial recibe menos de una cuarta parte de sus ingresos, provenientes de otras fuentes que no sean sus recursos fiscales. El gráfico 19 muestra la distribución de dicho financiamiento.

Gráfico 19. Distribución del gasto en salud canadiense por origen financiero



Fuente: OCDE 2011

Como lo muestra el gráfico 19, son las administraciones provinciales de Canadá las que predominan en el componente de gasto, seguidas por el desembolso privado, y finalmente consolidadas con el aporte federal.

El sistema de pagador único canadiense liquida los servicios prestados a la población de forma extemporánea, es decir, los servicios se pagan a los proveedores al momento de la prestación por parte de los usuarios y posteriormente son reembolsados por las autoridades mediante un sistema de administración a base de una tarjeta electrónica de identificación y control del paciente.¹⁷⁶

Como ya se mencionó, el pago a los proveedores se realiza por servicio prestado, además las tarifas por los servicios y medicamentos están regulados y son negociados anualmente, lo que manifiesta la existencia de un control de precios por parte del sector público. En cuanto al otro segmento, el mercado de servicios de salud en Canadá se remite a la prestación de

¹⁷⁵De acuerdo con la OMS, *Canadá ha presentado los precios más altos de medicamentos genéricos en el mundo. El crecimiento en el precio de los medicamentos es una tendencia mundial que según la OMS representaban la categoría de más alto crecimiento desde 1980 hasta mediados de la década de 2000, esto es debido a que más del 60% de los medicamentos recetados se pagan en forma individual* lo que implica un mercado altamente rentable ya que su demanda depende del aumento de la utilización que va ligado al diagnóstico médico y con ello se rentabiliza *la introducción de nuevos tratamientos farmacológicos.* Canada, Health system review (2013).

¹⁷⁶ El sistema de salud opera a través de la emisión de una tarjeta sanitaria por parte del Ministerio de Salud Provincial. La atención médica es equitativa e irrevocable, no existen límites de por vida o exclusiones para condiciones preexistentes.

servicios complementarios, tales como: servicios odontológicos, de oftalmología y medicamentos.¹⁷⁷

Conclusiones

A manera de conclusión podemos decir que si bien el modelo canadiense representa un gran ejemplo de reconstrucción de los servicios médicos en recientes fechas, ya que fue reorientado en la década de los ochenta, también debemos mencionar que su fortaleza descansa sobre pilares sólidos, tales como las instituciones y ministerios provinciales que poseen fuentes de ingreso descentralizadas y muy significativas. Sin embargo, de acuerdo a la OMS lo preocupante en relación al sistema de salud canadiense se encuentra en el hecho de que: *...los gastos de salud han crecido más rápidamente que el crecimiento de la economía o los ingresos públicos, lo que ha provocado preocupaciones sobre la sostenibilidad fiscal de la salud pública...* (Health System Review, Canadá, 2013).

Como ejemplo para nuestro país, el sistema canadiense presenta una referencia acerca de la fuerza que tiene el sistema de seguridad social respecto a la uniformidad de sus servicios y la carencia de barreras económicas para los ciudadanos. Sin embargo también es cierto que plantea un reto financiero ya que nuestro país no tiene la fortaleza fiscal que tiene Canadá, ni tampoco un sistema descentralizado tan maduro y fuerte como el de las provincias canadienses, lo que nos lleva a pensar en el paradigma que significa para nuestro país contar con una base financiera sólida y no tan fluctuante como lo son los presupuestos públicos en México, los cuales son dependientes de otros factores ajenos a las necesidades sociales y en específico aquellas de salud en la población.

3.3.3 Chile

Chile es uno de los pioneros latinoamericanos en lo que respecta a la incorporación de reformas de acuerdo con el modelo universalista que promueve la OMS.¹⁷⁸ Con poco más de 18 millones de habitantes y un 7.46% de su PIB dedicado a los servicios de salud, la nación chilena ofrece cobertura médica a gran parte de su población, aunque sin haber logrado la cobertura total. Su población detenta un ingreso per cápita de 15,791 dólares, dedicando a los servicios de salud un promedio de 1,620 dólares, poco más del 10% de su riqueza personal, aun así el gasto como proporción del PIB resulta bajo en comparación con las naciones que hemos revisado anteriormente.

¹⁷⁷ La mayoría de los planes de aseguramiento viene en forma de directivas de grupo basadas en el empleo, es decir representan planes de beneficios patrocinados por los empleadores, los sindicatos, las asociaciones profesionales y organizaciones similares. La ventaja para los empleadores y personas contratantes de manera individual es que estas coberturas están exentas de impuestos por parte del gobierno federal y todos los gobiernos provinciales, excepto Quebec. (Hurley y Guindon: 2008). En algunas provincias, los planes privados suplementarios están disponibles para quienes desean habitaciones privadas, si ellos son hospitalizados. Así como la cirugía cosmética y algunas formas de cirugía electiva que no se consideran esenciales de atención y generalmente no están cubiertos pueden ser pagados en efectivo o a través de las aseguradoras privadas

¹⁷⁸ En 1979, el régimen militar que llegó al poder tras el golpe de 1973 contra el presidente socialista Salvador Allende se embarcó en una amplia reforma del sector salud sobre la base de las doctrinas neoliberales (Unger JP et al., 2008 en OMS, Health System Financing, 2010). Como parte de un proceso más amplio de reforma y con el objetivo de reducir el papel de las instituciones públicas, la política social era orientada hacia la sustitución del Estado de Bienestar (Estado de Bienestar) con un Estado Subsidiario (Estado Subsidiario) regido por los dictados del mercado; en este contexto, el sector de la salud se sometió a un proceso de privatización, inspirado en principios tales como: la libertad individual, la justicia, los derechos de propiedad y las subvenciones. En este sistema, la justicia significaba recibir atención de la salud de acuerdo a la contribución individual, a través del pago directo o a través de los sistemas de seguros libremente acordados (Dannreuther y Gideon, 2008; Burrows, 2008 en OMS, Health System Financing, 2010).

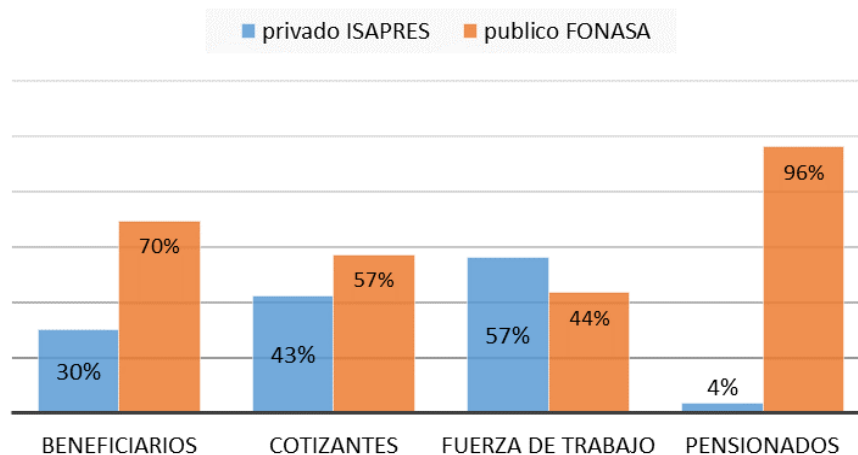
En Chile el sistema de salud cubre al 85% de la población nacional, se trata de un sistema de afiliación con carácter obligatorio y que se encuentra segmentado en tres sectores de atención, por una parte, los servicios médicos para militares, después se encuentra un programa de atención para personas vulnerables económica y socialmente, y al final se halla el segmento privado, cuya organización está constituido a manera de un mercado de intermediarios financieros y proveedores de servicios de salud.

Como ya se mencionó existe un Fondo Nacional para la Salud (El FONASA) el cuál cubre alrededor del 68% de la población, le sigue el sistema de mercado que participa en una cobertura de alrededor del 17% a través de las Instituciones de Salud Previsional (las ISAPRES) y el porcentaje restante, está cubierto por otros planes privados (como el plan de las fuerzas armadas) o no tiene seguro en absoluto.

La estructura financiera del sistema de salud chileno tiene dos fuentes, la primera funciona a través de un Fondo Nacional (FONASA)¹⁷⁹ que concentra el 7% del ingreso de cada afiliado al sistema de salud pública y la segunda fuente consta de un conjunto de contribuciones que se realizan en las organizaciones privadas (Instituciones de Salud Previsional) por parte de sus respectivos afiliados. Dicha contribución se realiza mediante una cápita por afiliado según el reporte de facturación por atención prestada por cada organismo proveedor, mismo que se hace llegar a la organización financiera intermediaria.¹⁸⁰

El gráfico 20 muestra la distribución de la cobertura en los sistemas de salud público y privado, dicha distribución nos permite reconocer las fuentes de financiamiento para cada uno de los segmentos que conforman la estructura del sistema de salud chileno. Por un parte, se encuentra el FONASA el cual administra los servicios públicos de salud y por otra parte se hallan las ISAPRES, las cuales brindan atención de carácter privado.

Grafico 20. Cobertura de los sistemas de salud en 1995



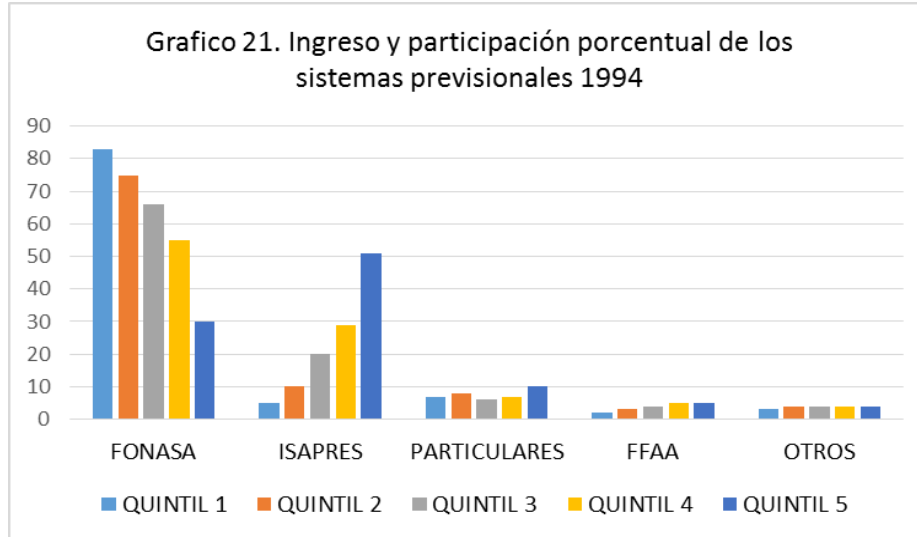
Fuente: Con base en datos tomados de Titelman y Uthoff (2000) pag. 456, cuadro 1 anexos. Base estadística del FONASA, ISAPRES, Instituto de Normalización Previsional (INP), Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)

¹⁷⁹ El Fondo Nacional de Salud (FONASA) fue creado en 1979 como una agencia pública para recoger y gestionar los recursos provenientes de las contribuciones obligatorias de los empleados que optaron por permanecer en el sistema público (o que no podía permitirse un plan adecuado con una compañía de ISAPRES).

Dentro del FONASA, los derechos dependían de las contribuciones relacionadas con los ingresos. La Cobertura en FONASA se estratificó en cuatro grupos, de la A la D: a) indigentes; b) ingresos muy bajos; c) grupos de renta media-baja; d) ingresos medios. Los usuarios de las categorías A y B tenían derecho sólo a los servicios prestados por hospitales públicos y clínicas. Los Grupos C y D podrían optar por usar proveedores privados dentro de su acuerdo con el FONASA, pero los usuarios tenían que hacer copagos ya que el fondo sólo cubría hasta el 50 por ciento de los cargos del proveedor privado (Dannreuther y Gideon, 2008; Unger JP et al, 2008 en OMS, Health System Financing, 2010).

¹⁸⁰ Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) aparecieron en 1981 como un sistema alternativo a los servicios públicos.

Es necesario destacar que existe una base de atención en cuanto a servicios primarios se refiere, estos servicios son proporcionados tanto por organismos públicos como privados. Sin embargo, se debe tener presente que la preexistencia de un mercado re-direcciona los recursos hacia las áreas más rentables, lo que motiva una concentración de recursos alrededor de los servicios de atención y tratamiento especializados. El gráfico 21 ratifica las afirmaciones acerca de la concentración del ingreso, en él se agrupa a la población por quintiles de ingreso (el primer quintil es el de menor renta), la cobertura de las ISAPRES se concentran en el cuarto y quinto quintiles, es decir en los grupos de mayor ingreso.



Fuente: Con base en datos tomados de Titelman y Uthoff (2000) pag. 492, gráfico 9. Base estadística del Ministerio de planificación y Cooperación, encuesta de caracterización económica nacional, CASEN. 1994. Modulo salud Santiago de Chile. División de Planificación Estudios e Inversión. Departamento de Planificación y Estudios Sociales 1996

Como puede deducirse de los gráficos anteriores, con la aparición de las ISAPRES, el FONASA adopto la carga de financiar a los segmentos de ingreso más bajos del sistema lo que coincide con la afirmación del crecimiento del gasto público a raíz de esta nueva estructura que dio vida a las intermediarias privadas.

El sector gobierno a través del FONASA ofrece servicios de atención primaria en todo el país, los cuales son organizados en la forma de centros de salud de carácter local, es decir, que son administrados por las municipalidades. La atención secundaria y terciaria en materia de salud, es proporcionada a través de clínicas y hospitales de carácter público. En cuanto a las ISAPRES, estas ofrecen diferentes planes de atención, los cuales son adicionales al paquete básico, que está conformado por los servicios médicos de primer nivel que el gobierno estipula como obligatorios. En adelante, las coberturas y los privilegios de los paquetes ofrecidos por las ISAPRES dependen del plan contratado por el beneficiario.

Para Chile la adopción del sistema de mercado perseguía la intención de aliviar la carga del estado a través de la incursión de los privados en el financiamiento y la administración de la provisión de los servicios de salud. Sin embargo la regulación permitió la prevalencia de las pautas de conducta lucrativa en las empresas privadas. El resultado de acuerdo a muchos expertos fue obvio, operando bajo su esencia de aseguradoras las ISAPRES mantuvieron los contratos individuales sujetos a renovación anual. Dicha característica permitía entonces ejecutar una evaluación de riesgos para la empresa aseguradora, y poseían la cláusula de exclusión en caso de algún padecimiento en carácter de preexistente. Estas circunstancias condujeron al estado a adoptar el papel de *aseguradora de última instancia*, toda vez que las

exclusiones amenazaban el tratamiento de algunos sectores de la población.¹⁸¹ El resultado de estas reformas como lo menciona Unger JP et al., (2008)¹⁸², fue que en la década de los noventa se registrara un aumento casi del triple en el gasto de salud en Chile.

Debido a esta situación el gobierno chileno emprendió una serie de reformas fundamentadas en la extensión de la atención primaria de forma universal y llevando paulatinamente un ajuste del resto de los tratamientos para mitigar el desequilibrio y la inequidad del modelo en la década de los noventa, de esta forma se re-direccionó alrededor del 30% del presupuesto de salud. Este conjunto de reformas se establecieron para un horizonte de 10 años y con el fin de garantizar la consecución de esos objetivos de equidad e inclusión se estableció el plan AUGE cuyo contenido es realizar una reforma administrativa y financiera sustentada en la incorporación de paquetes obligatorios de atención en las ISAPRES y el FONASA ambos supervisados por una entidad reguladora única¹⁸³ y además financiados con un aumento de impuestos tales como: *impuesto al consumo, impuesto sobre el tabaco, ingresos aduaneros, venta de acciones minoritarias estatales en empresas de salud pública, aumentos potenciales de copagos, aumentos presupuestarios del crecimiento económico y potenciales reasignaciones de recursos de otros sectores....* (OMS: 2010).

Conclusiones

El modelo chileno actualmente presenta muchos problemas en la calidad y cobertura de su población. Uno de los principales es el papel de las ISAPRES ya que no solo han provocado la concentración del mercado, sino que además se han visto involucradas en conflictos de interés al ser intermediarios y proveedores de servicios de salud.

Para la década del dos mil, el sistema chileno se reformó, a través de la introducción de una cobertura especial llamada Plan AUGE, dicho plan proporciona un servicio más amplio y flexible y tiene como objetivo combatir la exclusión que hacen las ISAPRES. De acuerdo con el Banco Mundial (2009) el financiamiento de este programa se realizó con fondos fiscales, principalmente bajo un aumento en el impuesto al consumo del 18 y 19% entre el 1 de octubre de 2003 y el 1 de octubre de 2007, además de otros ingresos como impuestos al tabaco, ingresos aduaneros y la venta de acciones minoritarias del estado en las empresas de salud pública. Sin embargo, de acuerdo con Burrows (2008)¹⁸⁴ este plan era débil en su fuente presupuestal por lo que su cobertura era parcial. Por lo que el autor señala que... *la reforma no eliminó el mecanismo de mercado en la distribución de los recursos en materia de salud.*¹⁸⁵

¹⁸¹ *Los co-pagos requeridos por los servicios adicionales representan una seria barrera para ciertos grupos económicos, obligando a cerca de un cuarto de los usuarios ISAPRES a utilizar los servicios públicos. La mayoría de los miembros en las ISAPRES eran hombres de entre veinticinco y cuarenta y nueve (las mujeres representaban sólo el 32% de los miembros de ISAPRES en 2001). Además, las mujeres en edad reproductiva fueron obligadas a pagar primas más altas dentro de las ISAPRES (al menos dos o tres veces más que las que pagaban los hombres de la misma edad), además del cobro de primas asociadas con la maternidad.* (Dannreuther y Gideon, 2008 en OMS, *Health System Financing*, 2010).

¹⁸² en OMS, *Health System Financing* (2010)

¹⁸³ La Ley N° 19.966 o Ley AUGE de 2004. Establece un Sistema de Acceso Universal y Garantías Explícitas en Salud, basada en un paquete de diagnósticos y tratamientos (56 condiciones de salud), que permitan la cobertura universal para todos los ciudadanos y garantice el trato a todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia y Estatus socioeconómico.

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ *Un estudio de 2005 reportado por el Banco Mundial (2007) encontró que el AUGE había sido beneficioso para todos los grupos socioeconómicos, y que habían sido utilizados por más de 3.2 millones de personas (19.6% de la población). Los grupos de Bajos ingresos (grupo A y B en FONASA) utilizaron más el sistema (75%), que en los grupos de mayores ingresos (24.2%). Por otra parte los Suscriptores de las ISAPRES utilizan el AUGE principalmente para tratamientos de alto costo, mientras que los usuarios más frecuentes (53,3%), representan el estrato de ingresos medios (con ingresos entre 300,000 y*

Otra controversia referente al plan AUGE se presenta con la mayor segmentación del sistema y con la parcialización de la cobertura a raíz de este programa.¹⁸⁶

Para nuestro país el modelo chileno es un importante referente ya que marca una serie de pautas a considerar de forma fundamental: a) el gasto en salud en Latinoamérica es muy bajo y nuestro país no es la excepción; b) la introducción de un mercado de servicios de salud requiere de una seria y estricta regulación que inhiba la exclusión de los pacientes, de este tipo de regulaciones ya se han mostrado variantes en los países anteriormente analizados, uno de ellos es Canadá, el cual deja a la competencia la fracción que el estado no es capaz de cubrir con un servicio médico que garantiza la salud de la población en términos generales; c) la búsqueda de aliviar la carga financiera no puede basarse en la sustitución del estado por los privados sino en una mezcla que permita dar rentabilidad a actividades lucrativas sin menoscabo de la salud pública; y finalmente, el mensaje más importante para nuestro país radica en que violentar el principio de solidaridad de la salud pública conlleva necesariamente a medidas y modelos más costosos para el erario público y el presupuesto privado de las personas.

Como veremos adelante en el caso colombiano la introducción del modelo universalista requiere una renovación del marco legal; un fortalecimiento de la descentralización administrativa gubernamental; un aumento en los impuestos y el aumento de primas para cubrir los costos de los planes de salud. Sin embargo en el caso de Chile estas reformas llevan un contenido altamente influido por el modelo norteamericano y las Organizaciones Proveedoras de servicios de salud que funcionan allá, la problemática nuevamente es si el marco regulatorio es consistente y las fuentes financieras son sostenibles para hacer crecer un mercado interno de servicios de salud sin menoscabo de la atención sanitaria, de la equidad y el derecho a la salud.

3.3.4 Colombia

Colombia es un país con más de 48 millones de habitantes, su gasto en salud tiene una participación del PIB aproximada al 6%. Con una riqueza personal promedio de 8,858 dólares, los colombianos dedican un promedio de 1,620 dólares anuales a gastos relacionados con la salud, esto es alrededor de un 18% de su gasto personal.

El país se distingue por ser el modelo universalista más desarrollado en América latina, siendo una variante del caso chileno y aprovechando el impulso descentralizador en los años noventa, los servicios de salud en Colombia quedaron segmentados, logrando que el Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) concentre y atienda a alrededor del noventa por ciento de la población mediante algún plan de cobertura establecido.¹⁸⁷

El sistema de salud colombiano está dividido en tres partes: en primer lugar se encuentra el *Régimen Subsidiado*¹⁸⁸, que es un conjunto de servicios públicos para la población en situación de vulnerabilidad, alrededor del 40% de la población; en segundo lugar se

un millón de pesos); también se encontró que el 24.5% de los beneficiados tenían ingresos superiores a un millón de pesos, mientras que sólo el 22.2% de los suscriptores tenía ingresos de menos de 300,000 pesos. (Missoni, E. y Solimano, G.: 2010)

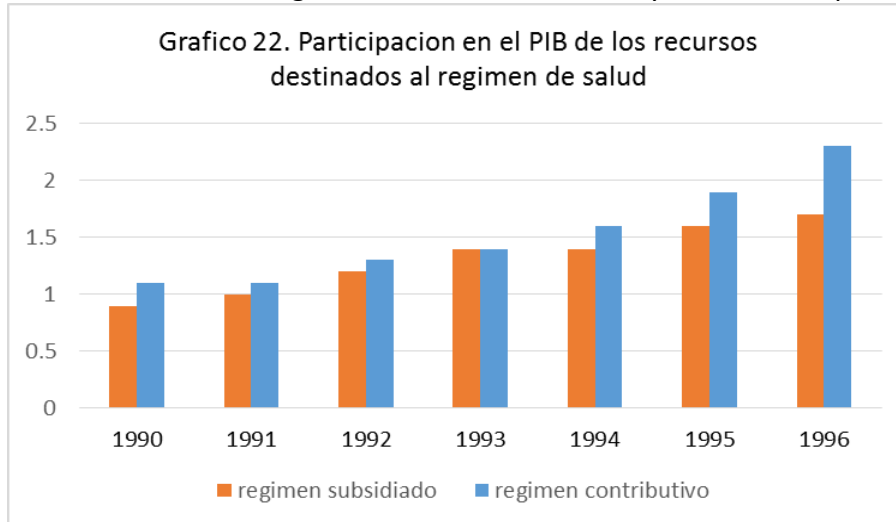
¹⁸⁶ *Los usuarios que requieran otro tipo de tratamiento además de aquel que se define en los protocolos de salud incluidos en la lista del AUGE. En su lugar, deben continuar utilizando el sistema pre-existente y decidir entre FONASA y las ISAPRES. En este caso, las personas con ISAPRES son privilegiados ya que a menudo pueden usar sus planes de seguro de salud para pagar por un tratamiento alternativo, mientras que los de FONASA no pueden ser cubiertos. A este respecto, el AUGE no resuelve el problema de la desigualdad entre los sistemas públicos y privados. (Missoni, E. y Solimano, G.: 2010)*

¹⁸⁷ El Sistema General de Seguridad Social de Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993.

¹⁸⁸ El régimen subsidiado atiende a personas pobres que perciben un ingreso menor a dos salarios mínimos. Fuente: Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C.

encuentra el subsistema de *Seguridad Social*, el cual atiende a grupos poblacionales bajo excepciones ya que laboran para el gobierno o sindicatos importantes tales como los empleados petroleros, los militares etc.¹⁸⁹ La cobertura de este subsistema es de alrededor de un 5% de la población. Finalmente y en tercer lugar se encuentra el *Plan Obligatorio de Salud (POS)* ¹⁹⁰ este subsistema atiende a los empleados formales e informales que representan junto con sus familias alrededor del otro 45% de la población que está bajo la cobertura del sistema de salud colombiano en alguno de los tres segmentos ya mencionados.

El gráfico 22 muestra la distribución de los recursos económicos dentro sistema nacional de salud, enfatizando en los dos regímenes de salud con la mayor cobertura poblacional.



Fuente: Con base en datos tomados de Titelman y Uthoff (2000) pag. 780, Cuadro 2. Base Nacional de Planeación y el ministerio de Salud, 1997.

Como lo muestra el gráfico anterior los recursos del régimen contributivo son mayores que los del subsidiado, ampliándose la brecha, a través del tiempo. Esta situación implica que a pesar de tener una cobertura poblacional similar, el gasto público financia los servicios a un segmento de población mayor y con menos recursos marcando la posibilidad de un déficit ya sea en el presupuesto o en la calidad de los servicios proporcionados.

La estructura financiera del sistema de salud colombiano pone de manifiesto las diferencias existentes en el sistema de salud colombiano ya que su estructura mixta, responde a ingresos fiscales y contribuciones personales en proporciones diferentes para cada uno de los subsistemas existentes. Por una parte, el *Régimen Subsidiado* se administra a través del *Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía (FOSyGA)*, este fondo percibe recursos gubernamentales además de una cuota del 1.5% de la cotización que se realiza en los otros regímenes.¹⁹¹ Por otra parte, el *Régimen Contributivo* es un plan administrado de manera privada, a través de un conjunto de cuentas individuales que se alimentan de la contribución personal de cada afiliado, la cual asciende al 12.5% del salario base de cotización de los contribuyentes afiliados. Sin embargo, existen algunas variantes en la forma de aportación ya que para trabajadores independientes y jubilados el porcentaje de la aportación se cubre en

¹⁸⁹ Los regímenes exceptuados del Sistema General son los de las Fuerzas Armadas, Fondo Nacional del Magisterio, Ecopetrol y universidades, cuya financiación no es provista por el Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía (FOSyGA)

¹⁹⁰ El plan consiste en un marco de atención básica que agrupa acciones de promoción, prevención y atención a patologías con altas externalidades. Es universal y gratuito. Las personas con capacidad económica podrán adquirir en el mercado planes complementarios que les permitirán acceso a mejor hotelería hospitalaria, a tecnología o servicios no cubiertos por el plan obligatorio de salud (POS). (Maya: 2003)

¹⁹¹ Fuente: Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C.

su totalidad a través de sus ingresos propios, en cambio, en lo que respecta a los trabajadores formales sus ingresos financian el 4% y el empleador aporta un 8.5%.¹⁹²

Como puede observarse existe una redistribución del ingreso un tanto regresiva dentro de la estructura de recaudación del sistema de salud, ya que los jubilados absorben al 100% del costo de su afiliación, a pesar de que los ancianos son un segmento poblacional con bastantes limitantes en su capacidad de generar ingresos.

El sistema de salud colombiano, se ha estructurado en la forma de un sistema de múltiples pagadores, ya que tanto el gasto público como privado re canalizan a través de un conjunto de organizaciones intermediarias denominadas *Entidades Proveedoras de Servicios de salud* EPS,¹⁹³ estas empresas administran los fondos para la salud y ponen en contacto a los proveedores y los beneficiarios o pacientes, saldando las cuentas de estos últimos dependiendo de la red de empresas a la que se hallen afiliados. La administración del sistema se lleva a cabo por medio de un modelo de cuentas individuales enmarcadas en diferentes planes ya sea que se pertenezca al sistema subsidiado o al sistema obligatorio. Los planes de seguro tienen una extensión de servicio anual, las que están sujetas a cambios o renovaciones por parte de los integrantes.

La red de organización del sistema colombiano ha integrado a los proveedores de servicios de salud bajo una figura conocida como *Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud* (IPS)¹⁹⁴, estas empresas proveen los servicios curativos y de asistencia médica en todos los niveles según sea su giro y especialización. La conformación de las IPS tiene como objetivo agilizar la atención y el flujo de fondos en el sistema de salud, por esta razón las IPS deben estar relacionadas con las EPS, a manera de que los pagos fluyan sin detrimento del servicio prestado. Como ya se ha visto, las EPS administran las contribuciones de los afiliados, estas empresas concentran los recursos y los redistribuyen a través del Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía (FSG)¹⁹⁵. Este fondo es la herramienta que alimenta los flujos financieros de ambos regímenes: el contributivo y el subsidiado.¹⁹⁶

La reforma del sistema de salud colombiano en 1993 fue un planteamiento necesario ante la desorganización del sistema de salud. En ese año, el gasto en salud registró un nivel alrededor del 6% del PIB del cual la mitad se componía de gasto privado con una amplia participación del gasto de bolsillo, además la cobertura médica se reducía a un bajo número

¹⁹² Ibid

¹⁹³ Para operar el Plan Obligatorio de Salud (POS) se conformaron 26 Entidades Proveedoras de Servicios de salud (EPS), las cuales recaudan las aportaciones de los afiliados y reciben el subsidio del gobierno para afiliados al régimen subsidiado (POSS). Estas empresas cubren el 50% de los municipios de Colombia.

¹⁹⁴ Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud y pueden ser públicas o privadas. El 84.3% son de primer nivel de atención, el 13.4% son de segundo nivel y el 2.3% de tercer nivel.

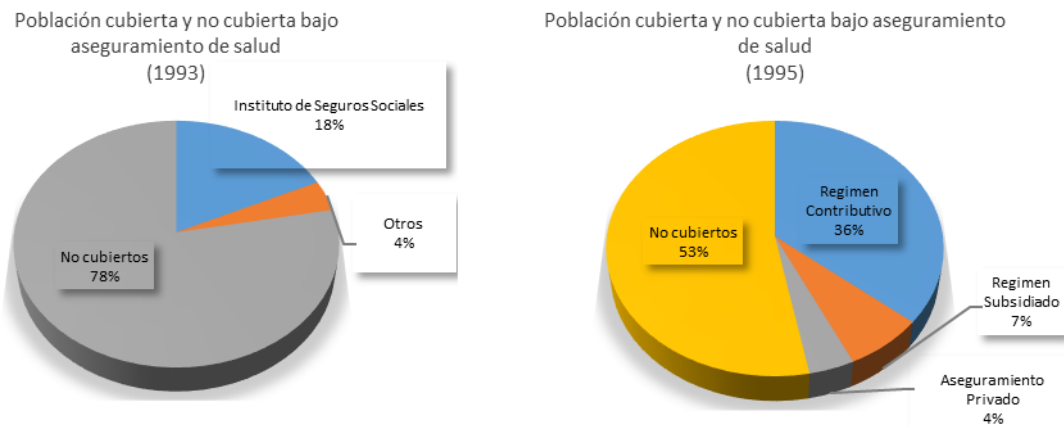
¹⁹⁵ El Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG o FOSyGA) se administra, a través de varias subcuentas: a) Subcuenta ECAT: para víctimas de accidentes de tránsito. Cubre atenciones hasta un monto de 800 salarios mínimos legales vigentes, si la atención del paciente sobrepasa éste monto el sobrecosto estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario; b) Subcuenta de Compensación: financia el régimen contributivo mediante el pago por UPC (Unidad de pago por capitación). El FOSyGA gira a cada EPS la cantidad proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no; c) Subcuenta de solidaridad: registra los recursos del régimen subsidiado (el 1.5% de la cotización proveniente del régimen contributivo); d) Subcuenta de promoción: Financia las actividades de educación de la salud y de prevención de la enfermedad. Fuente: Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C.

¹⁹⁶ Además, dentro del sistema colombiano existen organizaciones privadas que conforman la cobertura social en rubros complementarios a los servicios de salud, tales como las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL): las cuales cubren riesgos ocupacionales o de trabajo y son financiadas al 100% por el empleador. La atención de los accidentes o enfermedades se realiza por la EPS a la que se encuentre afiliado el trabajador, esta empresa cobrará los gastos ocasionados a la ARL. (Fuente: Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C.).

de la población dejando en manos de los privados y del ingreso de las personas la posibilidad del acceso a los servicios.

El grafico 23, da cuenta de la reforma y cambios que origino la instauración del sistema universalista en Colombia en la década de los noventa proporcionando una estructura más elaborada de la que existía. Ya que en el nuevo modelo el gobierno determina el precio de los servicios, estandariza los planes de atención básica, supervisa las afiliaciones, verifica la continuidad en la cobertura, subsidia y apoya la competencia entre organizaciones dentro del sistema de salud.

Grafico 23. Modificación del esquema de aseguramiento en salud (1993-1995)



Fuente: Con datos tomados de Titelman y Uthoff (2000). Departamento Nacional de Salud.

La universalización como modelo instaurado en Colombia permitió ampliar la cobertura médica en ese país como lo muestra el grafico anterior en solo dos años 20% de la población se incorporó al sistema sanitario y para finales de los noventa casi el 100% se encontraría dentro de la cobertura que proporcionaba algún segmento del sistema de salud colombiano. Sin embargo, a pesar de ampliar la cobertura la calidad de los servicios se mantuvo heterogénea, de esta forma la eficiencia de los servicios medico se encontraba ligada al nivel de ingreso de los pacientes. Como ejemplo de ello, en lo que se refiere a clínicas y hospitales públicos el sistema colombiano descentralizó sus servicios, de tal forma que la atención primaria es provista por las autoridades municipales y los estados se encargan de la provisión de los servicios públicos de segundo y tercer nivel. En cambio en el sistema privado los pacientes pueden además comprar pólizas complementarias para un mayor confort y profundidad en la atención recibida en organizaciones privadas y evitar los servicios públicos.

Conclusiones.

El sistema de salud colombiano presenta algunos problemas derivados de la forma en cómo se estructuró el modelo universalista, especialmente como se intentaba llevar la administración del mercado por los propios agentes privados. Resalta el conflicto de interés en las EPS ya que se vieron involucradas como administradores y proveedores dentro del mercado, así también prevalecieron las *barreras de acceso*, que tradicionalmente las aseguradoras imponen en estos casos, rechazando personas con enfermedades pre-existentes o ajustando sus tarifas en razón del riesgo que involucraba al paciente según su edad y ocupación. El problema fue tan común que *en Colombia fue llamado de manera*

popular como el “paseo de la muerte”.¹⁹⁷ Incluso el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) manifestó los problemas que conlleva la conformación de un sistema de competencia administrada en la forma en cómo se gestionó en Colombia:

"A pesar de los resultados alentadores, queda mucho por hacer y mejorar. Diez años después de la reforma, el 15% de la población aún carece de seguro; los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado aún difieren. Hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. Es preciso fortalecer la función de supervisión; la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo. Sin embargo, el sistema de salud colombiano experimentó cambios radicales que han redundado en beneficio de la salud de la población del país."

La aportación para nuestro país estriba en la consideración de que si bien las reformas permiten un mayor orden del sistema, la necesidad de una regulación rigurosa es imperante para separar los conflictos de intereses entre las administradoras de servicios de salud y la provisión de los mismos. Además es necesario contemplar las diferencias de calidad en la provisión de servicios haciendo de la homogeneidad una regla y de la inclusión una realidad.

Conclusiones por continente

Los modelos del continente americano representan la antesala del análisis financiero del modelo mexicano. Cada uno de los países revisados proporciona datos y situaciones importantes para determinar el rumbo de la transición mexicana. Dentro de este bloque resalta el hecho de que Estados Unidos, Chile y Colombia poseen una participación de los agentes privados muy importante. Ya sea que estos actúen como intermediarios organizados por el sector público o como agentes privados regulados por el gobierno central. En cualquiera que sea el caso la necesidad de mediar entre las necesidades de la población y la búsqueda de rentabilidad de las empresas obliga a una regulación sólida y eficiente.

La excepción a esos modelos es Canadá, cuyo modelo social posee un predominante servicio público pero con una alta participación privada que resulta complementaria, no sustitutiva ni en confrontación con los servicios públicos. Por otra parte la influencia del modelo estadounidense es inobjetable, sin embargo los modelos europeos y asiáticos han llevado la mezcla público-privada de una forma muy diferente a la latinoamericana lo que resulta indudable es que el predominio privado mal planteado se manifiesta a través de coberturas parciales y heterogéneas, que dependen de los ingresos y el área geográfica del beneficiario. Sin embargo, la mezcla de intermediación y provisión entre empleadores y empresas privadas resulta más equilibrada que al de proveedores pacientes un rasgo muy importante en los estados unidos y que no se presenta en el resto de los países de este bloque.

Si bien es cierto que el modelo de competencia administrada tiene como fortaleza la contención o reducción del gasto de bolsillo, transformándolo en coberturas de seguro que

¹⁹⁷ En 2011 el gobierno denuncia fraudes del Fosyga y la existencia de una red de corrupción alrededor de los recobros de las EPS al Fosyga... En 2013 el sistema presentó el más grande colapso debido a la corrupción y debido a la negativa de las EPS a prestar servicios reglamentarios y negar también el pago a hospitales. Según los analistas, las EPS deben a los hospitales alrededor de 38 billones de pesos...

Ronderos, M. Teresa. *Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano*. Entrevista a expertos internacionales. Revista Semana.

<http://www.semana.com/opinion/expertos/articulo/colapso-el-sistema-de-salud-en-colombia/325008>.

<http://www.latarde.com/opinion/columnistas/124810-el-sistema-nacional-de-salud-colapso>

<http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/237296-asi-esta-la-reforma-a-la-salud-en-colombia>

poseen un elemento solidario más equitativo que el desembolso individual, las barreras de acceso no son totalmente eliminadas, tal y como se ve en el caso chileno y colombiano.

Finalmente, los modelos del continente americano refuerzan el planteamiento acerca de la importancia que tienen las instituciones y la regulación del mercado, dentro de un marco de fortaleza de la administración pública y su nivel de descentralización para garantizar la funcionalidad de las autoridades regionales y locales en materia de salud.

**CAPÍTULO 4. TRANSFORMACIÓN DE LA ESTRUCTURA FINANCIERA
DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO**

CAPÍTULO 4. TRANSFORMACIÓN DE LA ESTRUCTURA FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

Nuestro país dedica alrededor del 6% de su PIB para sufragar los gastos en materia de salud. Con una segmentación dentro de su estructura de aprovisionamiento, México posee hasta la fecha tres segmentos con amplias diferencias en materia financiera, de cobertura y población afiliada. En primer lugar se encuentra el segmento de Seguridad Social, el cuál presta servicios a casi la mitad de la población nacional participando financieramente de poco más de una cuarta parte del gasto total en salud; el segundo segmento tiene como elemento al programa de Asistencia Pública, el cuál atiende a alrededor de un 35% de la población, destacando que su intención es dar cobertura a los grupos económicos más vulnerables, dicho segmento tiene una participación en el gasto de salud, de alrededor del 22%. Ambos subsistemas conforman la porción de servicios públicos que nuestro país ofrece abarcando la mitad del gasto en materia de salud y dando cobertura a casi el 80% de la población nacional. El tercer y último segmento de atención a la salud en México es el mercado de servicios privados, mismo que absorbe casi la mitad del gasto total en salud y brinda atención aproximadamente a un 20% de la población del país. Es de llamar la atención que dentro del segmento privado predomina el desembolso personal o gasto de bolsillo como el método de financiamiento principal por sobre las coberturas de seguro privadas.

Para efectos del presente capítulo, se analizará cada segmento por separado ya que cada uno posee una estructura diferente y en especial la seguridad social se fragmenta aún más en su interior por lo que se analizarán los dos elementos más importantes que la conforman. Partiendo de la hipótesis inicialmente planteada, la segmentación del sistema mexicano de salud, provoca una serie de ineficiencias que son motivadas por la tendencia a eliminar el formato anterior de participación estatal por la implantación del modelo universalista, el cual está más adecuado a las necesidades actuales del mercado, no así con las necesidades de la población en materia de salud.

4.1 La Seguridad social

La seguridad social representa el eje base de la conformación del sistema de salud mexicano, como todo modelo de este tipo, se encuentra ligado al empleo y al desarrollo industrial, debido a este hecho el modelo sanitario apareció dentro de la ley como una garantía ligada al trabajo formal, sin embargo no se ha ampliado al resto de la población, sino que al contrario, su fragmentación en varios subsistemas ha dado origen a diferencias en calidad, costo y eficiencia de operación en cada una de sus divisiones, determinados previamente por la fuente de financiamiento respectivo.

El segmento o subsistema de la Seguridad Social, se compone principalmente de seis institutos que proporcionan atención médica integral a todos sus derechohabientes:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)¹⁹⁸
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Los servicios estatales (ISSSTE estatales, ISSEMYM¹⁹⁹)

¹⁹⁸ El estatuto legal del IMSS es el de un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita y organismo fiscal autónomo.

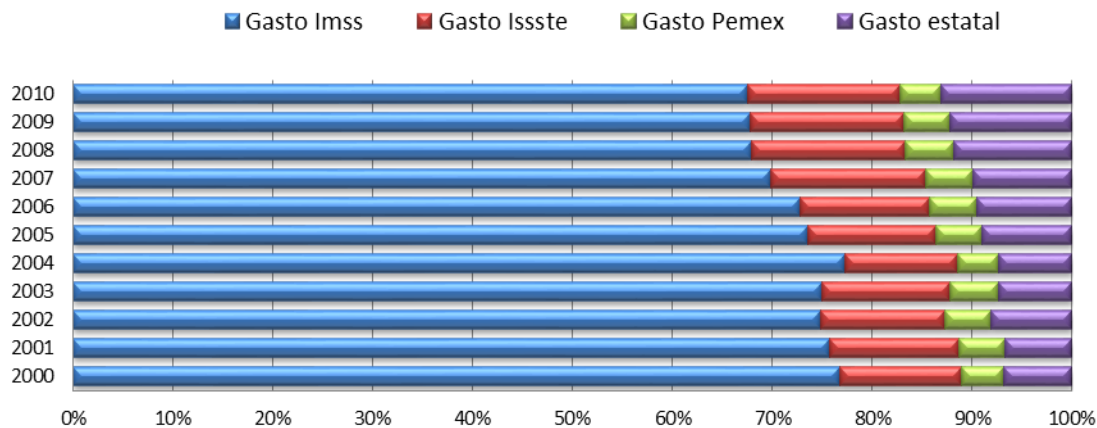
¹⁹⁹ Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM)

- El Servicios Médico para trabajadores de la empresa Petróleos Mexicanos
- El Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)
- El servicio médico para la Secretaría de Marina

Dentro del conjunto de elementos que integran la seguridad social destacan dos organismos debido al nivel del presupuesto que manejan y la cantidad de población que abarcan, estos son: el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) creado para ofrecer cobertura a los trabajadores ligados formalmente a la iniciativa privada y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El grafico 24 muestra la participación de los distintos organismos de Seguridad Social dentro del gasto público en materia de salud, destacan el IMSS y el ISSSTE, ya que ambos organismos absorben poco más del 80% del presupuesto público para la Seguridad Social.

Gráfico 24. Distribución porcentual del Gasto de Seguridad Social (2000-2010)



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2010.* Nota: No se incluyen fuerzas armadas (SEDENA, SMARINA).

Con las reformas recientes en materia de salud la tendencia a unificar los servicios de los trabajadores de Pemex con los del ISSSTE y la derivación de los servicios estatales como un apéndice del organismo para los trabajadores del estado, permiten concentrar el análisis general en los dos organismos más relevantes el IMSS y el ISSSTE que como veremos encuentran entre si un serie de diferencias que impiden unificar ambos institutos en un solo elemento de seguridad para el país uniformando los servicios y prestaciones que otorgan.²⁰⁰

4.1.1 IMSS

El Instituto Mexicano para la Seguridad Social (IMSS) es una institución conformada en 1944 como resultado del influyente papel de las organizaciones obreras en el país y el proyecto de nación que el gobierno posrevolucionario pretendía instaurar. Por ello su carácter obligatorio de afiliación para todo aquel trabajador ligado a las empresas privadas se desarrolló dentro del marco de una relación laboral formal. Un beneficio impulsado por el estado como una herramienta de mejora social y con poder de negociación ante los sindicatos laborales.

La fuente de financiamiento del IMSS son las aportaciones tripartitas, estas provienen principalmente del trabajador y del patrón en una proporción de alrededor del 80% de su

²⁰⁰ Aunque los servicios estatales y para las fuerzas armadas son muy importantes las cantidades de recursos que absorben ligado a la población que atienden les otorgan una posición marginal con respecto a la política en materia de salud nacional, incluso en muchos países, la seguridad social para las fuerzas armadas es un rubro especial en sus sistemas de salud.

presupuesto total, y finalmente el restante 20% está constituido por aportaciones fiscales del en la forma de una *cuota social*. Su estructura financiera está distribuida en cuatro *Ramos de Aseguramiento*:²⁰¹ un *seguro de prestaciones sociales*, un *seguro por riesgo de trabajo* (RT), un *seguro para casos de Invalidez, Vejez*, así como *Cesantía por edad avanzada* o *Muerte* (IVCM), y finalmente un *seguro para casos de Enfermedades y Maternidad*, este último, estaba conformado desde el año de 1973 con una cuota del 12.5% del SBC del empleado y su financiamiento registraba las siguientes proporciones: 70% lo aporta el patrón, 25% el trabajador y 5% el gobierno.²⁰² Como se pudo observar los elementos claves de la estructura financiera del sistema de salud en cuanto al IMSS se refiere, son las cuotas tripartitas, el salario base de cotización (como elemento determinante del monto captado), y la proporción en que se realizan las aportaciones.

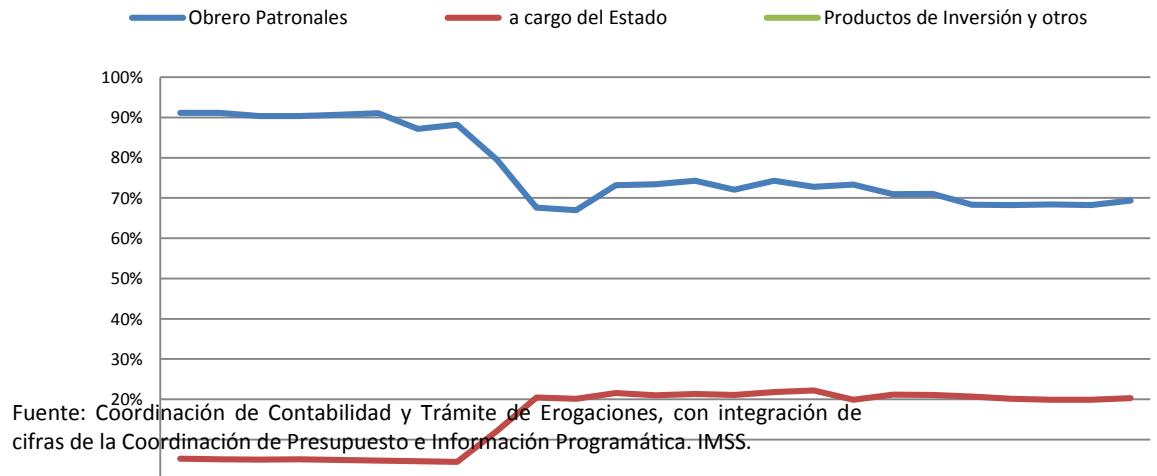
Siguiendo la línea trazada, se vuelve necesario mencionar que las reformas llevadas a cabo en nuestro país desde la década de los ochenta, han repercutido en los aspectos estructurales del sistema de financiamiento de los organismos de salud, de tal forma que en la década de los noventa, la modificación del sistema de pensiones que se realizó, también contenía cambios en el seguro de salud del IMSS, uno de las principales fue la modificación de la participación del estado, la cual pasó de tener una proporción del 5% de los ingresos totales para sumar una participación de alrededor de un 20%. Esta medida fue una forma de subsanar el efecto de la reducción de la carga financiera para los empresarios como una intención de incentivar el empleo formal reduciendo la carga para el patrón, otro cambio en este sentido consistió en la sustitución del elemento base en el cálculo de dichas contribuciones, es decir, al sustituir el salario base de cotización por el salario mínimo general vigente.

El gráfico 25 muestra el comportamiento histórico de los recursos financieros del organismo, destaca la modificación de la proporción de estos recursos entre 1994 y 1998, como consecuencia de la reforma en el sistema de salud, mejor conocida como la privatización de los fondos de pensión (debido primordialmente al cambio substancial que significó la reforma en este apartado), como puede verse después, las aportaciones gubernamentales aumentan intentando subsanar en apariencia los efectos de la modificación.

²⁰¹ El *Seguro de Prestaciones Sociales* ofrece servicios como *guarderías, centros recreativos y de abasto* etc., este seguro capta una contribución del patrón equivalente al 1% del *Salario Base de Cotización* (SBC) del trabajador; el *Seguro por Riesgo de Trabajo* (RT), es financiado por el patrón con una aportación equivalente al 2.5% del SBC del empleado; el seguro para casos de *Invalidez, Vejez*, así como *Cesantía por edad avanzada* o *Muerte* (IVCM), capta el equivalente al 8.5% del SBC del trabajador y se financia de forma tripartita, 70% lo aportaba el patrón, 25% el trabajador y 5% el gobierno; el último ramo de aseguramiento está representado por el seguro para casos de *Enfermedades y Maternidad*, el cual representaba una cuota del 12.5% del SBC del empleado y que distribuye su financiamiento en las mismas proporciones tripartitas que el IVCM; una prestación más se une al monto de cuotas patronales que origina el IMSS como organismo de seguridad social y esta es un 5% del SBC para el Instituto de Fomento Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (NFONAVIT).

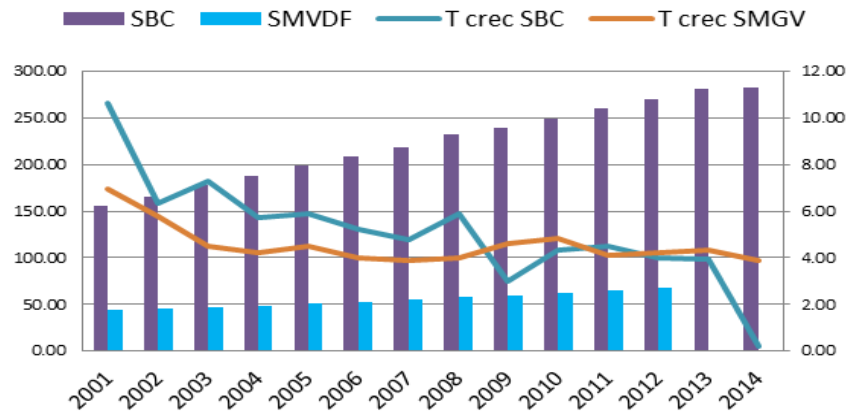
²⁰² Con la reforma de 1994 al sistema de pensiones también se realiza la modificación de las proporciones que componen las aportaciones, así como la sustitución del salario base de cotización por el salario mínimo general vigente.

Gráfico 25. Evolución de los ingresos en el IMSS según sus componentes 1989-2013



Como complemento a este marco de referencia el gráfico 26 presenta la evolución de ambos salarios (el salario base de cotización y el salario mínimo) y sus respectivas tasas de crecimiento para ejemplificar la brecha existente en los ingresos de las aportaciones obrero-patronales debido al cambio de base en el indicador para las cotizaciones cobradas en por IMSS.

Gráfico 26. Evolución de los salarios SMGVDF y el Salario Base de Cotización



Fuente: Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones, con integración de cifras de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática. IMSS.

Como puede observarse en el gráfico 26, el diferencial entre el SBC (barra oscura) y el Salario Mínimo (barra clara) es de casi 300% en 2001 y va en aumento, incluso observando la tasa de crecimiento de los indicadores pese a la tendencia del SBC, este solo es menor que el SM en 2009 ya que para el último dato de 2012 la tendencia de ambos indicadores se empata. Esta situación implica una cuantiosa cifra de ingresos que dejó de percibir el IMSS dentro de las aportaciones recaudadas. De acuerdo con Barba (2012) la reducción neta de este rubro, se cifra en un monto de alrededor de los 307 mil millones de pesos, de los cuales cerca del 50% se encuentra en las aportaciones patronales, 34% en los fondos federales y el resto de las aportaciones de los empleados.

Autores como Gutiérrez (2002) afirman dos causas en la crisis financiera del IMSS ligadas con las tendencias mostradas en los gráficos 19 y 20, primero que las pensiones están ligadas al seguro médico desde 1992 a la fecha y la merma de las contribuciones de la seguridad social fue razón para un fondeo fiscal a manera de subsanar la modificación en las cuotas para los servicios de salud. Aunado a esto, Laurell (2013) señala que el objetivo de las reformas es cargar al erario público lo que actualmente se exige a los patrones, por su parte, Soto (2013) plantea acerca de los ingresos, que la reducción de las cuotas obrero-patronales y el aumento de la aportación del gobierno federal se debe a la modificación del salario de referencia en la aplicación del índice que tasaba el cobro. Como podemos observar en los gráficos, las explicaciones anteriores dan sustento al señalamiento de la insuficiencia de los ingresos en el seguro de salud del IMSS como producto de la tendencia neoliberal a mantener como punta de lanza la mano de obra barata dentro del esquema de competencia neoliberal ante el proceso de globalización en la década de los noventa. Nuevamente las modificaciones en los modelos de salud se realizan más como una respuesta a la tendencia económico-política por sobre las necesidades de la población en materia de salud.

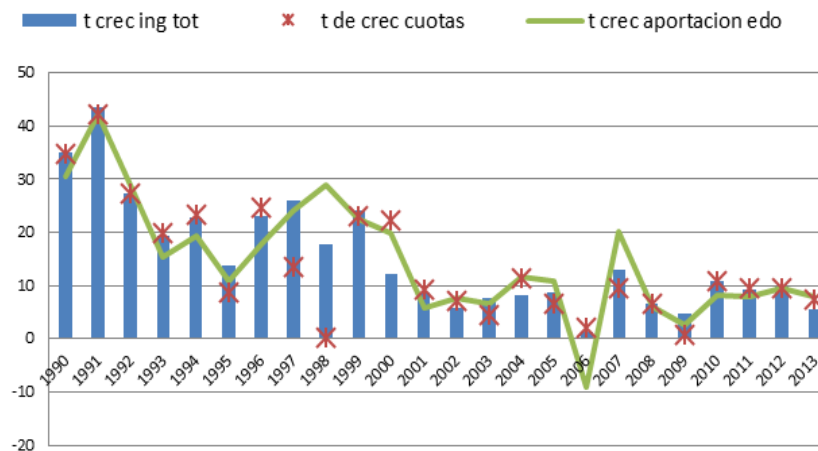
Barba (2012) señala que de la aportación del 12.5% sobre el salario del empleado en el ramo del Seguro de enfermedades y Maternidad (SEM), la reforma provocó una reducción del 2.5% posicionándolo en 10%, coincidente con lo que Gutiérrez (2002) señaló como *una reducción de casi una tercera parte del ingreso en el SEM*. Soto (2012) expone de forma muy clara la modificación de la reforma cuya gradualidad fue insuficiente para evitar el descalabro financiero en el IMSS:

La composición del SEM es de tres tipos de cuotas: 1.-Cuota diaria patronal de 13% sobre el SMdDF con un incremento porcentual anual de 0.65% hasta 2008; 2.- Cuota diaria patronal de 8% y del trabajador de 2% sobre la diferencia del SBC (salario base de cotización) menos 3 veces el SMGV del DF con un decremento porcentual anual de 0.49% y 0.16% hasta 2008; 3.- Cuota diaria gubernamental de 13.9% sobre el SM del DF actualizado trimestralmente según el INPC.²⁰³

El resultado de esta modificación es claro existe una caída en las contribuciones patronales, así como en las aportaciones federales, pese a la gradualidad implementada, la realidad es que tal modificación en la base de cotización implica la incapacidad de subsanar las finanzas del organismo de seguridad social. Como puede verse expresado en el gráfico 27 las tasas de crecimiento muestran un declive de los ingresos tripartitos del IMSS coincidiendo con los señalamientos de los autores citados anteriormente.

²⁰³ Soto C. J. "La seguridad social mexicana y sus carencias", en Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México. Ramírez y Ham (coord.).UNAM-CFN.

Grafico 27. T. de crecimiento de los ingresos (cuotas y aportaciones federales)



Fuente: Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones, con integración de cifras de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática. IMSS.

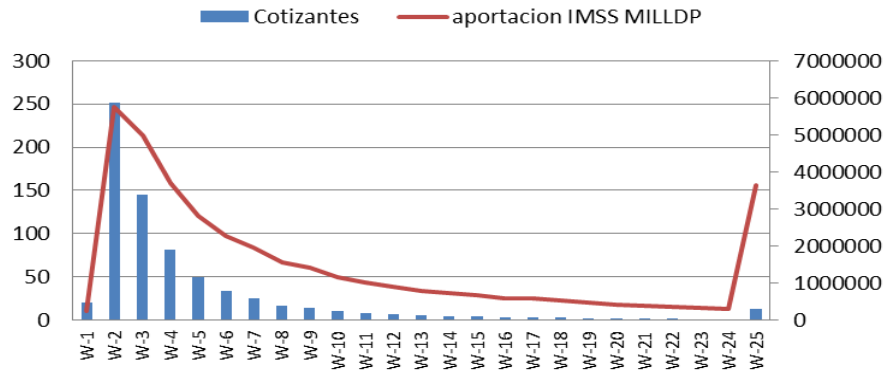
Si bien es cierto que lo más recomendable sería regresar a la base que proporciona el SBC como lo recomiendan algunos autores, existen otros aspectos que se suman a la crisis financiera del IMSS.²⁰⁴ Dentro de estos, resaltan tres muy importantes: a) la composición de la base contribuyente del organismo, en la cual la redistribución del ingreso es insuficiente; b) la falta de énfasis que hay en la relación riesgo-aportación de los asegurados y del instituto, ejemplo de ello es la implementación del *seguro para la familia*, una media manejada con el mismo esquema del SEM y que deja en claro un problema financiero para el instituto; c) la carga financiera que arrastra el SEM al interior de las finanzas del IMSS con respecto a las pensiones de sus empleados.

a) La composición de la base contribuyente.

Un vistazo a la distribución de las aportaciones del IMSS puede mostrar que su sistema es *poco solidario*, pues no hay una transferencia sustancial de recursos de los estratos de altos ingresos hacia los de abajo. El gráfico 28 muestra la distribución salarial de los afiliados al IMSS, donde claramente se aprecia que la mayor parte de los afiliados (alrededor del 75%) perciben entre dos y cinco salarios mínimos. Al contrastar esta distribución con la línea de aportación salarial podemos observar que los segmentos que más aportan son los de 3 y tal vez de 4 salarios (nótese que la aportación en los segmentos de 1 y 2 salarios son muy reducidas en comparación con la cantidad de población que representan), el resultado es la presencia de brechas más amplias en los niveles de 3 y 4 salarios, así como las caídas más estrepitosas entre los de 5 y 24 salarios. Finalmente el rubro de 25 salarios y más, manifiesta insuficiencia como contrapeso ya que pese a su gran contribución dentro de esta relación (población/ aporte) solo representa el 10% del ingreso por concepto de cuotas.

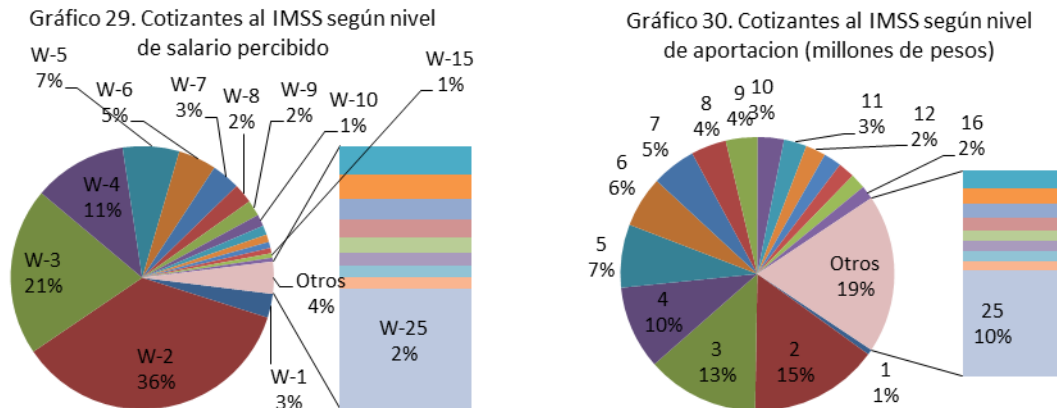
²⁰⁴ ...Abandonar la cuota fija patronal que es muy regresiva y volver a la aportación patronal de un porcentaje fijo sobre el SBC incrementaría los ingresos del IMSS al 13,72% sobre la SCB, o en 1.5%, respecto a los ingresos actuales... Laurell (2013)

Gráfico 28. Cantidad de Afiliados y Aportación al IMSS por nivel de salario percibido en 2013



Fuente: Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones, con integración de cifras de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática. IMSS.

Para reforzar este planteamiento, los gráficos 29 y 30 exponen de forma más específica el bajo nivel de solidaridad existente al interior del IMSS, al comparar la proporción de cotizantes por nivel de ingreso salarial y por aportación. Los gráficos proporcionan una imagen de la distribución del ingreso donde alrededor de una tercera parte de estos provienen de las clases que se ubican por arriba de 7 salarios, lo que proporciona un excedente redistribuible hacia los otros niveles por aproximadamente un 2% arriba de la contribución media en cada clase (que es de 3 salarios).



Fuente: Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones, con integración de cifras de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática. IMSS.

Nota: los rangos de salarios W11-w14 en el gráfico 45 poseen un valor de un punto porcentual. En el gráfico 46 los niveles 13-15 son de dos puntos porcentuales. Todos los valores se omiten gráficamente por ser repetitivos y de bajo valor gráfico al propósito explicativo de los cuadros.

Las causas principales de esta situación son dos: el rango de tabulación salarial para el cobro de cuotas ya no es suficiente en su tope de 25 salarios y la evasión de pagos en los empleados y empleadores, que ha redundado en un adelgazamiento de la masa contribuyente en los rangos de 7 a 24 salarios de percepción.²⁰⁵

²⁰⁵ Generalmente el patrón ofrece ciertas prestaciones indirectas al trabajador en lugar de su registro al IMSS en el tabulador que le compete como una estrategia de ahorro, ante el nivel de aportaciones patronales por cada obrero según su salario percibido y registrado. Otro factor que incentiva la evasión es señalado por Gutiérrez (2002) y Laurell (2013)

El resultado es una redistribución muy ajustada y reducida, a falta de la aportación de los segmentos intermedios, lo que provoca que cada segmento de la población termine pagando la atención de sí mismos con sus propios recursos, algo que sería totalmente injusto para los de menos aporte, si se cobrara por servicio prestado. Sin embargo, el sistema de integralidad en la atención que tiene el instituto permite brindar servicios a los asegurados, sus familiares y familiares de jubilados, aunque cada vez con menos recursos, lo que redundará en la escasez de medicamentos y la falta de infraestructura de diagnóstico y tratamiento.

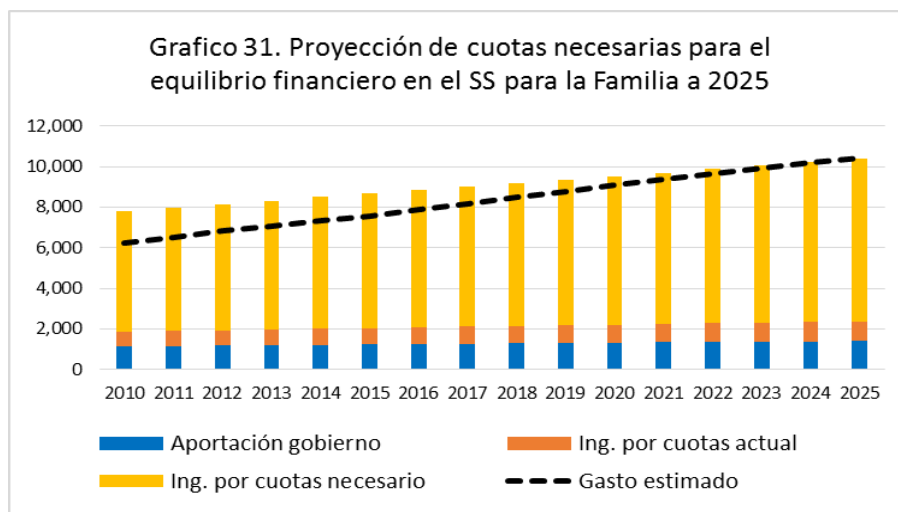
b) La falta de énfasis que hay en la relación riesgo-aportación de los asegurados

Si bien es cierto que el IMSS posee un tabulador que considera el riesgo laboral de cada afiliado y estima su consecuente aportación, así como la del patrón. Este esquema es insuficiente para mantener una relación sana en las finanzas del organismo, toda vez que el perfil epidemiológico y de morbilidad está cambiando en el mundo. Lo anterior significa que la aportación debe considerar no solo el factor de riesgo de la profesión del asegurado, sino también premiar o tasar los esfuerzos de empleado-empresa y familia por mantenerse sanos.²⁰⁶ Un ejemplo extremo pero vigente de ello, se encuentra en el estudio que el IMSS (2009) realizó para el esquema de Seguro para la Familia, una modalidad de asistencia a personas afiliadas al instituto bajo un régimen voluntario. En este esquema el afiliado tienen derecho al servicio y goce de la infraestructura del organismo a cambio de una cuota anual. Sin embargo, la cuota es fija y estandarizada a todos los adscritos, carece de una evaluación de financiera y de riesgo acerca de los solicitantes lo que redundará en falta de recursos y viabilidad financiera.

De acuerdo con la proyección del mismo instituto, el vacío en los ingresos del *Seguro para la Familia* para obtener un saldo equilibrado para 2025, es igual al monto de la prima anual que debería cobrarse por persona según el tratamiento recibido. El gráfico 31 muestra en la barra clara, el monto de recursos necesarios para cubrir los gastos realizados, mismos que están representados por la línea punteada; las barras inferiores representan los ingresos actuales del plan de seguro, cuyos volúmenes se reparten entre las aportaciones de origen gubernamental y las cuotas de los afiliados.

respecto al entorno de contratación de la mano de obra en la industria, ya que la relación que guardaba esta estructura en 1997 era acerca de que el 96% de las empresas patronales del IMSS eran PYMES y contaban con el 39% de la población asegurada, 3% de las empresas del IMSS eran medianas y contaban con el 20% de asegurados y el 1% son grandes empresas y contaban con 41% de la población trabajadora. Según ambas autoras dicha relación provoca que el esquema de cuota fija perjudique más a las pequeñas y medianas empresas que pagan un 10.2 al 20.4% sobre su masa salarial mientras que la gran empresa paga del 2 al 4%. La situación no se ha modificado en la actualidad ya que la relación es 97% de las empresas contratantes son PYMES con niveles de 41% de asegurados en 2013; 2% de las empresas son medianas con 15% de la población asegurada y tan sólo el 1% de las empresas grandes captan el 44% de los asegurados.

²⁰⁶ En varios países se hace énfasis en la prevención como una necesidad y obligación de la población ante las presiones financieras que involucran los estilos de vida en los cambios del perfil epidemiológico y de morbilidad. Transfiriendo indirecta o directamente el costo de los cuidados preventivos a la población y las empresas. Por ejemplo: ya sea aumentando la cuota de aportación si la familia no acude a las sesiones de asesoría preventiva de su clínica o si la empresa no manifiesta mecanismos promotores de la salud de sus empleados.



Fuente: Asegurados del SSFAM vigentes a 2008; LSS y estimaciones de la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales

El análisis que acompaña esta proyección revela que la causa de este desfinanciamiento se basa en la composición de los afiliados a este seguro, ya que en este seguro hay personas que poseen un elevado riesgo en cuanto a padecimientos crónicos y con necesidad de tratamiento continuo, esta *precondición* eleva los costos por arriba de la proyección que dio origen a la prima original, la cual, se estimó sin tomar en cuenta el principio solidario bajo el cual se fundamenta la seguridad social “*En conjunto la población financia las enfermedades de unos gracias al aporte de aquellos que gozan de buena salud*”, de otra forma cualquier aseguradora se enfrenta a los problemas de riesgos moral y selección adversa que toda cobertura enfrenta. El resultado es obvio, ante la falta de recursos el gobierno federal debe intervenir fondeando dicho programa. De acuerdo con el IMSS *Los ingresos registrados de 2005 a 2009 ascendieron a 1,841 millones de pesos anuales, en promedio; el 40.2 por ciento corresponde a las aportaciones de los asegurados, el 55.4 por ciento a las aportaciones del Gobierno Federal; y, el 4.5 por ciento al rubro de otros ingresos.*²⁰⁷

Lo que podemos interpretar de este ejercicio de proyección es que la prima calculada por el seguro para la familia se hizo con las bases que proporcionó la coordinación de protección a la salud en su intento de promover la portabilidad de los servicios de salud, esto significa que para ello se estableció una base de servicios de atención primaria y no de atención integral que significa el acceso a 2º. Y 3er. Nivel lo que eleva los costos del servicio en el IMSS.

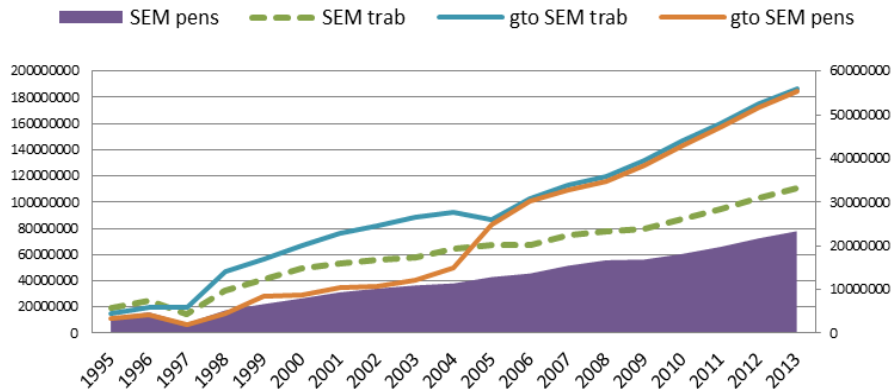
Con el proceso de reforma iniciado en los noventa con la *Ley General de Seguridad Social* de 1994, se propiciaba una crisis que hacia posible considerar la transición del esquema de seguridad social hacia la generación de un mercado de servicios de salud como medida alternativa. Con las nuevas reformas cada ramo de aseguramiento necesitó registrar sus operaciones por separado y de la manera más nítida, a fin de contar con la exposición de la estructura operativa y sus problemas financieros en lo particular. En lo que corresponde al SEM, sus servicios son separados en la forma de dos planes de seguro adicionales, *el servicio*

²⁰⁷ ...Respecto a los gastos para ese mismo periodo, se observa que el monto del gasto corriente promedio se ubica en 5,268 millones de pesos, de los cuales el 58.6 por ciento corresponde al capítulo de servicios de personal; el 17.4 por ciento al de consumos; el 13.6 por ciento al Régimen de Jubilaciones y Pensiones; el 8.7 por ciento a servicios generales; y el 1.7 por ciento al rubro de mantenimiento. El gasto corriente representa el 91.4 por ciento del gasto total del seguro, el cual se estima en 5,763 millones de pesos, en promedio, de 2005 a 2009. (IMSS: 2012)

a pensionados y el servicio de atención a la familia o esquema voluntario del cual se ha hablado anteriormente.

El gráfico 32 muestra los ingresos y gastos en el Seguro de enfermedades y maternidad (SEM) tanto del rubro de asegurados activos (eje abscisas izquierdo) como de jubilados (eje abscisas derecho) dentro de la imagen se observa como los gastos rebasan a los ingresos de cada ramo de aseguramiento, aumentando la brecha cada año a partir de las reformas de 1994.

Gráfico 32 Ingresos y gastos corrientes del SEM en trabajadores activos y jubilados



Fuente: Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones, con integración de cifras de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática. IMSS.

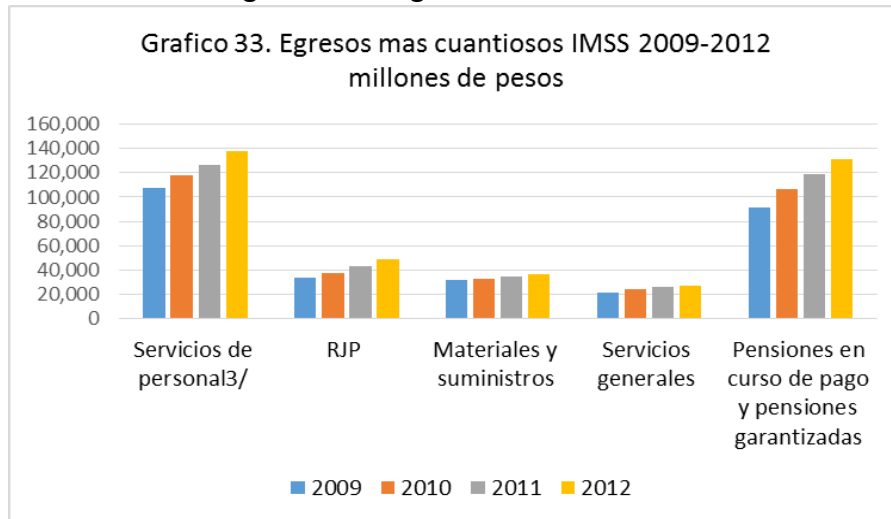
El gráfico 32, muestra como los ingresos tanto de asegurados (línea punteada), como de pensionados (área sombreada) están por debajo de los niveles de gasto. Estos últimos a pesar de encontrarse en dos escalas diferentes pueden apreciarse en el gráfico con un comportamiento similar en su crecimiento, lo que implica un problema en la administración de los recursos, ya que todos los seguros de salud del IMSS están basados en la misma visión recaudatoria.

La situación es similar tanto en el caso del *Seguro para la Familia* como en el caso del *Seguro para Pensionados*, cuyas poblaciones crecen en número y en padecimientos crónicos y tratamientos prolongados, manifestando a raíz de la reforma que se carece de una contraparte financiera, es decir una cuota que subsane los costos de los tratamientos. Pero ante todo esto, no podemos olvidar que el IMSS se fundamenta en la solidaridad financiera de un gran número de afiliados, por lo que todo modelo de seguridad social requiere un sistema obligatorio de afiliación que conlleve a alcanzar el número pertinente de asegurados que permita financiarse sostenidamente, de lo contrario sus esquemas de ingresos responderían a la conformación de una mercado de servicios de salud donde la exclusión y la precariedad en los servicios es algo común e indeseable en un sentido de equidad.

c) la carga financiera que arrastra el SEM al interior de las finanzas del IMSS con respecto a las pensiones.

El IMSS tiene una obligación financiera doble respecto a las pensiones, ya que mantienen dentro de su contabilidad los montos restantes que conforman el sistema de reparto previo a la reforma de 1994 y aquellas sumas cuya obligación como patrón se encuentran registradas dentro del régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). El gráfico 33 muestra los egresos más

importantes en el IMSS destacando que después de los servicios personales, el motivo de gasto más importante son las pensiones tanto para afiliados al IMSS, como en su papel de patrón dentro del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) que se posiciona como tercera variable más cuantiosa en los egresos del organismo.²⁰⁸



Fuente: IMSS

A partir del año 2000 en adelante el Seguro de enfermedades y Maternidad (SEM) aparece como la cuenta de registro de estos gastos. Este cambio propició un profundo déficit del ramo de atención médica. Destaca de sobre manera, los efectos de la modificación en las fuentes financieras de las pensiones del IMSS. Este organismo reveló en su reporte de gestión que a través de un reporte de gestión se reveló un estudio actuarial donde se calcula que en 2009 existió un déficit de 649,777 millones de pesos, originado por el *costo neto de las pensiones*.²⁰⁹ Como se expresó en dicho documento, el SEM fue el más afectado con 605,256 millones de pesos, mientras que el SIV fue el único que presentó excedente.²¹⁰

El grafico 34, nos ofrece un acercamiento al efecto de las pensiones del IMSS hacia el interior de las finanzas de los servicios de salud. Como puede observarse en el gráfico, hasta 2009 es cuando se revela el efecto de las pensiones sobre las finanzas del SEM elevando su

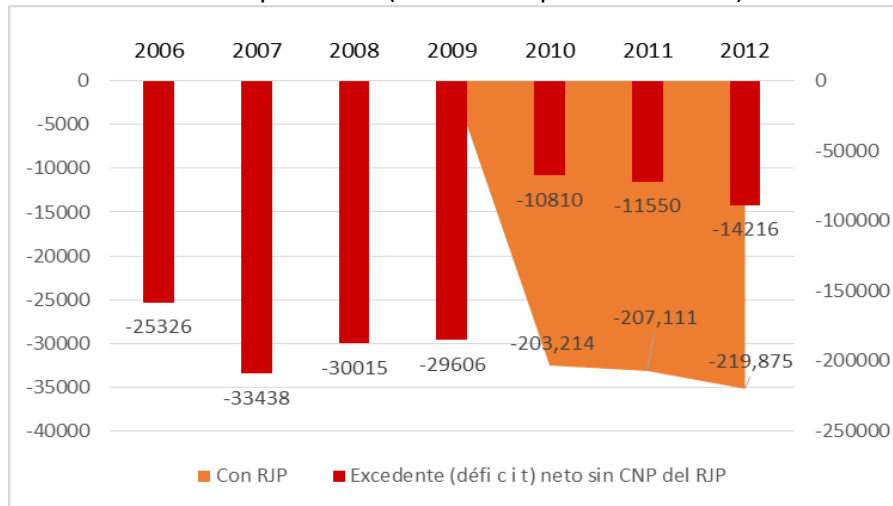
²⁰⁸ De acuerdo con el IMSS... dentro de los elementos que definen el pasivo del RJP, se encuentra la complementariedad respecto de la LSS. De los trabajadores que se valúan con derecho al RJP a cargo del IMSS patrón, el 87.5 por ciento (276,468 trabajadores) tienen fecha de inicio de cotización a la seguridad social anterior al primero de julio de 1997; este grupo se denomina trabajadores de la generación en transición, para ellos la obligación patronal del IMSS se define como la diferencia entre el importe de pensión que les corresponde conforme al RJP menos la pensión a que tienen derecho por la LSS de 1973. lo anterior permite considerar el alto volumen de recursos que absorbe este rubro que se adjudica al IMSS como patrón, más aún si consideramos que de acuerdo con el instituto alrededor de 297,555 trabajadores (94.1 por ciento del total), perciben un salario base promedio es de 14,755 pesos mensuales equivalente a nueve veces el salario mínimo general del D. F. vigente a diciembre de 2009. Lo que da como resultado una nómina bastante elevada en materia de pensiones.

²⁰⁹ Bajo la metodología de la NIF D-3 que entró en vigor a partir de enero de 2008, el Costo Neto de Pensiones (CNP) del RJP proyectado por el despacho actuarial externo para el período 2010 es de 219,459 millones de pesos. A esta última cifra se le disminuyen 37,718 millones de pesos del RJP que se encuentran incluidos en los Gastos Directos y se adicionan 4,779 millones de pesos correspondientes a Gastos No Distribuibles, obteniendo como resultado 186,520 millones de pesos.

²¹⁰ El cálculo del CNP bajo la metodología NIF D-3 considera lo siguiente: i) se incluye el concepto de "escalas salariales", el cual se refiere a los tabuladores y escalafones de nivel de ingreso que se espera que un empleado tenga a lo largo de su vida laboral en el Instituto; ii) amortización en un período menor de "pérdidas o ganancias actuariales"; iii) hipótesis económicas y financieras (tasas de interés e incremento en sueldos y salarios), lo que significa que las tasas nominales sustituyen a las tasas reales; iv) ausencias compensadas, en lo que se refiere a vacaciones diferidas, licencias, entre otros, y v) reserva o pasivo neto proyectado, que deberá ser, al menos, equivalente a la obligación por beneficios definidos. Fuente: Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones, con integración de cifras de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática. IMSS.

déficit muy por encima de los montos naturales de su operación. Esta situación expone un reto a las finanzas del instituto y un reclamo al gobierno acerca de los ajustes inconclusos de la reforma de pensiones que datan desde la década de los noventa.

Gráfico 34. Situación financiera del SEM considerando o no el efecto de las pensiones (millones de pesos corrientes).



Fuente: IMSS 2011

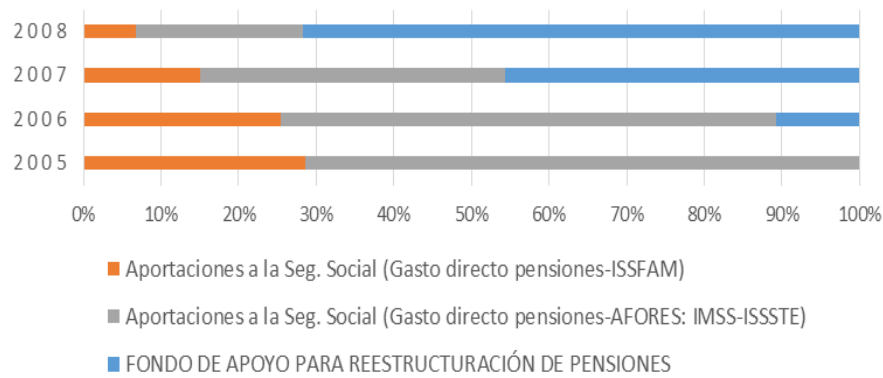
El gráfico anterior es producto de las cifras del estudio actuarial que se realizó en el IMSS, como explicación de la imagen podemos enfocarnos en el año 2010 cuyas cifras muestran la situación financiera en el SEM, claramente puede diferenciarse el peso de las obligaciones del RJP en los gastos en el área sombreada se muestra el déficit considerando el efecto del RJP en 2010 de 203,243 millones de pesos en la barra se muestra el monto disminuido a 10,810 millones de pesos en 2010.

Al respecto autores como Laurell (2013) denuncian que se carga al SEM el 90% del costo de las pensiones de los trabajadores del propio IMSS lo que ha contribuido a un *crónico desfinanciamiento* del seguro médico, mismo que se ha cargado sobre los servicios que en consecuencia han sufrido un prolongado deterioro.

Las recomendaciones van desde un aumento de la aportación de los trabajadores y patrones, hasta una intervención del estado asumiendo como deuda el monto que se adjudica a las pensiones.²¹¹ Para reforzar esta idea el gráfico 35, muestra el cambio del gasto público con respecto al proceso de transición del régimen de pensiones en el IMSS. Lo que se contempla es la modificación de los rubros principales del gasto, una vez descontados los egresos corrientes de la seguridad social. Resalta por demás la aparición de una reestructuración del gasto público, reconociendo la necesidad de financiar las pensiones.

²¹¹ De acuerdo con el IMSS: *...resulta evidente que el SEM presenta una situación financiera insostenible con la prima de Ley actual de 1.5 por ciento de los salarios de los trabajadores activos, lo cual se confirma con el Balance Actuarial a 100 años... Por lo tanto, con una tasa de crecimiento real del gasto por pensionado de 1.5 por ciento, que sería muy baja en una comparación internacional, se requeriría que la prima de financiamiento para un período de 50 años de proyección fuera de 9.71 por ciento para el escenario con probabilidades de reservas...* Fuente: Fuente: Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones, con integración de cifras de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática. IMSS.

Grafico 35. Distribución del Gasto en Seguridad Social rubros principales de la Admon. Pub. Centralizada (2005-2008)



Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal

Nota: Incluye los recursos correspondientes a nómina de pensiones.

Conclusiones

Con todo lo anterior, podemos decir que el IMSS (máximo organismo representante de la seguridad social del país), se encuentra en crisis como resultado de los cambios en las políticas de salud. Esta crisis se manifiesta en la caída de la calidad, la infraestructura y la expansión del sistema de seguridad social.

La causa principal de esta crisis se encuentra en el proceso de cambio del modelo de intervención gubernamental en el sistema sanitario, ya que el nuevo esquema de provisión de servicios básicos, conlleva implícitamente una intención firme de reducir las aportaciones empresariales a la seguridad social como resultado del modelo de competencia neoliberal aplicado al mercado de trabajo formal en el país. Este cambio se ha manifestado en varias directrices: a) La modificación del tabulado de contribuciones obrero patronales que ha creado un vacío en la cuantía de fondos recaudados, b) los cambios en la administración del IMSS hacia la conformación de un modelo universalista conjunto de un mercado de servicios de salud que expone la incógnita del financiamiento de los servicios ya no bajo la óptica de la seguridad social sino de la solidaridad limitada de una aseguradora convencional, lo que implica un desfaldo en el erario público o una falta de recursos por parte del IMSS para atender programas como el Seguro para la familia o el Seguro para jubilados, exponiendo al público afiliado a casos de deterioro en los servicios y al organismo a situaciones de selección adversa o alza de las cuotas de afiliación. C) la privatización de los fondos de pensión que recortó las fuentes de financiamiento de los ramos de aseguramiento del IMSS, este vacío financiero producto de la transición del régimen de pensiones no se cubrió por el gobierno en la forma de deuda pública, dejando parte del costo de las pensiones del régimen anterior al IMSS, aunado al fondeo de sus propias pensiones como patrón.

4.2 ISSSTE

El Instituto de Servicios de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, es una institución fundada en 1959, que se financiaba de forma bipartita con aportaciones del trabajador y del patrón (en este caso el estado), para 2010 el organismo reportó un

presupuesto de alrededor de 41, 091 millones de pesos constantes con los cuales ofrece servicios de primero, segundo y tercer nivel a 6, 366, 321 personas.²¹²

El ISSSTE es un organismo que tiene su origen al igual que el IMSS, en un modelo de seguridad social ligado al mercado de trabajo y a consolidación de las instituciones necesarias para el fomento del movimiento industrializador en nuestro país.²¹³ Hasta 1983 el ISSSTE estuvo conformado por 4 subdirecciones: prestaciones médicas, prestaciones económicas, prestaciones sociales y prestaciones administrativas. Dichos servicios se financiaban a través de las aportaciones de los empleados y del gobierno.

Al igual que sucede con el IMSS el ISSSTE está sujeto a tres problemáticas financieras dentro de su estructura: a) la insuficiencia de los recursos aportados por los trabajadores como producto de una modificación en el tabulador de la cotizaciones cambiando el SBC por el SMGVDF como base de cálculo; el estrecho rango existente en los niveles de ingreso sujetos de cobro; y la cada vez menor tasa de crecimiento en el empleo en este sector, impidiendo el aumento de la masa de aportaciones que percibe el instituto; b) el efecto negativo que tiene la relación pensionado-asegurado como contraparte de la relación ingreso-gasto en lo que se refiere a los servicios prestados por el ISSSTE; c) la carga financiera que representan las pensiones con respecto al nivel de ingresos y las fuentes de que dispone el instituto para solventarlas.²¹⁴

A lo largo de este apartado se revisaran cada uno de estos aspectos y su evolución como parte de las reformas llevadas a cabo al interior del propio instituto.

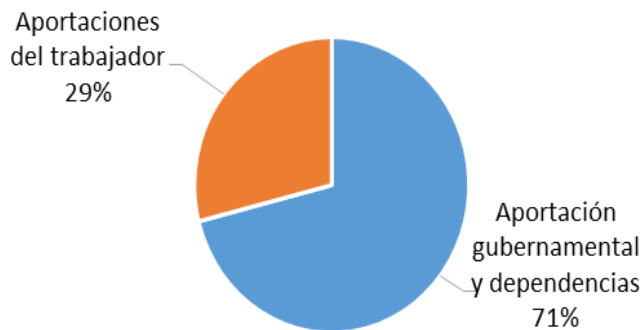
Como puede observarse en El gráfico 36, la composición de los ingresos que constituyen el ramo de aseguramiento de los servicios de salud en el ISSSTE (prestaciones médicas), se conforma por el 29% de los ingresos provenientes de las aportaciones de los empleados, el resto, era financiado por el erario público.

²¹² En 1960, el ISSSTE tenía una Población de 129, 512 trabajadores, 11, 912 pensionistas, 346, 318 familiares de ambos para un total de total 487, 742 afiliados. (Tovar, 2008)

²¹³ Por una parte la ley originaria de 1959 contemplaba 14 prestaciones de carácter obligatorio, tras la reforma de 1983 se desglosaron 21 seguros y prestaciones, con ciertas restricciones o condiciones basadas especialmente en marcar lineamientos para los regímenes de pensiones y prestaciones monetarias, ampliando la edad mínima de retiro y los años de cotización. Se reagruparon los seguros como seguros médicos de: a) medicina preventiva, b) enfermedades y maternidad, c) rehabilitación física y mental, d) servicios integrales de retiro a jubilados y pensionados. Seguros por Pensiones: a) seguro por cesantía en edad avanzada, b) seguro de invalidez, c) seguro por causa de muerte, d) seguro de jubilación, e) Seguro de retiro por edad y tiempo de servicio, f) indemnización global y finalmente seguro por Riesgo de trabajo.

²¹⁴ De acuerdo Tovar (2008) la evolución de la relación trabajador-pensionado en 1960 era de 10.87 a 1; para 1980 aumentó 21 a 1, y en 2002 ya se había reducido a menos de 5 a 1.

Gráfico 36. Distribución de las fuentes financieras del seguro de enfermedades y maternidad (Ley de 1983).



Fuente: ISSSTE 2010

Esta estructura se mantuvo por más de 20 años hasta la década de los ochenta. Con la nueva tendencia en política económica acerca de reducir el déficit público, además de llevar a cabo la descentralización de las actividades gubernamentales para mejorar la eficiencia de la administración pública,²¹⁵ el ISSSTE se enfrentó al choque entre el modelo de seguridad social que había sostenido y la conformación de un nuevo entorno económico, donde el primer reto consistía en el estancamiento del nivel de empleo gubernamental, y en segundo plano la insuficiencia de los recursos para sostener la calidad y eficiencia de los servicios que prestaba.

El movimiento descentralizador de los ochenta, afectó al ISSSTE de muchas formas (tal y como sucedió en el IMSS), los cambios propuestos fueron parciales e insuficientes, por ejemplo, Luna (2011) señala que el 55% del presupuesto se descentralizó, abarcando principalmente el gasto corriente,²¹⁶ sin embargo, dentro del *presupuesto centralizado* aún se dirigía la compra de medicamentos, productos farmacéuticos y equipo médico, por lo que ante la falta de una normatividad previa para la organización interna se hicieron presentes los *inadecuados niveles de comunicación* entre los segmentos de atención médica provocando el desabasto de medicamentos, así como, la persistencia de *una Infraestructura obsoleta y deteriorada y la preexistencia de recursos humanos insuficientes*, lo que la autora llama en general *una Incompatibilidad del modelo de atención con el modelo organizativo*.

Para 1992, el instituto agotó sus reservas y comenzó a necesitar subsidios del gobierno para el pago de las pensiones y jubilaciones, año con año, el déficit se incrementaría hasta depender directamente de la intervención del gobierno federal a partir en 1993 como lo muestra la tabla 4.

²¹⁵ En 1983 se inicia un Programa de Desconcentración Presupuestal-Financiera que da autonomía de recursos a las subdelegaciones médicas. Se modificó la forma de administración y de 7 regiones estatales existentes, se pasó a la administración en la forma de delegaciones por entidad federativa, así cada estado contaría con un eje administrativo (Luna, 2011)

²¹⁶ Este presupuesto descentralizado abarcaba el pago de salarios, mantenimiento, prestaciones y compensaciones de las unidades médicas, hospitales y del centro médico 20 de noviembre. (Luna: 2011)

Tabla 4. Evolución del déficit financiero del ISSSTE

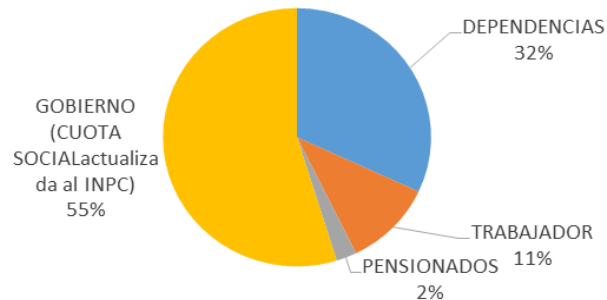
Año	Déficit financiero del fondo de pensiones (millones de pesos)	Financiamiento
1992	698	Uso de reservas
1993	968	Subsidio federal
1994	1300	Subsidio federal
1995	2100	Subsidio federal
1996	2800	Subsidio federal
1997	4200	Subsidio federal
1998	5700	Subsidio federal
1999	7400	Subsidio federal
2000	9200	Subsidio federal
2001	11828	Subsidio federal
2006	37000	Subsidio federal

Fuente: tomado de Tovar (2008) con datos de

Si bien la década de los noventa se concentró en las reformas al IMSS y de su sistema de pensiones, en el ISSSTE, los cambios se dieron en forma más discreta hasta el año de 2007, momento en que las reformas consideraron medidas de ajuste para contrarrestar el efecto de las pensiones sobre los gastos del organismo. A pesar de la urgencia de la situación los cambios fueron discretos y negociados, ya que se suavizó el cargo que corresponde a los trabajadores, a cambio de ciertas modificaciones de fondo en el sistema de pensiones.

Con la reforma, el organismo también adoptó un esquema tripartito de aportaciones, donde el Estado se desprende de su papel como patrón en cuanto a la aportación principal, y delega la responsabilidad a la dependencia gubernamental a cargo del empleado. El gráfico 37, muestra la nueva distribución en las fuentes de ingreso tras la reforma de 2007. Resalta la diferencia con la estructura de ingresos de 1983 cuando la participación de los empleados era de alrededor de un 29% comparada con el 11%, que se muestra en el gráfico para el año de 2007.

Gráfico 3 7 Composición de los ingresos de la subdirección de enfermedades y maternidad según la ley de 2007



Fuente: ISSSTE 2010

Aunque la reforma de 2007 parece haber afectado la composición de los ingresos en el ramo de enfermedades y maternidad reduciendo la aportación de los trabajadores, lo cierto es que este efecto se logró modificando el componente para el cálculo de la cotización salarial, al sustituir el *Salario Básico de Cotización* por el *Salario Mínimo General Vigente*.²¹⁷

²¹⁷ La ley abrogada consideraba como sueldo básico a la integración del Sueldo Presupuestal, el Sobresueldo, y la Compensación. Entendiendo como Sueldo Presupuestal, la remuneración ordinaria señalada en la designación o nombramiento del trabajador en relación a la plaza o carga que desempeñe; como sobresueldo, a la remuneración adicional

También se introdujeron cuotas para los pensionados en ciertos rubros, especialmente el de salud. La tabla 5, resalta los cambios entre la reforma de 1983 y la de 2007.

Tabla 5. Aportación salarial por ramo de aseguramiento según la ley de 1983 y 2007

Ramo de Seguro	Dependencias		Trabajador		Gobierno (cuota social)		Total	
	1983*	2007	1983	2007	1983**	2007	1983	2007
Enfermedades y maternidad	6.75	8.095	2.75	3.37	-	13.9	9.5	25.37
Jubilación y retiro	3.5	3.175	3.5	6.125	-	5.5	7	14.75
SAR	2	2	-	2.625	-	2	2	6.625
Riesgo de Trabajo	0.25	0.75	-	-	-	-	0.25	0.75
Vivienda	5	5	-	-	-	-	5	5
Prestaciones Personales	0.5	-	0.5	-	-	-	1	-
Prestaciones Sociales	0.5	0.5	0.5	0.5	-	-	1	1
Administración	1.25	-	0.75	-	-	-	2	-
Invalidez	-	0.625	-	0.625	-	0.625	-	1.875
Total	19.75	20.145	8	10	-	20.025	27.75	50.795

Fuente: Ley del ISSSTE. Diario Oficial de la Federación, 2007.

Nota: dentro de la reforma de 2007 se incorporó una aportación que se suma al total de la subdirección de enfermedades y maternidad por parte de los jubilados que se refiere al 0.625 del Salario Mínimo Vigente.

*Los datos de 1983 en la casilla de Dependencias contemplan la aportación total del gobierno antes de la reforma de 2007 que ya separa a la dependencia como patrón y la Cuota Social del gobierno federal como apoyo al trabajador.

**Los datos de la casilla de Cuota social son referentes a la reforma de 2007 por eso la columna de 1983 se encuentra en blanco.

Dentro de la tabla 5 en la columna de totales se puede apreciar la diferencia en la magnitud de las aportaciones, sin embargo, en el detalle se muestra claramente, como dicho aumento continua pesando sobre la figura gubernamental, ahora distribuido bajo la figura de la dependencia contratante y de la aportación solidaria del gobierno federal.

La reforma de 2007, dio paso al sistema de cuentas individuales en las pensiones del organismo y esto se logró a través de una negociación que involucraba aumentos en la aportación gubernamental, subsanados por la caída de los beneficios que a largo plazo hacia redituable la desaparición del sistema de reparto según la ley de 1983.²¹⁸

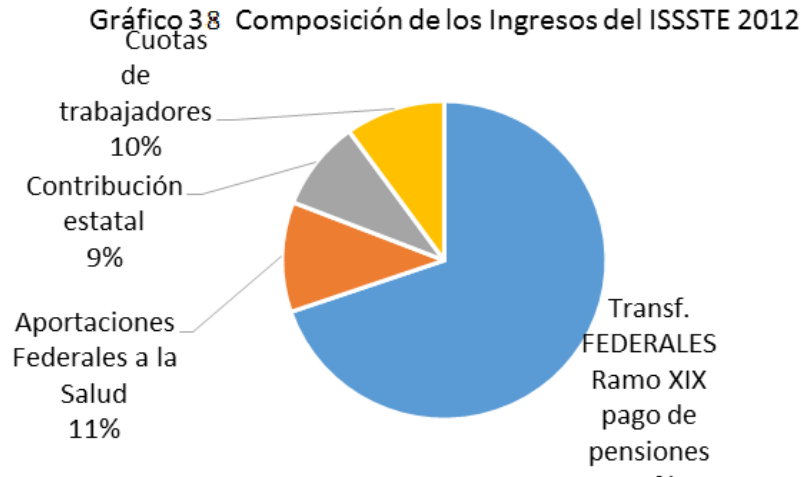
Un elemento adicional en el análisis en la estructura financiera del ISSSTE es el rango existente para las aportaciones que cobra el instituto, ya que parte desde 1 SMGV, hasta un rango máximo de 10 veces el SMGV (un intervalo más limitado que el del IMSS que llega hasta 24 salarios), esta condición afecta el monto de percepciones para el ISSSTE anulando medidas populares que acompañaban la reforma de 2007, tales como la incorporación de

concedida al trabajador en atención a las circunstancias de salubridad o carestía de la vida en el lugar en que presta sus servicios y como compensación, a la cantidad adicional al sueldo presupuestal y sobresueldo que se otorga en cuanto a su monto y duración a un trabajador en atención a las responsabilidades o trabajos extraordinarios relacionados con su cargo o por servicios especiales que desempeñe. (González, 2009)

²¹⁸ Además como parte de la negociación con el sindicato se acordó respetar los regímenes y condiciones de las pensiones en curso y de las personas trabajando previo a la reforma. Otro acuerdo más fue garantizar una pensión digna de por lo menos 3 salarios a diferencia del IMSS donde solo es de un salario la pensión mínima garantizada

diputados, senadores y ministros de la Suprema Corte de Justicia al régimen obligatorio del ISSSTE.

Un elemento más que afecta el presupuesto de los servicios de salud en este organismo es la distribución de las aportaciones gubernamentales en el balance de ingresos del instituto. El gráfico 38, muestra la etiqueta de cada ingreso y claramente se aprecia que el ramo de salud opera solo con el 30% de los ingresos totales, ya que la mayor parte de estos, tiene por objeto el pago de pensiones.²¹⁹



Fuente: Anuario estadístico ISSSTE

Para varios estudiosos como Laurell (2013) la reforma de 2007 tiene el propósito de llevar al instituto hacia la adopción del *paquete básico de servicios de salud* como parte de la propuesta universalista. De acuerdo con la autora, esto se realiza a través del establecimiento de un organismo separado del instituto que permita:

- i. *Hacer la evaluación financiera del seguro de salud*
- ii. *Fijar su techo presupuestal en función de los ingresos*
- iii. *Definir el paquete de servicios correspondiente a este techo*²²⁰
- iv. *Transferir los recursos a los prestadores de los servicios, públicos y privados.*

De acuerdo con el último punto mencionado por LAURELL el ISSSTE presenta un amplio historial de contratos de subrogación de servicios a particulares tales como el ahora inexistente programa de subrogación farmacéutica.²²¹ Si bien es cierto que la subrogación abre las puertas a la portabilidad como uno de los elementos clave de la conformación de un sistema nacional de salud con atención homogénea a lo largo de todo el territorio, el ISSSTE no es el mejor ejemplo del uso de esta modalidad. Soberón y Kumate (1988) señalan que en *los estados, las subdelegaciones del ISSSTE subrogan 90% de los servicios concedidos especialmente aquellos en las áreas de especialidad, auxiliares de diagnóstico y hospitalización*, parte de estos servicios se realizan a través de otros organismos tales como

²¹⁹ Esto coincide además con la afirmación de que entre otras causas de la crisis financiera, se puede ubicar la injerencia de las pensiones, por ejemplo: *el cambio en la vigencia de la pensión que pasó de 2.5 años en 1975 a 21 años en 2002 según Tovar (2008).*

²²⁰ *Esta consideración autoriza implícitamente la disminución de los servicios. O sea, legalmente el ISSSTE podría suprimir tratamientos por su alto costo.* (Laurell: 2013)

²²¹ El sistema de subrogación farmacéutica consistía en la expedición por parte del ISSSTE de recetas canjeables en farmacias privadas, una situación que entre otras cosas presionó al alza el costo de medicamentos en el mercado.

el IMSS, DIF Y SSA.²²² Sin embargo, de acuerdo con estos autores, *en su mayoría 75% de los servicios contratados se llevaron a cabo con particulares y fue de forma un tanto informal ya que para 1982 la subrogación alcanzo el nivel del 18% del presupuesto global.*²²³

Como medida, la subrogación de servicios buscaba proporcionar funcionalidad a la desconcentración de los servicios del ISSSTE, el problema de su aplicación son las condiciones de contratación de los servicios, así como el establecimiento de responsabilidades por las partes contratantes y los mecanismos de solución ante conflictos en la provisión de servicios, así como la regulación de la distribución y aplicación del presupuesto por cada organismo local en la disposición de recursos y la licitación de servicios.

Finalmente es necesario mencionar un problema ligado a la concentración de los recursos para la atención médica en las actividades de atención especializada. Un rubro ligado a la subrogación de servicios, pero sobre todo al proceso de descentralización llevado a cabo en el instituto, de acuerdo con Luna (2011) el 2º y 3er nivel de atención médica especializada perciben el 90% de los recursos del organismo cubriendo servicios de atención para el 20% de la población, a diferencia del conjunto de servicios de primer nivel, los cuales disponen de un 10% del presupuesto para satisfacer el tratamiento de 80% de la población. Esta mezcla debe estar sujeta a modificación toda vez que el enfoque de prevención es cada vez más necesario para liberar la presión sobre las finanzas del ISSSTE.²²⁴

Conclusiones

El ISSSTE ha recorrido el proceso de transición hacia un modelo de atención primaria de una forma muy diferente al IMSS. Pese a que también representa un organismo de seguridad social, y esto se debe al tipo de población afiliada, los trabajadores del estado son un segmento de la población políticamente diferente a la población del IMSS quien atiende a los empleados de la *iniciativa privada*. Para Luna (2011) el proceso de evolución del ISSSTE se debe más a *factores coyunturales* y por ello *el proceso de desconcentración administrativa* resultó en una *reestructuración desordenada* que redundó en una *falta de previsión* en la delegación de facultades, dando como resultado una *Incipiente gestión* del enfoque al cliente. Esto ha repercutido en la incapacidad del organismo para hacer frente a factores tales como: el *envejecimiento de la población* y la *elevación del costo de medicamentos* debido a la creciente demanda.

Otro problema del ISSSTE es que su estructura de financiamiento solidario es muy debil, ya que por un lado el tope a diez salarios proporciona una pobre redistribución de la riqueza en aras de un mejor servicio de salud y que a diferencia del IMSS y su rango tope de veinticinco salarios, no es la evasión, sino la legislación la que da pie a este resultado. Por otro lado, de acuerdo con Tovar (2008), los empleados de base son los que menos ingresos perciben, las plazas de confianza son las mayor remuneradas, y por tanto, lo que afecta al ramo de servicios de salud afecta en forma aparentemente contraria al sistema de pensiones.

²²² *A esta última se subroga la consulta especializada en cinco estados, la hospitalización en veinte, el laboratorio en siete y los rayos X en uno por ciento.*

²²³ Guillermo Soberon et al, compiladores. La salud en México testimonios 1988. Tomo III desarrollo institucional del IMSS, ISSSTE. Biblioteca de la salud. FCE. México. 1988. Tabla de servicios subrogados del ISSSTE apéndice.

²²⁴ Otro de los problemas más evidentes de la desconcentración de los servicios de salud, resulto ser la concentración de la población demandante, ya que la mayor parte de la burocracia se encuentra en la capital del país. Situación que dio a que en el DF se conformaran 4 delegaciones a diferencia de los estados que solo contaban con una. El problema es que hay una mala distribución territorial de los centros hospitalarios en los estados, así como una concentración de recursos en el DF, ya que según Luna (2011): *entre las 4 delegaciones en el DF poseen 50% de la población derechohabiente.*

Al igual que el IMSS, en el ISSSTE, la seguridad social ha mantenido una relación financiera estrecha entre las pensiones y los servicios de salud, al grado que con su separación el vacío financiero en los ramos de salud de ambas instituciones no ha podido ser subsanado por el presupuesto gubernamental, ya que el ambiente restrictivo del gasto, la competencia empresarial y la caída de las condiciones del mercado de trabajo dieron pie a un paisaje de barreras político-sociales que impactan en la estructura financiera de cada organismo.

4.2 La asistencia pública y el Seguro popular

El segundo segmento del cual se compone el sistema de salud mexicano, es el correspondiente la *Asistencia Pública*, cuyos servicios están dirigidos a la población no cubierta por la seguridad social. Este segmento, absorbe casi una cuarta parte del financiamiento total en materia de salud y da servicio a poco más de un tercio de la población en México. Hasta antes del año 2000 el gasto en *asistencia pública* estaba disperso en varios programas como los servicios de la secretaria de salud, la cual ocupaba el nivel más alto de cobertura poblacional, seguido por programas como OPORTUNIDADES que es parte de una política de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), u otras adaptaciones como IMSS-OPORTUNIDADES que es un programa del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Para el año 2000, en un intento de introducir el esquema universalista de servicios de salud se forma la *Comisión Nacional para la Protección de la Salud* (CNPSS) y su programa elite del *Seguro Popular*, el cual se conformó a través de la absorción de la población atendida en la Secretaría de Salud, actualmente y según datos de la Comisión Nacional de Protección a los Servicios de Salud (CNPSS), el programa del Seguro Popular cubre a un 36% de la población mexicana.²²⁵

El financiamiento de este segmento, es con recursos de carácter gubernamental y se realizan en la forma de transferencias y aportaciones desde diferentes fondos establecidos, tales como: aquel destinado para el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12)²²⁶; el gasto del

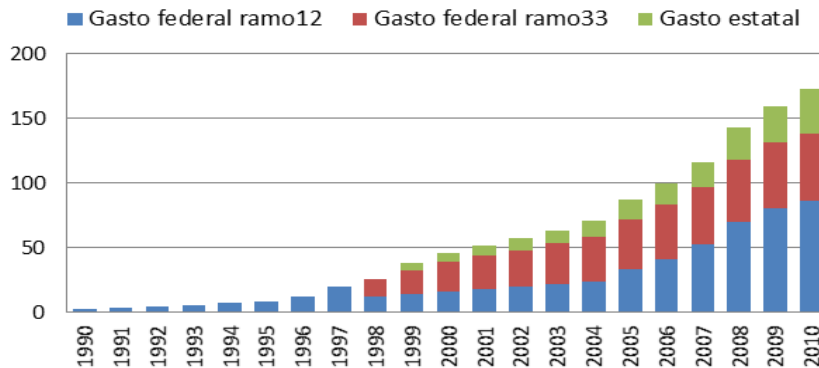
²²⁵ Desde su origen, el Seguro Popular se planteó como la plataforma de servicios básicos que, a través del apoyo a la conformación de una estructura de mercado que favorece la política de austeridad presupuestal y el equilibrio financiero del estado.

²²⁶ Se le conoce como fondo de aportaciones federales para servicios de salud descentralizados de la Secretaría de Salud, y es el gasto total de las Unidades Administrativas Centrales, Organismos Descentralizados y Órganos Desconcentrados. La distribución del Ramo 12 por entidad federativa se realizó asignando las transferencias directas de los programas de salud que comprende Desarrollo Humano Oportunidades, Seguro Médico para una Nueva Generación, Atención a Familias y Población Vulnerable, Atención a Población con Discapacidad, Cruzada Nacional por la Calidad, Comunidades Saludables, Arranque Parejo en la Vida, Mujer y Salud, Equidad de Género y Salud Reproductiva, Cáncer Cérvico-Uterino y Mamario, Adicciones, Atención a la infancia y la Adolescencia, Control y Prevención VIH SIDA-ITS, Vigilancia Epidemiológica, Protección contra Riesgos Sanitarios, Desarrollo de la Infraestructura Física, Operación Unidades Nuevas, Homologación de trabajadores y Caravanas de Salud; además de las transferencias al Seguro Popular.

programa IMSS-Oportunidades (Ramo 19) ²²⁷, el Fondo de Asistencia para los Servicios de Salud y Asistencia FASSA (Ramo 33) y Gasto Estatal o Servicios Estatales de Salud (SESA). ²²⁸

De acuerdo con la Secretaría de Salud en 2011 aproximadamente el 44% del gasto público se dirigía a este segmento de atención. De este porcentaje, el programa IMSS-OPORTUNIDADES representaba un 2%; el Ramo 12 representó un 23%; el Ramo 33 un 13%, y finalmente el gasto estatal contribuyó en un 6%. El gráfico 39, muestra la evolución del de estos rubros, como puede apreciarse el ramo 12 era poco significativo en *los noventa*, sin embargo, a principios de la década del dos mil, se eleva gracias al apoyo que promueve la descentralización de los servicios de salud.

Gráfico 39 Evolución de los componentes del gasto público en servicios de Asistencia a la salud (millones de pesos)



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS)

El seguro Popular y su fusión con los servicios prestados por la secretaria de salud representan la plataforma de ordenamiento del sistema universalista de servicios médicos en nuestro país, por lo cual no es de sorprenderse que los fondos de financiamiento casi se triplicaron para el año de 2010, como lo muestra el gráfico anterior. El alto crecimiento de dicho financiamiento debe su ritmo a un segundo factor que consistió en las condiciones de financiamiento del programa, ya que su apoyo financiero dependía del crecimiento de la población afiliada, por ello el uso de la población atendida por a la Secretaría de Salud fue la base de la puesta en marcha del programa y su financiamiento. ²²⁹

Los objetivos de esta modificación en el segmento de asistencia pública son claros: 1) implementar la cobertura universal de servicios médicos entre la población, a partir de un paquete de servicios básicos; 2) mitigar las barreras económicas como el gasto catastrófico y sus efectos; 3) expandir la infraestructura médica y hacer más eficiente el uso de recursos

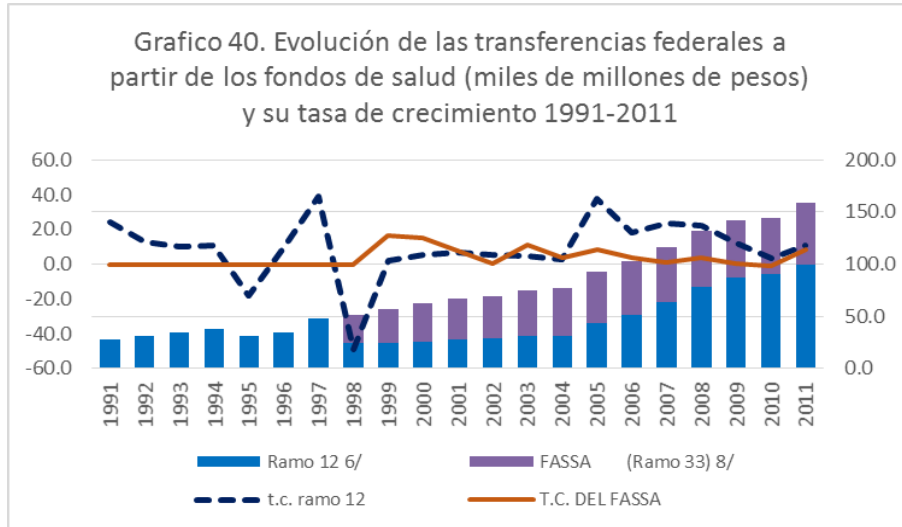
²²⁷ El Programa IMSS-Oportunidades financia su operación mediante recursos federales administrados a través del Ramo 19 "Aportaciones a la Seguridad Social", el cual se emplea para brindar servicios de salud en la población en zonas rurales de alta y muy alta marginación. Adicionalmente, se reciben recursos por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), proveniente del ramo 12 "Salud" para apoyar al Programa de Desarrollo Humano-Oportunidades en el otorgamiento del componente salud a las familias beneficiarias, tanto en el ámbito rural, como en el urbano. Cabe mencionar que el sistema contable presupuestal que maneja el IMSS, quien funge como administrador del programa no contempla la separación en el registro de estos recursos. Fuente: Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México. (Secretaría de Salud, 2011)

²²⁸ El Gasto Estatal en Salud es el gasto que realizan las Entidades Federativas con recursos propios para el otorgamiento de bienes y servicios de salud. Cabe mencionar que tras el análisis de esta fuente de financiamiento en las cuentas de las haciendas públicas estatales se observó que hay instituciones y organizaciones -aparte de los SESAS- que perciben también recursos para otorgar servicios de salud y que no reportan a SICUENTAS, se estima que representan un 3% del gasto público en salud.

²²⁹ La CNPSS registró en 2010 las siguientes atenciones a sus afiliados: 56.028.217 consultas, 2.681.140 urgencias y 1.071.375 egresos hospitalarios (CNPSS, 2011a: 65, 67, 69).

públicos, a través de la desconcentración de los servicios de salud y de su financiamiento. Sin embargo, el programa de atención a la población abierta acarrea algunos defectos visibles incluso antes de evaluar los resultados de sus objetivos primordiales. Por una parte, el gasto dirigido a este segmento ha crecido sustancialmente, pero su crecimiento solo responde a una redistribución de los recursos ya existentes pues el aumento del gasto público en asistencia a la salud ha sido en detrimento del aumento de los fondos dedicados a la seguridad social y no proviene de un aumento del gasto total en salud. Por otra parte, los fondos descentralizados son altamente dependientes de los recursos federales, por ende están en función de la situación económica del país y presupuesto federal y no responde necesariamente al volumen de las necesidades de salud de la población.

El gráfico 40, muestra la evolución de los fondos públicos año con año, resalta especialmente la composición de estos después de iniciado el programa del *seguro popular* en el 2000.



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2012

El gráfico anterior resalta con las líneas de crecimiento casi estancadas como los fondos federales crecen más en forma agregada como producto de una redistribución de los recursos y no como un aumento de los mismos. También se puede observar que las tasas de crecimiento caen en períodos de crisis, tales como en los noventa (1995 y 1997), para estancarse en 2000 y repuntan nuevamente hasta 2005, para iniciar un nuevo descenso durante el resto de la década, lo anterior, pone de manifiesto la importancia de las transferencia federales para el funcionamiento del programa y por lo tanto la dependencia hacia los ingresos fiscales, una cuestión clave que descansa en la construcción de un sistema hacendario fuerte desde que inició el proceso descentralizador de los ochenta y hasta la fecha sigue siendo una meta inconclusa cuya deficiencia se convierte en una barrera financiera en el crecimiento de los programas de salud descentralizados y de su funcionamiento.

Existe otra contradicción entre los objetivos principales del programa universalista de atención a la población abierta que se refiere a la extensión de los servicios hacia la población marginada, ya que el programa concentra sus recursos en las áreas que posee la Secretaría de Salud y se expande en menor grado con sus nuevas clínicas de atención básica. Lo anterior es producto de una contradicción entre un programa administrativamente descentralizador y financieramente centralizado, con una población atendida y un gasto altamente concentrado en las áreas suburbanas.

La tabla 6, muestra como la mitad de los recursos de casi todos los programas de atención a la población abierta (excepto IMSS-OPORTUNIDADES) se invierten en zonas urbanas con un alto nivel de infraestructura pre-existente.

Tabla 6. Gasto público total en salud, según población, fuente de financiamiento y entidad federativa, 2011. (Miles de millones de pesos)

Entidad	Gasto Público Total en Salud		Población Abierta		Secretaría de Salud		IMSS-Oportunidades		FASSA (Ramo 33)	
Total	436.94	100%	193.68	100%	99.80	100%	8.70	100%	58.47	100%
Top 5	197.24	45%	81.17	42%	48.4	49%	4.91	57%	19.6	34%
Distrito Federal	84.78	19%	Distrito Federal 24.05	12%	Distrito Federal 15.53	16%	Chiapas 1.37	16%	Distrito Federal 3.29	6%
México	41.84	10%	México 24.22	13%	México 14.17	14%	Oaxaca 1.07	12%	México 6.74	12%
Veracruz	25.85	6%	Veracruz 12.84	7%	Veracruz 6.49	7%	Veracruz 0.989	11%	Veracruz 3.44	6%
Jalisco	26.64	6%	Jalisco 9.60	5%	Guanajuato 6.28	6%	Puebla 0.769	9%	Jalisco 3.28	6%
Nuevo León	18.13	4%	Chiapas 10.46	5%	Chiapas 5.93	6%	Michoacán 0.713	8%	Guerrero 2.85	5%

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011

Nota: en el caso de los servicios estatales el total presupuestado es de 26.69 mil millones de pesos del cual 14.24 millones representan el 53% consumido por las primeras cinco entidades federativas (Distrito federal 19%, Estado de México 12%, Veracruz 7%, Jalisco 7%, y Tabasco 8%)

El cuadro muestra una concentración del gasto en las áreas urbanas, así el Distrito Federal, el Estado de México, Veracruz, Jalisco y Nuevo León representan el 45% de *gasto público total* en salud, lo cual resulta congruente si consideramos que la seguridad social va ligada al empleo formal y este se presenta en su mayoría en áreas urbanizadas. La parte contrastante resulta al revisar el *gasto público en la población abierta*, el cual lleva una distribución similar a la del *gasto total*, ya que las primeras cuatro entidades se repiten, aunque ahora ligeramente menor en un 42%. Si avanzamos a lo largo de las columnas podremos comprobar que la concentración del gasto es una constante, a excepción del programa IMSS-OPORTUNIDADES, el cual, dedica poco más del 50% de sus recursos en atender entidades con alta tasa de marginación como Chiapas, Oaxaca, Puebla y Michoacán, lo que corrobora el cuarto problema al que se enfrenta el segmento de la atención a la población abierta y que consiste en mantener una cobertura universal sin duplicar inversiones.

Si bien es cierto, que la atención del seguro popular debería priorizar la cobertura de poblaciones vulnerables y que son muchas las localidades rurales que carecen de infraestructura médica²³⁰, también lo es, que la mayor parte de la población en el país se ubica en o alrededor de las áreas urbanas, sin embargo son áreas que ya cuentan con una amplia infraestructura de servicios médicos que podrían proveer los servicios necesarios para ello y facilitar la inversión en las áreas necesitadas.²³¹

²³⁰ de acuerdo con el CONEVAL (2010), 30.9% de las localidades rurales entre 1500 y 2500 habitantes carece de algún establecimiento médico.

²³¹ Onofre, et al. Coord. 2012. Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud. componente de salud de una propuesta de seguridad social universal. CONEVAL. Centro de Estudios Económicos y sociales en salud (CEESES).

Otro problema al que se enfrenta el seguro popular tiene que ver con el ejercicio del presupuesto, tal y como lo muestra la tabla 8 en cuanto a la tendencia hacia el subejercicio presupuestal.

Tabla 7. Recursos federales para el SNPSS aprobados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación y el presupuesto ejercido, 2004-2010 (millones de pesos)

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aprobado en el PEF	ND	8,742	17,006	25,545	37,440	45,587	51,194
Ejercido	4,433.9	8,742	17,283	26,320	34,633	43,509	47,844
Diferencia	ND	0	-277.4	-775.1	2,807	2,077	3,350
Porcentaje	ND	0	-1.6	-2.9	8.1	4.8	7

Fuente: Tomado de Laurell (2013). Presupuesto de Egresos de la Federación e Informes de la CNPSS, años correspondientes. *presupuesto sin alineación de recursos no comparables.

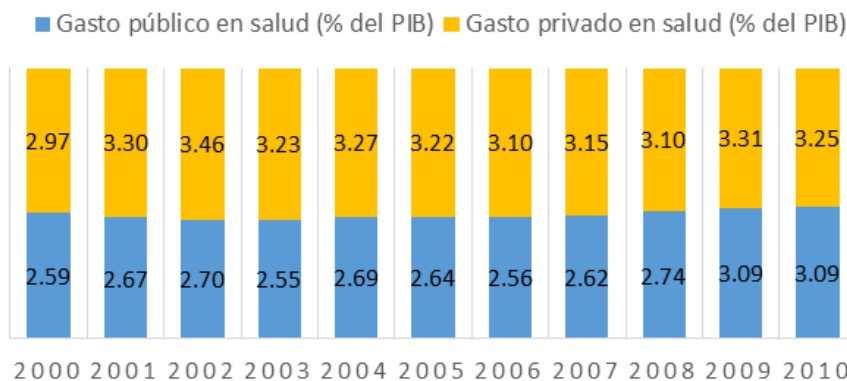
En el cuadro se aprecia claramente que existe discrepancia entre el presupuesto aprobado y el ejercido, especialmente en los años 2008, 2009 y 2010, mismos que registraron subejercicios por 8.1, 4.8 y 7% respectivamente. El problema del subejercicio radica en dos aspectos: 1) existe un probable desvío de fondos que no terminan en la provisión de servicios de salud en las entidades federativas; 2) Hay una falta de planeación en la inversión de recursos y formación de infraestructura para la salud al interior de los estados.

Laurell (2013) señala una segunda etapa del subejercicio que obedece a la distribución de los recursos financieros del Seguro Popular. El elemento clave es la canalización de los recursos al Fideicomiso de Protección Social en Salud (FPSS) por un porcentaje mucho mayor que el legalmente establecido. La autora menciona que durante el periodo de 2006 a 2010 el depósito de recursos en el fideicomiso representó del 18.6% al 25.7% del presupuesto total del Seguro Popular, a pesar de que la LGS lo fija en el 11%. Sin embargo, alerta la investigadora, este procedimiento no aparece como un subejercicio ya que se registran contablemente como presupuesto ejercido una vez asignados los recursos al FPSS.

Ya que el FPSS ha ido acumulando fondos que eran del orden de 31.7 mil millones de pesos en 2011. Es probable que estos recursos constituyan una reserva que se puede usar temporalmente a discreción por la SSa o por el gobierno federal; suposición que es difícil de comprobar pero que constituiría un desvío grave de fondos. (Laurell: 2013)

Continuando la revisión del rendimiento del modelo universalista en el programa del seguro popular podemos observar que en términos agregados no alcanzó los resultados deseados en cuanto a la distribución del gasto en salud en el país, ya que el consumo privado de los servicios de salud sigue constante a lo largo de la década y si consideramos que el grueso del gasto privado es gasto de bolsillo podríamos pensar que el gasto privado en salud más significativo proviene no de los deciles más bajos, sino de los deciles de ingreso más alto. El grafico 41 muestra una evolución sin cambios significativos en el patrón del gasto en salud.

Grafico.4| Gasto en salud por fuente de financiamiento como porcentaje del PIB



Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2007. [En línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 01 abril 2009].

Lo anterior plantea una disyuntiva en el propósito y éxito del programa, ya que los resultados de sus ajustes se limitan al interior de su segmento,²³² ya que su dependencia financiera no ha sido solventada, el espectro de la población cubierta por la Secretaría de Salud no ha sido re-balanceado manteniendo la concentración de recursos en áreas urbanas y suburbanas y no así en áreas rurales²³³.

Finalmente debemos mencionar que el programa del seguro popular posee relevancia en cuanto al combate del gasto catastrófico, el cuál es un componente de suma importancia en las finanzas de la población más vulnerable de nuestro país. Como lo señala Onofre (2012), en el año 2000 el 3.1% de los hogares mostraron presencia de *Gastos Sociales Catastróficos* y 3.3% mostró *Gasto Social Empobrecedor*, para 2010 estos valores se habían reducido a 2% para GSC y 0.8% GSE. Sin embargo, revisando esta misma reducción por segmento el autor encuentra que en la seguridad social los cambios en el mismo periodo fueron GSC de 0.2% a 0.1% y GSE de 2.1% a 1.6% para el resto de la población. Esto significa dos cosas, primero, que con el paso del tiempo cada segmento ha reducido el impacto del gasto catastrófico y empobrecedor de sus respectivas poblaciones ejemplo de ello es que entre 2000 y 2010 el gasto de bolsillo promedio como proporción de los ingresos se redujo en su mayor parte en personas que no tenían seguro. Segundo, que los recursos asignados al programa del seguro popular son muy altos y los resultados de combate al gasto catastrófico no justifican en términos relativos el monto de la inversión pública realizada, lo que aunado a los episodios de subejercicios presupuestales, pone en tela de juicio el cumplimiento de las metas del

²³² Estos recursos se canalizan predominantemente a la atención básica, la cual absorbe el 36% más un 28% dedicado a los programas de salud pública, lo que da como resultado una plataforma financiera de servicios preventivos, tal y como lo supone el modelo universalista de atención. Del porcentaje restante, casi una cuarta parte (24%) se destina para la atención hospitalaria y especializada. Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2011

²³³ Al respecto Laurell (2013) pone de manifiesto que en una comparación entre los servicios de la Secretaría de Salud (SSa) y el programa de Seguro Popular (SP) la frecuencia de los servicios prestados pone de manifiesto las carencias de este último programa, ya que para 2010 y basado en el promedio de afiliados, se reportan 3.3 servicios de consulta de la SSa por sobre 1.4 del SP y 5.7 egresos hospitalarios por 2.7 del nuevo programa, por lo que hay una diferencia en la eficiencia y administración de recursos ya que *la SSa-SES que cubre la misma población objetivo que el SP, presenta datos más altos en consultas y hospitalización* (Laurell: 2013)

programa, por lo menos en lo que se refiere a la provisión de servicios sanitarios, no así al fomento institucional que la transición del modelo oficial de salud requiere.

Conclusiones

Resulta evidente que el programa del seguro popular cumple con la etapa descentralizadora de los servicios de salud y con el ordenamiento necesario de la población afiliada, y de los servicios prestados. Sin embargo, el seguro popular enfrenta retos financieros que lo alejan de ser un modelo de eficiencia y calidad. En primer lugar los servicios que ofrece el programa son de tipo primario, relegando la atención especializada al resto de la estructura de la secretaria de salud o al mercado privado, incluso al no edificar una red eficiente de infraestructura rural se condena a la población a depender de sus medios de traslado y manutención en caso de necesitar de servicios especializados que se concentran en las ciudades y capitales del país.²³⁴ En segundo lugar, un modelo de este tipo solo incentiva el alza en los costos de los servicios, pues la plataforma subsidia el gasto de las familias pobres, permitiendo que se redirijan sus ingresos propios en caso de requerirse a financiar servicios privados como medicamentos, estudios, laboratorios, etc., lo que resulta en una mayor demanda de dichos servicios presionando los precios al alza y la concentración misma.²³⁵

En lo que respecta al movimiento descentralizador de los servicios de salud y las finanzas públicas, en 2003, la Ley General de Salud, estableció que la mayor parte de los recursos se asignarían y ejercerían directamente por los estados, para 2006, se gestó el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de salud y el resultado de ello fue que los gobiernos estatales son responsables de gastar 89% de los recursos del seguro popular, un gasto financiado en casi el 90% por transferencias federales, lo que implica un problema en el control y supervisión de los gastos. Como ejemplo de ello, la auditoría de la federación reporto que en 2014 alrededor de 61 mil millones de pesos se encontraban sujetos de auditoría por posibles desviaciones en varios estados, destacando que la mayor parte de estos recursos en conflicto pertenecen al rubro de salud y educación. Una muestra clara de la necesidad de una mejora en la fiscalización de estado de la descentralización y del uso de los fondos por las entidades federativas

4.3 El Segmento privado y el mercado administrado de servicios de salud

El último segmento que conforma el sistema mexicano es el mercado privado de servicios de salud. Este segmento es altamente importante, pues absorbe casi el 50 por ciento del gasto total en salud del país y atiende a alrededor de un 20 por ciento de la población

²³⁴ Otros estudios como el de Arredondo Armando, Nájera Patricia y Leyva René, basados en el análisis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II) calculan que los costos en todo el país, en dólares estadounidenses, fueron: transporte, \$ 2.20; consulta general, \$ 7.90; medicamentos, \$ 9.60, y estudios de diagnóstico, \$13.6. El costo promedio total de la atención ambulatoria fue de \$ 22.70. Cálculo que fue resultado de un estudio donde los costos de bolsillo del consumidor fueron la variable dependiente, y las independientes, la condición de aseguramiento y el ingreso económico. La significancia de los niveles de variación se identificó aplicando la prueba de Duncan. Para más información: *Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios*. Salud Pública México 1999; Vol. 41(1):18-26. Centro de Investigación en Salud Poblacional, INSP, México.

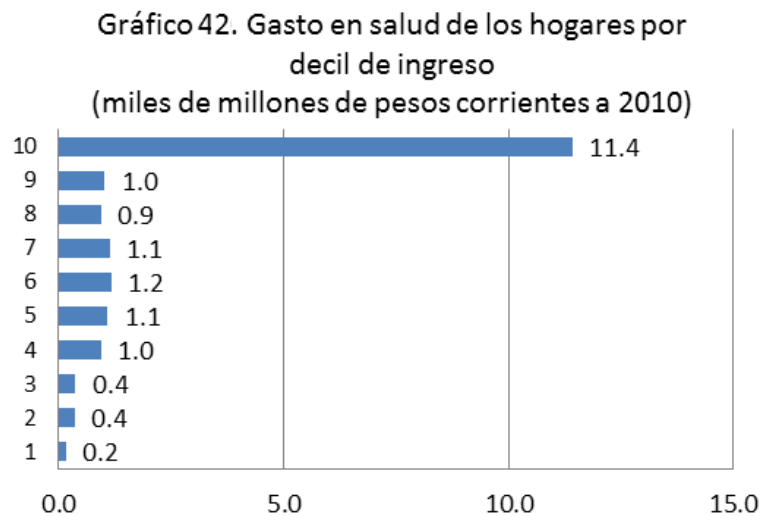
²³⁵ Pese a un esfuerzo alterno de promover un sistema más asequible para los mexicanos como lo fue la ley de fármacos en favor del uso de medicamentos genéricos. La compra de medicamentos sigue siendo la tercera gran fuente de gasto en servicios de salud tanto en el ámbito público como privado.

nacional. Además su estructura nos permite reconocer la preexistencia de barreras a las que se enfrenta el modelo de mercado administrado o modelo universalista de atención en cuanto al acceso, uso complementario de los servicios y la baja práctica de contratación de coberturas médicas privadas, lo que significa un amplio uso del gasto de bolsillo.²³⁶

La población usuaria de este segmento se compone de personas sin afiliación alguna a programas públicos de aseguramiento, pero con capacidad de solventar gastos o adquirir coberturas médicas ya sea de forma particular o como prestación de otras empresas, y por personas que teniendo afiliación utilizan estos servicios por tener la capacidad adquisitiva para solventar las carencias y/o falta de cobertura de los organismos públicos.

Para el análisis estableceremos su composición poblacional y estudiaremos tres elementos que conforman los pilares de oferta y organización de los servicios de este mercado: las aseguradoras, las farmacéuticas y los proveedores de servicios de salud. Lo anterior se debe a que con la introducción del modelo universalista las aseguradoras juegan un papel preponderante en la organización de un nuevo mercado de salud, en segundo plano resulta innegable la influencia de las farmacéuticas tanto a nivel de provisión como en la función de costos de los servicios de salud, finalmente son los proveedores directos de servicios de salud los que dependen de la nueva organización para expandir sus operaciones o para ver amenazado su estatus actual, así como para permitir con su organización la fluidez de recursos de financiamiento. Todo lo anterior redundará en la forma en como el paciente podrá abordar el mercado de servicios y bajo qué condiciones.

El gráfico 42 da cuenta de un primer acercamiento a este segmento, el cuál presenta una distribución del gasto aparentemente concentrada en forma común, ya que siendo el ingreso el determinante de la adquisición de servicios, los deciles más bajos poseen el gasto más bajo y va creciendo dicho gasto a medida que se avanza en los segmentos. Sin embargo un análisis del patrón de gasto de cada decil revela diferencias muy amplias de los rubros en los que se concentra más el ingreso dedicado a servicios de salud.



Fuente: ENIGH 2010 Gasto corriente de los hogares

Si dividiéramos los deciles del gráfico en tres grupos, la existencia de una alta concentración entre el octavo y décimo decil con alrededor del 71% del gasto total²³⁷, por su parte, los primeros deciles (del 1 al 3) aportan 1 mil millones de pesos de los casi 19 mil

²³⁶ En 2003, el gasto de bolsillo llegó a 52.9% del gasto total en salud, para 2010, se había reducido a 49%. (ENIGH, 2010)

²³⁷ Aun más, echando un vistazo al interior de este subgrupo el decil 10 aporta por sí solo el 60% del gasto en salud privada.

millones que se registran en 2010 según el gráfico anterior, el resto es aportación del grupo intermedio que va del decil 4 al 7.

Como ya se mencionó el patrón de gasto al interior de estos subgrupos varía según el ingreso que perciben, de esta forma es cómo podemos ver que el segmento de mayor ingreso posee un uso más habitual de las coberturas de seguros, mismas que les permiten dedicar un mayor ingreso a procesos hospitalarios, consultas médicas y el pago de aparatos ortopédicos y terapéuticos; en cambio el primer segmento dedica la menor parte de su ingreso a estos rubros debido a que son los que poseen un contenido de especialización mayor y requieren de un mayor ingreso para su financiamiento. Finalmente el segmento intermedio es más equilibrado en su patrón de consumo aunque también sigue marcadamente inexistente el uso habitual de coberturas de seguro, pero por otra parte se identifica mucho con el primer decil en el consumo de servicios para el parto y se diferencia del resto en el uso de medicina alternativa, equiparándose su gasto al de los otros dos segmentos en el uso de medicamentos sin receta (OTC por sus siglas en inglés).²³⁸

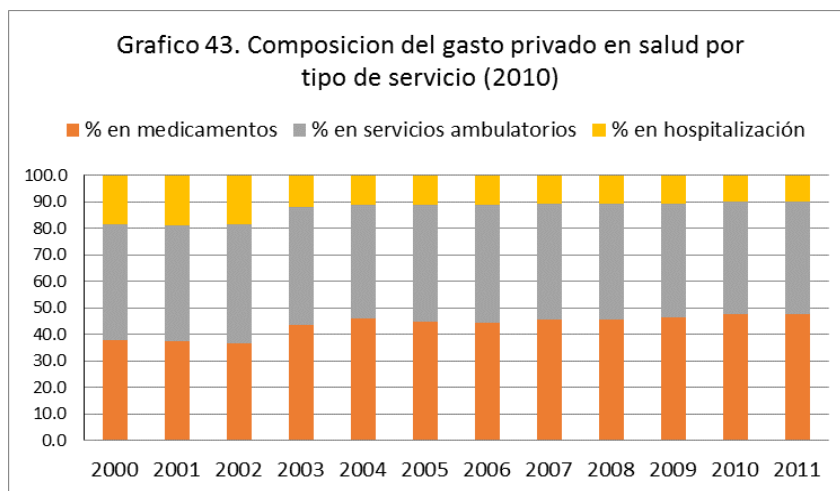
Como se ha mencionado al inicio parte de la población usuaria está cubierta por los servicios de organismos gubernamentales y solo esporádicamente hacen uso del mercado privado, esto aunado al patrón de consumo revisado nos permite advertir que este subsistema está altamente fragmentado con proveedores especializados y concentrados en distintos tipos y niveles de servicios para diferentes tipos de clientela.²³⁹ El gráfico 43 da fe de esta situación, ya que muestra la evolución de los gastos en el mercado privado, como puede observarse el gasto predominante se encuentra en la compra de medicamentos,²⁴⁰ seguido por los gastos de tipo ambulatorio, y relegando al final los gastos hospitalarios. El segundo lugar en el gasto privado se ubica la atención médica de tipo generalista, misma que durante la última década ha estado casi sin variantes dejando en claro que los servicios más adquiridos son los menos costosos y finalmente con una reducción que llevo el gasto especializado de 20% del gasto total privado en salud del 2000 a alrededor del 10% en 2010 los gastos en hospitalización ha mostrado un declive.

²³⁸ El medicamento OTC (Over The Counter) no es uno de los rubros de mayor consumo en el gasto en salud mexicano aunque si se encuentra por encima del gasto en medicina alternativa, así como por arriba del gasto en consultas y medicamentos que se generan en el seguimiento del embarazo. De esta forma, lo que parecería no muy importante en cifras, si lo es al reflejar una opción al paradigma que plantea la estructura de costos del sistema de salud a nivel agregado, siendo el embarazo y el parto un causa de altos desembolsos y los medicamentos con receta otro de los puntos de mayor gasto a nivel nacional, en ambos casos, el gasto podría reducirse drásticamente con dos elementos preventivos de bajo costo que son el seguimiento durante el embarazo como prevención de las cirugías de cesárea y el uso de medicina alternativa en la prevención de padecimientos crónicos cuya presencia es la mayor causa de los medicamentos recetados.

²³⁹ De acuerdo con Onofre, et al., (2012) en 2010 42.6 millones de personas usaron servicios privados, así también cerca del 31% de la población de los primeros 4 deciles usan servicios privados

²⁴⁰ De acuerdo con la ENIGH (2010) el gasto total en medicamentos ascendió a 27.1% del gasto total en salud, de este gasto el 80% se realizó por los hogares, el restante 20% lo hizo el sector público.

Conforme a estimaciones del IMSHEALTH en 2011, el gasto en medicamentos fue de 190.9 mil millones, de los cuales 30 mil millones fueron medicamentos genéricos, mismos que en su mayoría utiliza el sector público. Por lo anterior resulta relevante considerar que la relación de costo en los medicamentos con respecto al sector de utilización entre público-privado es de 1 a 1.5... Un dato que invita a reflexionar sobre la importancia de la regulación de precios en los fármacos y el acceso a estos. (Onofre, et al., 2012)



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), 2012.

Como se ha mencionado, los montos del gasto en coberturas de seguro son muy bajos (10 %), y la mayor parte del gasto radica en servicios médicos y medicamentos. Al respecto cabe resaltar que la ley de genéricos sobre el gasto en medicamentos sin receta tuvo un efecto positivo en la estructura de costos de sistema de salud (3% del gasto se dedica a medicamentos sin receta), sin embargo, para las farmacéuticas la verdadera fuente de ingresos se halla en los medicamentos de patente, los cuales comprenden gran parte del porcentaje de los medicamentos recetados (22%), para efectos de nuestro estudio cabe resaltar que es el segmento privado quien más desembolsa en este rubro y por supuesto los segmentos de ingreso alto son los que se concentran aún más en este aspecto, una situación semejante a la que se vive en los Estados Unidos de Norteamérica, aunque con causas y una estructura financiera totalmente diferente.

Resulta claro entonces que cada segmento de atención posee características diferentes en cuanto al tipo de población que se atiende, así como los fondos que le financian e incluso las coberturas que ofrecen, por lo que unificar dichos segmentos en un sistema de universalización o en su caso bajo un sistema único de salud alternativo representa un reto dentro del marco jurídico, administrativo y sobre todo financiero, siempre y cuando el objetivo es un sistema sostenible, eficiente y de cobertura total.²⁴¹

4.3.1 Aseguradoras

Las aseguradoras en México son un pilar muy importante del sistema financiero, sin embargo en cuanto a los seguros médicos, estos son un tema de baja participación debido a su joven desarrollo, bajo esta clasificación, el producto tradicionalmente manejado por las compañías

²⁴¹ Uno de los grandes riesgos de una incursión desafortunada en la adopción del sistema universalista de salud administrada se enuncia a continuación: *La primera nación que en los años noventa incursionó por esta vía —Inglaterra— tiene ejemplos monumentales sobre el error que pueden significar para la seguridad social. No hace mucho la cabeza del comité auditor de cuentas del Parlamento británico las nominó como “la cara inaceptable del capitalismo”... Los costos se multiplicaron, las prestaciones fueron recortadas, el número de camas disminuyó, el personal sufrió despidos drásticos, la calidad del servicio empeoró, la coordinación entre los socios fue muy mala, no hubo mayor eficiencia en la gestión, se detuvo la innovación, el Estado terminó asumiendo los riesgos y el gasto fiscal se multiplicó por tres.* (el universal, Rafael, 2015).

son los gastos médicos mayores.²⁴² De acuerdo con Minzoni (2005)²⁴³ el cambio que se dio en la década de los noventa en las leyes y normas de seguros médicos fue un efecto de la transición que vivía el sistema de salud bajo el impulso del modelo universalista, de esta forma en 1996 las Reformas a la *Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros incorporaban* al Sector Asegurador, en un nuevo régimen de salud. Para 1997 *el cambio normativo* para la operación consideraba ya la posibilidad de incluir el ramo de salud.

La forma en como las cobertura de salud se gestionan contemplaba el modelo chileno de ISAPRES²⁴⁴, que en nuestro país se denominó Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), en ambos casos las organizaciones cumplen con la labor de ser intermediarias entre el paciente y el proveedor de salud con el sentido de construir una red de atención más grande, eficiente y barata de lo que sería la operación individual de clientes y proveedores en la búsqueda de la mejor atención sanitaria. Para 1999 ya se contaba con la expedición de autorizaciones para operar en el mercado del *Seguro De Salud* y en 2000 la SHCP *expidió las reglas de operación del ramo en salud*.²⁴⁵ Aun con la legislación preparada los seguros médicos privados poseen una baja participación en el financiamiento de los servicios de salud, Durán et al (2010) nos refiere que en 2010 *en el mercado mexicano los seguros de salud representan aproximadamente cerca del 4% del gasto total en salud y 7% del gasto privado. Una situación muy diferente en comparación con los Estados Unidos donde se gasta el 63%, u otros países de América latina como Uruguay con 68%, Argentina 24%, Brasil 35%, Chile 40% o Colombia con 34%.*

Para el 2011 la composición de los productos en las aseguradoras ha cambiado poco después de una década de aprobada la normatividad de operación de las ISES, ya que hacia el interior de su operación de la industria aseguradora siguen destacando como productos principales las pólizas de accidentes personales, automóviles y gastos médicos mayores, mismas que abarcan alrededor del 70% de las ventas. Incluso una década después del cambio normativo, los gastos médicos tienen una participación de solo 10% con respecto del total y de los cuál la mayor parte se debe a *los gastos médicos mayores*, por su parte, los seguros de salud continúan sin tener significancia de ello participando en la industria con un 0.2% de las pólizas vendidas y un 0.1% respecto al valor de las sumas aseguradas.

El sector asegurador en México se integra por 56 compañías, 35 de ellas cuentan con productos de seguros de salud (accidentes y enfermedades), de estas compañías 13 son exclusivas del ramo de la salud. El cuadro 1, muestra las aseguradoras más importantes en el mercado, en su contenido se presentan aquellas que ofrecen gastos médicos mayores (GMM), la segunda columna enumera las ISES cuyo marco normativo las limita a prestar coberturas de salud con carácter más integral (Gastos Médicos Totales) y en la tercera columna se muestran las empresas administradoras de alguna aseguradora en combinación

²⁴² Para Di Lauro (2005) una clasificación que ayuda a diferenciar un producto de otro es considerar las coberturas como *gastos médicos mayores (GMM)* y otras como *gastos médicos totales o integrales (GMT)*.

²⁴³ Citado en Durán et al (2010)

²⁴⁴ Creado en 1981 el modelo de salud chileno consideraba la figura de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) como los intermediarios entre el fondeo y la provisión de servicios de salud con el objetivo de organizar el sistema de salud chileno dentro de un mercado de servicios de salud competitivo y eficiente.

²⁴⁵ Para el año 2000 las coberturas más vendidas por las aseguradoras fueron para automóviles, seguidas de los seguros a empresas bajo los conceptos de incendio, y pólizas individuales por cobertura de accidentes personales y seguros de gastos médicos mayores, estas últimas significaron un 4% de participación en el número de pólizas vendidas. En esta fecha los servicios de salud ocupaban posiciones en los últimos lugares de los productos en las aseguradoras con alrededor de 0.1% de ventas y sumas aseguradas por un 0.7%. (Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 2012)

con algunas empresas proveedoras de servicios médicos, que dado su tamaño como red de servicios les permite identificarse como administradoras de fondos y proveedoras a la vez.²⁴⁶

Como puede observarse el conflicto de intereses se presenta en la estructura mexicana, así como lo hizo en Chile con las ISAPRES o en Colombia con las EPS²⁴⁷ y LAS IPS²⁴⁸ cuya separación administrativa no impidió que la empresa intermediaria creara su propia red de aprovisionamiento y viceversa cuando los proveedores fundaban su propia empresa de intermediación.

Cuadro 1. Listado de empresas aseguradoras, ISES y administradoras de servicios de salud

Aseguradoras con GMM***	ISES CON GMT**	ADMINISTRADORAS*
1. G.N.P.	1. Médica Integral GNP	1. Consulmed
2. ING Comercial América	2. Salud Comercial América (ING)	2. Corporación de Protección Médica
3. Metlife México	3. Salud Inbursa	3. Dimensión Salud
4. Monterrey New York Life	4. Plan Seguro, (Alianza grupo Chileno y Mexicano)	4. Medical Group
5. Inbursa	5. General de Salud, (de General de Seguros)	5. Imagen Médica
6. Atlas	6. Seguros Sanatorio Durango	6. Medi Access
7. Mapfre Tepeyac	7. Preventis, (Bancomer)	7.Red Master
8. Banorte Generali	8. Seguros Centauro, (del Gpo Odontológico Centauro)	8.SIARMED
9. Allianz México	9. Servicios Integrales de Salud Nova	9.Salud Interactiva
10. Interacciones	10. (De Gpo. Dinámica-Clínica Nova Monterrey)	10.Sinergia Médica
11. AIG México Vida	11. Novamedic Seguros de Salud, (del Grupo Médico Intermedic)	11.Telemedic
12. ACE Seguros	12. SaludCoop México (de la EPS Colombiana Salud Coop)	12.Tu Salud
13. Plan Seguro	13. Vitamédica, (Banamex)	13. Intermedic (*)
14. Royal & Sunalliance	14. Dentegra Seguros Dentales	14. Meximed (*)
15. Metropolitana		15.Red Médica de Salud Administrada (*)
16. La Latinoamericana		16.Tiempos de Salud (*)
17. Zurich Vida México		17.Zeusalud (*)
18. Banamex		
19. La Peninsular		
20. Salud Preventis		
21. Amedex		
22. Centauro		
23. HSBC Seguros		
24. Santander Serfín		

Fuente: Fitch ratings, 2015. Y siglas de clasificación tomadas de Di Lauro. 2005

(*) Administradora de una ISES o a una aseguradora.

(**) Gastos Médicos Totales.

(***) Gastos Médicos Mayores.

La regulación del mercado de salud no es sólida, ni clara. Como puede verse en la tabla anterior las empresas aseguradoras han incursionado como ISES a pesar de que no están familiarizadas con el marco funcional de la provisión de servicios médicos integrales.²⁴⁹ Además sigue persistiendo el conflicto de interés en la organización de las empresas ya que pueden ser administradoras y/o proveedoras en el mercado, lo que implica costos y riesgos

²⁴⁶ Por ejemplo: La compañía General de Salud, posee 10% de las primas emitidas del mercado de salud y, entre 11 compañías especializadas en salud, es la tercera más grande. Los productos que se ofrecen en el ramo de salud están orientados a seguros de medicina preventiva integral. La aseguradora posee una concentración alta en seguros colectivos de salud, con una presencia grande en empresas de maquila ubicadas en el norte del país. (Fitch ratings, 2015)

²⁴⁷ Entidades Proveedoras de Servicios de salud (EPS)

²⁴⁸ Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS)

²⁴⁹ ...En particular el sector de las ISES resiente tener que cumplir con una regulación adicional a la general de compañías de seguros, con más reportes estadísticos, analistas médicos y áreas de decisión dentro de la disciplina tal y como la figura del contralor médico. Di Lauro (2005)

compartidos, afectando sus tácticas de comercialización y sus parámetros de riesgo, lo que implica un marco de costos diferentes que si fungieran independientemente de la provisión o la intermediación.²⁵⁰

Por si fuera poco Durán et al (2010) afirma que las ISES difieren mucho del modelo de empresas proveedoras de salud más sofisticado que son las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) que funcionan en los Estados Unidos.²⁵¹ Por lo anterior, es plausible considerar la necesidad de repensar la estructura de funcionamiento de los agentes privados dentro del modelo que se intenta implantar. Por lo tanto es necesario delimitar claramente el ordenamiento existente en el sistema de salud como se hace en el resto de los países, ya que en algunos las coberturas en salud son un *producto complementario* de los servicios públicos o en otros las *pólizas son de doble cobertura* (es decir un producto sustitutivo), ya que compiten entre sí y con instituciones públicas por captar afiliados. Sin embargo, la experiencia nos ha mostrado que cuando hay pólizas de carácter sustitutivo los recursos del sistema están siendo ineficientemente aprovechados, tal es el caso de los países analizados en el continente americano exceptuando Canadá. Además no debemos olvidar que en nuestro país, la estructura actual, presenta niveles de concentración tanto en aseguradoras como en proveedoras, todo ello relacionado con la infraestructura médica y los nichos de riqueza que se ubican en las ciudades.²⁵²

La industria de salud en el mercado mexicano es pequeña. Posee un número reducido de participantes, una concentración alta y dispersión alta de primas, lo que constituye un escenario que afecta la relación comparativa entre compañías... El segmento de salud se compone de 10 compañías aseguradoras con un nivel de concentración de primas alto; las tres principales reflejan más de 77% de las primas totales. (Fitch ratings, 2015)

La problemática que deriva de todo lo anterior, es la preexistencia de una estructura de competencia oligopólica en el sector privado de planes de seguros para gastos médicos, tanto de eventos mayores como de atención integral y esto se debe entre otras cosas a la existencia de redes cerradas de atención.

La baja participación financiera de los seguros en el sistema de salud, así como el predominio del gasto de bolsillo se debe a la estructura de atención del sistema mismo. La razón es simple, el sistema sanitario posee coberturas públicas de carácter integral

²⁵⁰ Por ejemplo: Seguros Centauro funciona como prestador de servicios para las compañías de seguros tradicionales, teniendo como clientes principales a agentes de seguros y aseguradoras mexicanas. La compañía se creó en 1990 como una administradora dental y se transformó en una compañía aseguradora en 2004 como consecuencia de los cambios regulatorios. Aunque su foco de especialización continúa asociado a los seguros dentales, ha incorporado seguros adicionales como el de visión, el cual, sin embargo, representa una proporción menor de la prima total. (Fitch ratings, 2015).

²⁵¹ *...Las ISES no son una verdadera Organización para el Mantenimiento de la Salud, siguen la forma organizacional de la peor y más ineficiente forma de medicina gerenciada en Estados Unidos de América. Esto basado en la investigación en servicios de salud de ese país que ha revelado que esta forma es la peor en términos de cobertura, copagos, coaseguros, deducibles, el manejo de condiciones preexistentes y la limitación sobre equipos, medicamentos y acceso a especialistas... (Durán, et al, 2010)*

²⁵² En 2002 el 86% de las pólizas de gastos médicos mayores y el 98% de los seguros de salud se concentraban en las entidades del Distrito Federal, Sonora, Nuevo León, Jalisco y solo cambiaba en chihuahua para gastos médicos mayores por baja california en salud. Una década después la concentración de los mercados se redujo a niveles de 73% para gastos médicos mayores y 89% para coberturas de salud, sin embargo, la distribución geográfica se ha mantenido distribuyéndose estos en los mismos estados DF, Nuevo león, Jalisco, Estado de México y cambiando solamente Aguascalientes en gastos médicos mayores y sonora en seguros de salud. (CNSF, 2013)

(Seguridad social) y básico-preventivo (Asistencia pública) con opción de acceso a niveles superiores de atención si se requiere. Ambos segmentos proporcionan servicios a casi el 80% de la población nacional. Lo anterior implica, que la población restante no solo es minoría, también es muy variada en cuanto a ingresos y servicios que demandan, lo que determina un tamaño reducido y muy disperso de la demanda efectiva en el mercado, a excepción de los nichos corporativos que se encuentran monopolizados por contratos exclusivos con lagunas entidades aseguradoras o proveedoras de servicios de salud.²⁵³

Finalmente podemos decir que no solo *la doble cobertura* que existe en el mercado asegurador y los servicios públicos afecta el desarrollo de los seguros de salud. Las aseguradoras también enfrentan las condicionantes de un modelo operativo sustancialmente diferente al de los seguros de gastos médicos mayores, tal y como lo señala Di Lauro (2005), las ISES juegan un doble papel: *administrar servicios médicos y/o rentar su infraestructura de operación* a empresas con esquemas de auto-seguros de servicios médicos, lo anterior implica una influencia diferenciada en cuanto a la toma de riesgos en la afiliación de cuentahabientes y por tanto es una condicionante en la existencia de diferentes niveles de atención y tarifas. Por si fuera poco, los nichos de mercado pre-existentes en las aseguradoras y empresas de salud cuyas cuotas de mercado implican fuertes barreras de acceso, no fueron expuestos a la competencia por la legislación que dio origen a las ISES²⁵⁴

A manera de conclusión que las aseguradoras no han encontrado un nicho atractivo en lo que corresponde a la reforma del sistema de salud mexicano, dada su concentración previa en el ramo y lo costoso que sería operar sin un mercado bien definido, lo más probable es que una vez avanzado el modelo universalista las aseguradoras encontraran su rentabilidad en el manejo de los fondos de sus afiliados, haciendo su operación rentable como actividad financiera y no como liquidadora de servicios provistos.

4.3.2 Proveedores de salud

De los agentes que intervienen dentro del mercado privado de servicios de salud, los proveedores de servicios de salud son quizá la parte más diversa y numerosa dentro del segmento privado. Por dar un ejemplo, de acuerdo al INEGI en 2004 existían 102,940 establecimientos privados, de los cuales 86% pertenecían al subsector de servicios médicos de consulta externa, 2% eran hospitales y 12% se definían como de asistencia social y cuidados relacionados. Para 2007, se contaban ya con 103,153 establecimientos, de los cuales con una distribución muy similar: *87 % eran de consulta externa, 3% hospitales y 10% establecimientos de apoyo y asistencia social.* (Sosa et al, 2007).

La composición del sistema sanitario en general es de poco más del ochenta por ciento de establecimientos de carácter privado y solo alrededor del diecisiete por ciento de carácter público. Aun así, la infraestructura pública es mayor y posee más recursos que el sector privado. Debemos considerar además, que a pesar del gran número de proveedores existe una concentración muy importante de recursos dentro de este subsector de actividad, pues 9 de cada 10 establecimientos son pequeños consultorios o clínicas de consulta externa. Sin

²⁵³ Por ejemplo, en 2006, del total de asegurados, el 27% correspondió a coberturas de grupo, 18% a seguros individuales y el 55% a pólizas colectivas (gobierno y paraestatales etc.).

²⁵⁴ Por ejemplo: Seguros Inbursa se mantiene entre las aseguradoras líderes del sector mexicano. Ocupa la quinta posición con una cuota de 6.6% en primas suscritas a diciembre de 2014. La compañía se beneficia de la suscripción de la póliza bianual de seguros generales más grande del país para Petróleos Mexicanos (PEMEX).

embargo, los establecimientos que más generan recursos o que poseen una mayor cuota de mercado son los hospitales, ya que estos representan alrededor de 4 de cada diez pesos generados.²⁵⁵

La concentración geográfica es otro elemento importante y de consideración, de acuerdo a Sosa et al, (2007), tres entidades representaban casi el 60% de la producción del subsector de hospitales: Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco. Esta situación no es casual, ya que gran parte de los servicios médicos están relacionados con la infraestructura y la actividad económica. Debido a esto, las actividades más rentables como la atención especializada y la hospitalización en el ámbito privado, responden a encadenamientos con los proveedores médicos o grupos empresariales y coinciden con la localización de los clientes entre cuyos beneficios laborales se encuentra la atención médica privada, financiada a través de los esquemas de reversión de cuotas y subrogación de servicios, tal y como lo señala Di Lauro (2005), los servicios médicos privados son financiados por los empresarios, quienes a su vez solicitan el reembolso de las cuotas obrero-patronales al gobierno, lo que posibilita que muchas empresas sean el nicho de mercado rentable y oneroso de los grupos empresariales de atención médica y hospitalaria²⁵⁶

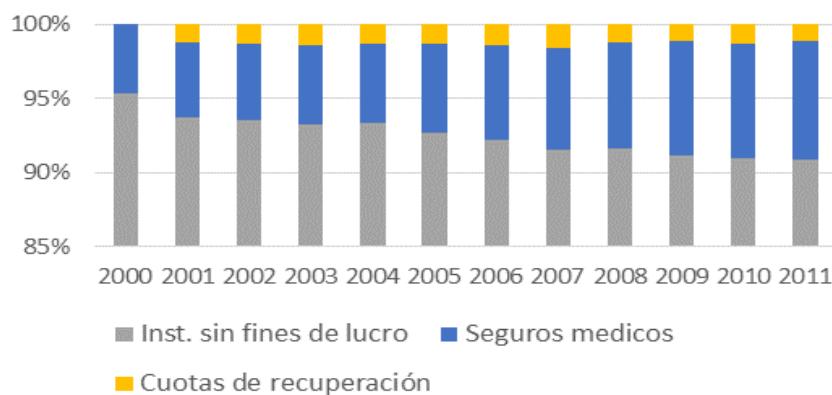
...Tan sólo por mencionar algunos segmentos cerrados de mercado, que funcionan con esquemas de reversión de cuotas y subrogación de servicios tenemos a los bancos, empresas mineras, algunas empresas en Monterrey, N.L. (Grupo Alfa, Femsa, etc.); empresas paraestatales como la Lotería Nacional, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV), la propia Comisión Nacional Bancaria (CNB), y de Seguros (CNSF), el Fondo Nacional para el Fomento al Turismo (FONATUR), el Sistema de Transporte Colectivo Metro, el INFONAVIT y algunos otras; también están los gobiernos estatales y municipales, así como empresas privadas con esquemas de beneficios de salud, financiados a través de auto-seguros, Universidades públicas, etc... (Di lauro, 2005)

Otro segmento aún más numeroso que aquel que responde a la alta concentración de los esquemas de reversión de cuotas y subrogación de servicios, es financiado a través del gasto de bolsillo y tiene como elementos proveedores a las instituciones sin fines de lucro. El grafico 44 muestra cómo ha descendido la participación de estos hospitales, como receptores del gasto privado, ante las coberturas médicas de los seguros privados.

²⁵⁵ Dentro del sector privado, el Grupo Ángeles es el grupo con la mayor cantidad de hospitales en el país. Sin embargo, también dentro de los hospitales de gran importancia se encuentran: Hospital ABC, Hospital Español, Médica Sur, entre otros más. KPMG (2006).

²⁵⁶ Corporativo Medical Group posee más de 18, 356,227 afiliados individuales y de grupos empresariales como TELMEX, Coca Cola, Walt-Mart, PEMEX y más. (Medical Group, 2016) <http://www.medicalgroupmexico.com/2015/informacion.shtml>

Grafico 44 Distribución del Gasto privado por tipo de organización con y sin fines de lucro



Fuentes: SICUENTAS, 2011. INEGI, 2011. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., Accidentes y Enfermedades, Estadística Anual 2010, México, 2011

Notas:

1/ El Gasto Privado en Salud se integra del Gasto en Sanidad de los Hogares e Instituciones sin Fines de Lucro, Cuotas de Recuperación y Seguros Médicos Privados. La información financiera del sector privado solo se presenta a nivel nacional y sólo en este cuadro; INEGI es la fuente de información para el gasto de los hogares e instituciones sin fines de lucro y la última actualización fue el 20 de agosto de 2012; La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., de los Seguros Médicos Privados.

Como el gráfico anterior lo muestra pese al avance de las coberturas de seguro, el gasto de bolsillo es el canal financiero principal, las instituciones sin fines de lucro las receptoras principales seguidas por las cadenas de servicios asegurados y finalmente las empresas lucrativas que se financian mediante cuotas por capita, es decir por paciente atendido.

Podemos decir que a pesar del gran número de proveedores existente el sector se encuentra altamente concentrado en cuanto al gasto que se capta en las actividades relacionadas con la salud. De esta forma resulta que unas cuantas cadenas de servicios atienden a los segmentos más lucrativos de la población y por otra parte se tiene un sin número de pequeños proveedores que dan servicio a la mayor parte de la demanda ocasional, pero con bajo potencial económico. Finalmente en el punto intermedio se hallan las instituciones no lucrativas las que si bien atienden a gran parte de la población y brindan atención en materia de servicios especializados, no son contempladas como un factor determinante del buen funcionamiento del sistema sin la competencia directa del sector privado, tal y como pretende platearlo la normatividad que dio origen a las ISES.

Con lo anterior se induce que inevitablemente el establecimiento de las ISES dentro del sector privado conllevará un reordenamiento y control de los proveedores de servicios bajo la administración privada, lo que no resuelve es la desigualdad en la atención y la pre-existencia de barreras de acceso a los servicios. Por otra parte, aunque la organización del sistema es necesaria, este ordenamiento se está dando a costa de los pacientes, ya que los nichos de gran valor no han sido contemplando en el marco de la competencia y por otra parte se estarían liberando los recursos del resto de la población afiliada a entidades gubernamentales. Esta tendencia no se diferencia de los casos en Chile y Colombia, dos ejemplos que dejan muy claro que al introducir sistemas de intermediación mezclados con provisión de servicios como juez y parte, el resultado es un la polarización del servicio relegando los segmentos vulnerables hacia las organizaciones gubernamentales y

concentrando los recursos más rentables del lado de los privados, el resultado es obvio el principio solidario de financiamiento del sistema de salud se vería seriamente amenazado.

4.3.3 Farmacéuticas

La OMS en 1988 establecía que *la sostenibilidad financiera en cuanto a políticas de fármacos se refiere, requiere un equilibrio entre la demanda, el costo de satisfacer dicha demanda y los recursos disponibles*. En nuestro país la industria farmacéutica absorbe una tercera parte del gasto en salud, dentro de esta estructura la demanda es muy variada ya que por una parte los medicamentos de patente son los más caros y rentables para el sector farmacéutico, esto aunado a una mala organización de los canales de venta y distribución repercuten en el costo de la salud en nuestro país, finalmente México cuenta con una legislación y una fortaleza en salud pública que puede permitir minimizar los costos y lograr acceso a recursos más eficientes como es el aumento en el consumo de medicamentos genéricos de reciente generación.

Si bien es cierto que nuestro país carece de inversión en materia de investigación y desarrollo farmacéutico, si ha ganado importancia en cuanto a maquila de medicamentos, posicionándose como uno de los más competitivos de América latina. Sin embargo, como en muchos otros campos nuestra nación está lejos de ser tan importante como el mercado europeo, estadounidense o asiático, por lo tanto, la influencia de la industria farmacéutica se limita a mantener efectos indirectos hacia nuestro sistema de salud.

Entre los procesos internacionales que deben mencionarse como causa de afectación en el esquema de costos de los servicios de salud en México y en el mundo se encuentra en primer lugar el cambio en el sistema financiero, y la transformación que lleva consigo al interior de las finanzas corporativas en la industria farmacéutica como en las demás. Este proceso es conocido como *financiarización*.²⁵⁷ Un proceso cuyo desarrollo ha impulsado movimientos de fusiones y adquisiciones a nivel mundial, semejantes a los que se dieron en la década de los ochenta.²⁵⁸ Aunque las estrategias corporativas no miran hacia la sobrevivencia de las empresas como una estrategia del pasado, sino que de acuerdo a Montalbán (2011) son las presiones de los inversionistas institucionales y la gestión de valor para los accionistas las que han dirigido el movimiento financiero y de concentración en el mercado.

La tendencia financiera unida al modelo productivo de las farmacéuticas, ha propiciado el desarrollo de productos altamente tecnificados y de un alto costo. Este es uno de los impactos indirectos que recaen en los servicios de salud en muchos países.²⁵⁹ Esta nueva forma de organización productiva en la industria farmacéutica no hubiera sido posible sin el respaldo del desarrollo de las patentes a nivel mundial, consolidado no solo por la globalización comercial y los acuerdos de esta índole, sino porque los fármacos son un producto de gran contenido tecnológico, lo que permitió la concentración del mercado y la profundización de las diferencias de acceso a los medicamentos en las poblaciones de todo el

²⁵⁷ *Financiarización: El proceso de subordinación de las estrategias de las empresas a la acumulación de capital financiero, mediada por los mercados financieros y la ideología de valor para los accionistas. (Montalbán, 2011).*

²⁵⁸ *Pfizer y Warner Lambert o Sanofi-Synthélabo y Aventis se fusionaron en 2000 y 2004. Estos son ejemplos actuales donde Pfizer utiliza el flujo de caja generado por Viagra para adquirir Warner Lambert antes de que expirara su patente, mientras que Sanofi-Synthélabo lanzó un hacerse cargo contra Aventis en 2004, debido al riesgo de litigios sobre patentes de Plavix, uno de sus mayores éxitos de taquilla. (Leaver y Montalbán, 2010).*

²⁵⁹ *Desde mediados de los años ochenta, la mayoría de las grandes compañías farmacéuticas han adoptado un modelo productivo común que se llama el modelo de éxito de taquilla. Ya en 1988, había seis éxitos de taquilla de seis empresas diferentes, comercializados con un ingreso total de 7,3 millones de dólares (Ballance et al., 1992 en Montalbán, 2011).*

mundo.²⁶⁰ Las farmacéuticas se han volcado a competir con un nuevo modelo que se sustenta, en la investigación y desarrollo (I+D), especializándose en padecimientos crónico-degenerativos y sus tratamientos.²⁶¹

El impacto en México es muy alto si consideramos que aunque el mercado es pequeño, su composición es predominantemente de consumo en medicamentos de patente.²⁶² Pese a ello, un dato importante es que nuestro país se autoabastece con la maquila que procesa. De acuerdo con un reporte de KPMG (2006), en nuestro país, existen aproximadamente 224 laboratorios de medicamentos pertenecientes a 200 empresas, 46 de ellas forman parte de corporativos de capital mayoritariamente extranjero. Por ende, El 85 por ciento de la oferta farmacéutica está cubierta por las subsidiarias de las empresas multinacionales.²⁶³

La industria farmacéutica constituye un sector estratégico, pues se fabrica en el país más de 85% del consumo interno de medicamentos. ... El mercado farmacéutico mexicano, al igual que el internacional, presenta la concentración característica de sectores globalizados. El 20% de las empresas comercializa el 80% del valor del mercado. (Rodríguez, 2010).

Así podemos denotar la importancia de la industria farmacéutica para el modelo mexicano, cuyo valor estratégico consiste en un mercado cautivo y un área maquiladora, ambos bastante rentables según su capacidad se lo permite. Ahora bien, un reordenamiento del sistema de salud es indispensable toda vez que la demanda de medicamentos en México es diferenciada y se encuentra polarizada, dadas las siguientes circunstancias: por una parte, el sector público utiliza gran cantidad de medicamentos genéricos y en menor proporción productos de patente, por otra parte, el sector privado hace uso preferencial de medicamentos de patente y en cuanto a los genéricos estos se venden en bastante cantidad, pero sin competencia frente a los números que maneja el sector público; un segundo elemento de consideración tiene que ver con los canales de distribución en la venta de medicamentos: estos canales son tres: a) las prescripciones médicas, cuya modalidad de

²⁶⁰ ...la globalización también ayudó a las empresas a lanzar sus productos en otros países, con la armonización de algunas de las normas reglamentarias y los mercados de homogeneización. En 1970 y principios de 1980, las empresas de Estados Unidos desarrollaron el 42% de las nuevas entidades moleculares que se introdujeron en al menos seis de los principales mercados del mundo (Ballance et al., 1992 en Montalbán, 2011).

²⁶¹ Las clases de acuerdos más difundidos entre los laboratorios son los denominados acuerdos de producción y acuerdos de co-marketing. Los primeros consisten en una tercerización de la producción: por ejemplo, una empresa elabora el producto de otra empresa; los segundos tratan de la comercialización por parte de dos laboratorios de un mismo producto con diferente marca. Ambos tipos de arreglos representan más de 60% del total de acuerdos vigentes entre las empresas encuestadas. Le siguen en orden de importancia, con 21% del total de acuerdos, las denominadas licencias de distribución, arreglos en los que una empresa comercializa el producto que el laboratorio titular no coloca en el mercado. Por último, dentro de los acuerdos comerciales en los que cada laboratorio mantiene su independencia como empresa, se ubican los llamados acuerdos de copromoción, que consiste en que una empresa vende en el mercado el producto de otra, ambas con la misma marca comercial; este tipo de cooperación representa cerca de 10% del total de acuerdos realizados por los laboratorios encuestados. Finalmente, 8% de las asociaciones tiene un carácter estructural, involucrando acciones de fusión y absorción entre empresas. (Comercio exterior, 2006)

²⁶² De acuerdo con un estudio realizado por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), mientras los países subdesarrollados empleaban entre 50 y 60 por ciento de sus presupuestos de salud en la adquisición de medicamentos, los países desarrollados lo hacían entre 15 y 20 por ciento. Sin embargo, como señala Gari Gereffi, en los países en desarrollo los medicamentos son la primera línea de defensa. Aunque en términos absolutos, con mucho, los mayores consumidores son los países desarrollados. (Comercio exterior, 2006).

En 2012 el 63.5% de la producción global la generaron China, Estados Unidos, Japón, Francia y Alemania. A nivel regional, Asia-Pacífico contribuyó con 46.9% de la producción global la Unión Europea con el 24.4%, Norteamérica con el 19.6% y América Latina con el 3.3%. Así mismo, los principales consumidores del sector farmacéutico a nivel global fueron China, Estados Unidos, Japón, Francia y Bélgica, los cuales concentraron aproximadamente el 63% del consumo mundial. (Promexico, 2012)

²⁶³ La industria ha crecido con el tiempo, no así la participación nacional ya que en 1974, según señala Mauricio de María y Campos, 85% del mercado mexicano estaba en manos de 144 empresas de capital extranjero. (Ibidem)

competencia se remite a el segmento privado, y b) la venta de mostrador a través de una amplia red de distribuidores al por menor.²⁶⁴ De acuerdo con Enríquez et al (2005), aproximadamente la mitad de las farmacias son privadas y reciben la prescripción de más de cien mil médicos en consulta particular, lo que constituye el canal de promoción predominante en nuestro país. Adicionalmente, la distribución de medicamentos es con base en intermediarios que mantienen una alta concentración del mercado, por lo que los márgenes de ganancia se redistribuyen en ese sentido.²⁶⁵

...El gremio de farmacias en México es de aproximadamente 20 mil establecimientos, de ellos, 80% son Pymes, siendo el mayor empleador que hay en la cadena farmacéutica, y 20% corresponde a un formato que en los últimos años ha tenido un crecimiento muy importante, el de las cadenas y los autoservicios, que manejan 40% de la venta nacional —el otro 60% lo manejan 16 mil farmacias en la República Mexicana... (Pascual, 2010)

Finalmente en lo que se refiere al c) el sistema único de compras de gobierno, cuyo sistema de abasto está dado por una lista de medicamentos necesarios y cuyas condiciones y precios dependen de nivel de gobierno que se encarga de las compras y el grado de desconcentración según sea el instituto de seguridad social o asistencia de que se trate. De acuerdo con un estudio de Promexico (2012), la industria farmacéutica en México está conformada en un 74.7% por medicamentos de patente; 12.1% por medicamentos genéricos y 13.2% por medicamentos sin prescripción. Como es de esperarse, la mayor parte de ellos son consumidos en el mercado privado y en consecuencia son financiados con gasto de bolsillo.²⁶⁶

En lo que se refiere al costo de los medicamentos existen dos métodos a través de los cuales se fijan los rangos de precios para el sector público y privado. En el caso de este último, se trata del *Precio Máximo de venta al Público (PMP)*, el cual es propuesto por el fabricante con el conocimiento de la Secretaría de Economía.²⁶⁷ Por otra parte, para el sector público la adquisición de medicamentos se basa en la metodología del cuadro básico de medicamentos esenciales, por lo que la mayor parte de las adquisiciones de medicamentos se realizan a través de licitaciones.²⁶⁸ Como se ha mencionado los medicamentos constituyen una tercera parte del gasto privado en nuestro país, siendo el segmento privado el más rentable para las farmacéuticas,²⁶⁹ le sigue el gasto público en medicamentos y

²⁶⁴ (Enríquez et al, 2005)

²⁶⁵ A la fecha, la comercialización o distribución en el sector privado de medicamentos la realizan veinte distribuidores regionales o locales de menor tamaño y tres mayoristas a nivel nacional que controlan alrededor del 60% del mercado, los cuales cuentan con entrega diaria en menos de 12 horas, logrando una eficiencia justo a tiempo que permite optimizar los inventarios de las farmacias y la disponibilidad del producto para su dispensación. (Enríquez et al, 2005)

²⁶⁶ En la práctica más del 80 por ciento del valor y del 50 del volumen total del mercado corresponde a la compra privada de medicamentos a través del gasto de bolsillo. En cuanto a la composición del gasto privado en salud, se observa que los deciles con un menor ingreso dedican una mayor proporción de su gasto a medicinas que los más afluentes. El primer decil eroga entre 50% y 60% de su gasto en salud en medicamentos, mientras que el de mayor ingreso representa alrededor del 20%. (comercio exterior, 2006)

²⁶⁷ En término del artículo séptimo de la Ley Federal de Competencia, se celebró un convenio con la industria farmacéutica en 1996 y uno nuevo en 2004. A través del último convenio, los laboratorios farmacéuticos definen las fórmulas para establecer precios máximos de venta al público y su incremento. Los laboratorios determinan las fechas y montos de los ajustes y la SE evalúa la aplicación anual de las fórmulas de autorregulación. (Ibídem)

²⁶⁸ El concepto de medicamentos esenciales se funda en que un número limitado de medicamentos cuidadosamente seleccionados sobre la base de las directrices clínicas acordadas conduce a una prescripción más racional en el caso de un mejor suministro de medicamentos y costos más bajos. (OMS, 1988).

²⁶⁹ En lo que se refiere a la intervención del gobierno en el mercado, si bien en términos de valor las ventas del mercado privado en 2002 sumaron 7 227 millones de dólares y las del mercado público (ventas al gobierno) sólo 796 millones, en

finalmente en orden de rentabilidad la venta de *medicamentos genéricos*, cuya cuota de mercado ha aumentado a través del tiempo 8% en 2006, 15% en 2007, 20% en 2008 y 30% en 2011.²⁷⁰

...Al comparar los precios de productos genéricos, en México éstos son menores a los de Italia y Japón pero en promedio son mayores a los observados en Estados Unidos. Un comparativo con el resto de las naciones de América Latina, muestra que en México el precio promedio al público de medicamentos es mayor que en el resto de los países. En efecto, en el 2003, para México era de 7.31 dólares cuando en Chile era de 3.1, en Brasil 3.76, en Venezuela 4.61 y en Argentina 5.04. Por otra parte, la mezcla de medicamentos consumidos en México está conformada por moléculas con mayor número de años en el mercado. Es decir, la canasta de medicamentos que consumen los mexicanos contiene productos menos innovadores, en comparación con los demás países. Por ejemplo, el consumo per cápita en Estados Unidos es ocho veces mayor al de México para todos los medicamentos. Pero si se consideran sólo las moléculas introducidas al mercado en los últimos dos años, el consumo es 25 veces mayor que el observado en México. (Comercio exterior, 2006)

El reporte anterior abre una ventana de suma importancia en la transformación del sistema de salud en nuestro país. Esta situación puede derivarse del gran abasto interno que se puede asegurar con la presencia de entidades compradoras en lugar de un conjunto disperso de pequeños adquirentes para cada segmento reorganizado.²⁷¹

En Chile el porcentaje de participación de los genéricos intercambiables es cercano al 42%, mientras que en México, en términos de unidades, sólo tenemos 10%; en Brasil es arriba del 40%, en Colombia es 37% y en Venezuela 18%. En Polonia 78% de los medicamentos que se venden son genéricos intercambiables; en Dinamarca cerca del 70%; en Alemania 68%; en Holanda arriba del 50%. En Estados Unidos, el mercado farmacéutico más grande del mundo, 49% de los medicamentos que se venden son genéricos intercambiables. (Cortés, 2010)

Lo anterior pone de manifiesto que la lucha entre el modelo de rentabilidad de las patentes y la legislación sobre los genéricos intercambiables, es una lucha que tiene diferentes matices dependiendo el grado de penetración de la industria farmacéutica, pues en países como Alemania y Estados Unidos el consumo de genéricos es muy amplio y aun así estos países están listados entre los mercados más rentables de la industria farmacéutica.

El papel de nuestro país dentro del rango de influencia de la industria farmacéutica internacional se remite al escenario de una nación fuera del círculo de los grandes

términos de volumen el mercado público alcanzó 1 222 millones de unidades lo que fue un 23.7% mayor que el privado, cuyas ventas totalizaron 988 millones de unidades. (ibidem)

²⁷⁰ *Las instituciones gubernamentales y paraestatales atienden al 55% de la población mexicana; 80% de los medicamentos que adquieren estas instituciones son genéricos intercambiables y el 20% restante son medicamentos que están cubiertos por una patente. (Cortés, 2010)*

²⁷¹ Es necesario aclarar que existe una diferencia muy marcada en el mercado de fármacos respecto a los productos huérfanos o libres de patentes que son sujetos de manejarse como productos genéricos o como productos similares, entre los cuales existe una gran diferencia que a veces no queda clara para el público usuario.

- I. *Genéricos y productos OTC (productos de venta libre) para Desarrollar un medicamento genérico, se necesita solicitar su registro con fines experimentales de una droga, tres años antes de que expire una patente, y cuando esto llegue a suceder, se encontrarán listas para la producción de una medicina ya probada, a un precio mucho menor. II. Similares El producto que se vende en farmacias similares, no contiene las cantidades de los mismos ingredientes activos o la misma dosificación de la droga que la medicina original, por tal razón no necesitan la expiración de una patente para su producción, como es el caso de un genérico. (KPMG, 2006)*
- II. En 1995, en la Ley General de Salud se estableció que los “medicamentos para uso y comercialización podrán ser identificados por sus denominaciones genéricas y distintivas, es decir, se recetará la sustancia activa y no la marca”, y tres años después, en 1998, la Secretaría de Salubridad y Asistencia precisó que los medicamentos genéricos intercambiables son los que cumplen con los requisitos de bio-equivalencia y biodisponibilidad de los medicamentos innovadores de marca. (Comercio exterior, 2006)

consumidores farmacéuticos, si bien es un proveedor de manufactura farmacéutica con importancia a nivel latinoamericano, no lo es a nivel mundial, por lo que el ámbito de su competencia es meramente local. Así el cuidado del mercado interno parece más una prioridad de las filiales establecidos, más allá que la influencia que el proceso de transición del sistema de salud pueda recibir drásticamente, pues aunque el sector público es importante en el mercado de los genéricos, el segmento privado sigue siendo el mercado más rentable y el objetivo principal de los medicamentos de patente y por tanto de la industria farmacéutica nacional.

Si bien las fusiones y adquisiciones han repercutido en nuestro país, lo cierto es su influencia se ha manifestado en la operatividad y administración al interior de las compañías filiales ya que muchos de los productos de cada empresa se mantienen o se venden a través del recurso de venta de patentes de un competidor a otros según sea la estrategia de negocios. Por lo tanto, podemos decir que mientras la transición del sistema sanitario no afecte sus ganancias las políticas gubernamentales no hallan presiones ni barreras por parte de este sector.

Conclusiones finales

El sistema de salud mexicano se halla dividido en tres subsistemas, la seguridad social que incluye a servicios como el IMSS y el ISSSTE como los más importantes; la asistencia pública, la cual tiene al seguro popular como el programa más representativo y el sector privado, cuya diversidad de proveedores no impide un grado de concentración muy alto. Esta estructura vigente está cambiando, sin embargo, es claro que dicha transición está muy alejada de ofrecer en el corto y mediano plazo una estructura sólida y eficiente en cuanto a mejora de los servicios y cobertura se refiere.

Como se ha visto la seguridad social está fragmentada y uno de los más grandes retos a los que enfrenta es el crecimiento del empleo formal tanto en el ámbito privado como en el empleo en el gobierno, este fenómeno producto del modelo económico neoliberal ha implicado ajustes que si bien atacan el problema no lo resuelven del todo. Por una parte se ha hecho más ligera la carga tributaria de las empresas para promover el empleo formal, sin embargo el vacío que dejan estas aportaciones no ha podido cubrirse con la aportación gubernamental como se intentaba, por lo cual se han establecido cuotas a jubilados y pensionados haciendo más llevadero el costo de sus tratamientos para las finanzas de los organismos públicos, esta adaptación también ha sido insuficiente. Finalmente ambos organismos adolecen de una distribución de cuotas equitativas y lo suficientemente extendida a lo largo de todos los grupos de ingreso que conforman su estructura contributiva provocando que los segmentos intermedios y altos tengan una aportación insuficiente para sobrellevar el sistema solidario de financiamiento que acompaña a la seguridad social por naturaleza. Esto se debe en gran parte al esquema de reversión de cuotas, un esquema fiscal que permite a las empresas y organismos públicos financiar servicios de atención médica privada, trasladando los fondos de la seguridad social hacia este sector lucrativo.

En cuanto al sector privado, la transformación del sistema de salud ha tenido un bajo impacto tras una década de normatividades y aplicación, ya que la introducción de la figura de las empresas especializadas en servicios de salud no ha sido acompañada de una reestructura del sistema per se, sobre todo en cuanto al esquema de financiamiento se refiere, como se ha mostrado la industria aseguradora está lejos de una participación amplia en el financiamiento, pues este sigue realizándose a través del gastos de bolsillo, lo que

afecta poco la estructura vigente, en su lugar al defender sus nichos de rentabilidad las aseguradoras están concentrando aún más sus operaciones lo que repercute en el costo de los servicios de salud al alza. Por otro lado, las empresas farmacéuticas, siguen comercializando productos de patente y productos genéricos, siendo los primeros la parte más rentable de su industria y estableciendo su mayor consumo en el segmento privado. Esto significa que la reforma en pro del consumo de productos genéricos si bien se ha extendido, aplica en mejor forma para las compras del sector público, no así en el segmento privado donde el consumo de estos está limitado por el proceso natural de promoción de los artículos de patente que es la receta médica. Aun así, el mercado mexicano está lejos de ser un ejemplo de aprovechamiento del consumo de genéricos por dos razón es que deben atenderse de inmediato, el consumo de medicamentos genéricos de poca actualización, es decir medicamentos de tercera o cuarta generación casi discontinuados en el mundo y la proliferación del producto similar que representa un ancla artificial de precios y calidad en el mercado mexicano, ya que en un esquema financiero donde predomina el gasto de bolsillo para costear el consumo de medicamentos, las diferencias de calidad (y obviamente de resultados) entre tres clases de productos vigentes en el mercado: patentes, genéricos y similares producen tres calidades de tratamientos y de resultados, tratamientos caros con efectos positivos al consumir medicamentos de patentes, tratamientos no tan caros, pero elevados regularmente eficaces debido al consumo de productos genéricos de tercera o cuarta generación y finalmente tratamientos llevaderos poco eficaces de costo muy bajo, debido al uso de sustancias similares que no contienen el mismo porcentaje de sustancia activa que los genéricos, ni la misma calidad de materias primas en su manufactura.

En lo que se refiere a las empresas proveedoras de servicios de salud al igual que las aseguradoras estas organizaciones se enfrentan a una estructura competitiva poco cambiante, ya que la regulación actual permite mantener nichos cerrados a la competencia, donde la incursión de las figuras de las ISES solo es una medida estratégica de conservar los segmentos de mercado vigentes, esto se debe a que la subrogación y el esquema de reversión de cuotas se han utilizado como dos mecanismos de discriminación en los ingresos de los empleados que permiten a los altos ejecutivos y funcionarios atenderse en el segmento privado en lugar del público al trasladar sus cotizaciones de la seguridad social hacia empresas lucrativas del otro segmento lo que distorsiona la estructura financiera y sus sostenibilidad, cohibe la competencia y dirige la transición del modelo de salud a un escenario similar al chileno o colombiano cuando el sistema de salud se polarizo entre ricos y pobre, privados y organizaciones públicas.

Finalmente el caso de la asistencia pública y el seguro popular se encuentra en una posición muy criticable pues los logros se han supeditado a una reorganización del segmento, una mayor expansión la actividad de atención primaria, pero que está limitada estructural y financieramente debido al esquema presupuestal que va de lo centralizado a lo descentralizado en diferentes actividades. Podemos decir, que el seguro popular es la propuesta inicial de instalar un puente en la transición hacia un modelo universalista, ya que la población más vulnerable económicamente se encuentra en este ramo, sus servicios son de tipo primario con posibilidad de escalamiento según un catálogo nacional de enfermedades, su primera intención ha sido abatir el gasto catastrófico, pero solo se remite a las causas más superficiales en este segmento de población ya que el acceso a servicios médicos básicos y escalonados por supuesto que abaten el desembolso familiar y evitan la catástrofe económica, pero por otro lado, está muy lejos de ser suficiente, oportuno y expedito en el ritmo y nivel en que trabajan los otros dos segmentos (la seguridad social y la

salud privada), por ello puede considerarse una política costosa, pese a sus resultados positivos, en parte por lo anterior, en parte debido a la ineficiente desconcentración administrativa, en parte por la dependencia presupuestal y finalmente debido a la concentración urbana de los servicios y el proceso burocrático y físico (se refiere al traslado de los enfermos hacia los hospitales, barreras de tiempo como de distancia) al que se enfrentan las familias para el escalonamiento a otros niveles de atención.

Como puede observarse la hipótesis inicial se reafirma al coincidir en que la transición que se está gestando, expone al modelo actual a un deterioro aun mayor del que ya de por sí, se lleva a cabo debido a la estructura de financiamiento vigente dadas las necesidades de atención actuales. Como veremos en el siguiente capítulo es necesario una propuesta alterna surgida de los modelos estudiados para corregir el deterioro y mirar hacia un modelo de salud más eficiente y equitativo, bajo un esquema financiero más solidario y sostenible.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES GENERALES

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES GENERALES

El sistema de salud se encuentra inmerso en una transición crítica donde los servicios públicos se están estandarizando basados en un esquema de servicios básicos. Sin embargo, el modelo de referencia pugna por el desarrollo de un mercado de servicios de salud donde tanto organismos públicos y empresas privadas compitan por los pacientes. El presente trabajo se ha realizado bajo la presunción de que los resultados de esta transición no resultaran en las metas que se han planteado originalmente, más aún, se ha manejado la hipótesis de que dicho cambio puede profundizar la marginación de las personas de menor ingreso exponiendo a la población vulnerable a la exclusión de los servicios de salud. Este dilema sobre la forma en que se está adaptando el modelo universalista de atención médica se debe a un conflicto que enfrenta el sistema de salud mexicano entre la disposición de sus recursos y las necesidades médicas de la población como consecuencia de la influencia de la ideología predominante. Esto significa que mientras el sistema requiere de atención integral, pronta y oportuna, la provisión se organiza de tal forma que predispone la atención médica a la condición de aseguramiento o al nivel de ingreso de los pacientes. Para dar respuesta a esta interrogante se ha formulado como hipótesis principal que las instituciones de seguridad social y sus fuentes de financiamiento se encuentran inmersas en un proceso de transición que ha conducido a un deterioro del sistema de salud mexicano aumentando la insolvencia financiera de los organismos públicos y conformando un marco que inhibe el acceso a la provisión de servicios privados tanto por sus costos, como por los mecanismos de selección de clientes y/o usuarios. Por lo tanto, aunque ya no es posible regresar al modelo anterior y no sería recomendable, el continuar con la actual transición abre una ventana institucional y financiera para la adaptación de un modelo de salud alternativo.

La propuesta desarrollada considera para sus recomendaciones la preexistencia de Un sistema dividido en diferentes modalidades de atención sin embargo a lo largo de la investigación se comprobado con el análisis de modelos de otros países que esto no representa un problema en sí, ya que en el mundo esta configuración es común, esto se fundamenta en el hecho de que los sistemas están subordinados a un sistema nacional de salud con atención homogénea, a diferencia de nuestro país, donde el sistema de salud no está homogeneizado, como consecuencia de ello la estructura financiera refuerza la imposición del tipo de fuente financiera sobre la necesidad médica, lo que vuelve evidente la conformación del sistema de salud como un proceso de evolución histórica dependiente de factores políticos y económicos y en menor grado de las necesidades de la población.

A lo largo de esta investigación se han obtenido varias conclusiones que se concentran en este capítulo para ofrecer un precedente de la alternativa recomendada. De esta forma podemos decir que en cuanto al problema de estudio, la transición del sistema de salud mexicano se debe en gran parte a las necesidades impuestas por la transformación de la estructura económica a nivel mundial, la cual está cambiando la influencia económica del estado, amenazando sectores que basan su existencia en la intervención, tal y como lo es el sector salud. Así es como puede explicarse que en nuestro país la seguridad social atiende a trabajadores formales, sin conseguir una expansión a otros sectores, esta limitante se debe a su uso meramente coyuntural, producto de un modelo desarrollado a lo largo de un periodo en que la ideología de la industrialización dirigió los esfuerzos del país. En lo que respecta a la

asistencia pública que atiende a segmentos no afiliados a la seguridad social y segmentos vulnerables, su reorganización ha sido una respuesta a las necesidades de eficiencia del presupuesto, una actividad tradicional que ha crecido con el sector hasta la actualidad donde la atención primaria desconcentrada expone la dependencia que existe hacia un presupuesto dirigido por programas y políticas focalizadas lo que provoca fluctuaciones en los flujos de recursos a este subsistema de salud. Como resultado de estas ineficiencias existe un efecto de migración de los pacientes afiliado al sector público hacia el sector privado lo que da a este segmento una gran participación en el gasto total de salud y edifica un crisol de proveedores e intermediarios según las necesidades y los niveles de ingreso de la población.

Dentro de la revisión teórica se ha puesto de manifiesto la existencia de un conflicto ideológico entre el estado y el mercado como directrices de la organización financiera y funcional de los sistemas de salud. Como se revisó el papel del estado en la economía es una postura ligada a los vaivenes históricos donde los países que han alcanzado un estadio mayor de desarrollo económico con la intervención gubernamental presentan un sistema de salud fundamentado en el modelo de la Seguridad Social cuyo esquema de provisión de fue consolidado durante el periodo del Estado benefactor, teniendo como resultado una redistribución del ingreso permeada a través de la asistencia integral a escala nacional. Por otra parte, la universalización de los sistemas de salud se presenta según las características de cada nación, ya que dentro del re-direccionamiento hacia la liberalización de mercados internacionales cada país es más susceptible a modificaciones industriales y/o financieras, según sean las ventajas que ofrece la explotación de las actividades en manos públicas. Debido a lo anterior podemos concluir que si bien los modelos de seguridad social y asistencia pública se desarrollaron y fortalecieron en un periodo de la historia donde las fallas del mercado fueron evidentes y el sector público fortaleció su intervención. Actualmente, tras los últimos 30 años de economía de mercado en el mundo, la competencia por espacios de acción entre el capital privado y la restricción del ejercicio presupuestal redimensionan las conformación de los sistemas de salud. Consecuencia de ello nuestro país, se debate dentro de una serie de reformas que están segmentando aún más el sistema de salud sin conseguir un avance substancial. Gran parte de esto se puede constatar con la referencia que proporcionan las dos grandes fases de cambios que el modelo universalista en Latinoamérica ha llevado a cabo, las cuales son mejor conocidas como reformas de primera y segunda generación. Las primeras se sucedieron en la década de los ochenta, cuyos cambios en materia de salud consistieron en impulsar la descentralización de los servicios públicos, hacia el establecimiento y la regulación de la provisión de servicios por parte de los gobiernos locales, todo ello con el propósito de establecer un modelo organizativo y de gestión, base del sistema universalista. Por otra parte, las reformas de segunda generación se sucedieron en los noventa, con el objetivo de establecer los protocolos de atención primaria bajo el marco de una cobertura universal, a la par de consolidar el funcionamiento de los cambios institucionales fomentados por las primeras reformas. Sin embargo, tanto las reformas, así como la expansión de la seguridad social se debilitaron con las crisis financieras de esa década así como sus repercusiones en el incremento del trabajo informal y la subcontratación como piezas clave del nuevo modelo económico.

En cuanto a la revisión que se hizo acerca de los sistemas de salud en otros países, se ha encontrado que dichos sistemas deben su configuración tanto a factores ideológicos, históricos como geográficos. Atendiendo estos factores puede explicarse cómo surgió la seguridad social de posguerra en Europa; una política de apoyo al desarrollo industrial donde el sistema de salud avanza dentro de una relación entre mercado y estado en Asia cuya

mixtura financiera aún presenta retos en materia de planes de seguro privados y gasto de bolsillo. Finalmente en lo que corresponde al continente americano, la seguridad social en Canadá alienta un modelo de seguridad social exitosa, mientras que el modelo estadounidense, chileno y colombiano, muestran variantes del proceso de transición que vive el sistema de salud mexicano.

Resaltan tres aspectos en la configuración de los sistemas de salud para efectos de su análisis y comparación: a) las fuentes de financiamiento, las cuales marcan los alcances y la sostenibilidad del modelo; b) la participación del estado en la configuración del sistema de salud, y finalmente, c) el papel que juegan los agentes privados y su impacto en el gasto de bolsillo y los costos del propio sistema. En lo que concierne al primer punto, cada modelo de salud percibe aportaciones de las empresas, personas y el estado, todas ellas en diferente grado según el modelo predominante. Así es como tenemos i) *Contribuciones obrero-patronales* como base de la seguridad social, la cual puede tener como administradores a cajas mutualistas o fondos de administración, ya sean públicas o privadas sin fines de lucro; b) *financiamiento a través de Ingresos fiscales*, esta fuente financiera es generalmente utilizada de forma complementaria y/o suplementaria en función de la fortaleza fiscal y su importancia política con respecto a las otras dos fuentes de financiamiento (contribuciones y el gasto privado); *finalmente c) el financiamiento privado*, representa un elemento fundamental en la sostenibilidad de los modelos de salud cuando se carece de una estructura del empleo formal con solidez o de una fortaleza fiscal con suficiente desarrollo en el recaudo. La importancia del gasto particular es determinada por su canal financiero que puede ser a través de coberturas médicas o de gasto de bolsillo, en el caso de las coberturas estas pueden ser sustitutas o complementarias dependiendo el modelo en el caso del gasto de bolsillo este puede ser complementario en finiquitando copagos o catastrófico al utilizarse como medio de financiamiento directo de los servicios de salud, una situación que pone en juego el alcance de los servicios basados en las finanzas familiares.

Atendiendo los aspectos anteriores se concluye que en Europa se cuenta con una cobertura total de su población, una estructura financiera de carácter solidario y fuertes rasgos de equidad, como consecuencia del desarrollo de la etapa del *Estado de Bienestar* y la reconstrucción de Europa.

México dista mucho de tener la fortaleza hacendaria del reino unido en su lugar el presupuesto de salud para el seguro popular varia cada año; otro aspecto crucial es la falta de fortaleza regionales y locales, lo que ha provocado disparidades en la infraestructura y calidad de los servicios en diferentes zonas del país. Finalmente la participación privada, está subordinada al sistema nacional de salud no en competencia de este, lo que permite la regulación de precios y la provisión de servicios y medicamentos de forma homogénea a toda la población. Lo aportes del sistema francés a nuestro país son muchos, al igual que en EU el sector público no se encuentra en competencia con él estado; en segundo lugar, el uso de tecnologías de portabilidad médica y financiera agilizan la atención y el flujo de pagos entre consumidores gobierno y proveedores privados. Finalmente la intermediación de los fondos financieros en Francia se realiza por medio de organizaciones mutualistas que representan instituciones con participación sindical y empresarial en el control de los fondos, lo que permite una administración muy diferente al de otras naciones.

Dentro del modelo que construyo el Estado del Bienestar europeo es destacable que en todos los modelos la participación privada está limitada a la provisión de servicios y en forma muy tenue a la intermediación financiera de estos, ya sea con coberturas complementarias o sustitutas. Así, mientras en Inglaterra el paciente con recursos puede decidir contratar una

cobertura privada que obedezca a sus preferencias de servicio, en Francia se encuentra regulado el papel de las aseguradoras a ser complementarias del sistema de salud. Por otra parte en Alemania las aseguradoras son una opción de cobertura dirigida a la población con un ingreso de mucha solvencia, y finalmente en España su papel es complementario y mínimo.

En lo que concierne a los sistemas de salud en Asia, Japón posee una alta participación gubernamental, su esquema financiero elimina barreras de acceso y su regulación sobre los proveedores homogeniza la calidad y precio de los servicios; Corea del Sur por otra parte, ha financiado su financiamiento sobre el sector privado. En Corea del Sur la regulación del mercado no incluye el control de los precios en fármacos y servicios de salud, lo que automáticamente vuelve heterogéneo el costo y la calidad de los servicios de acuerdo al proveedor que se contrata. Finalmente en China, se promueve al sector privado como motor del crecimiento en el sector salud, al permitir que la inversión del sector este motivada por los beneficios que detenta la actividad en su interior, tal es el caso de la emisión de recetas y la venta de medicamentos por parte de los médicos, clínicas y hospitales, haciendo a un lado el papel de las farmacias o dispensarios independientes. La consecuencia de esta política un aumento de la rentabilidad para los privados y para la industria farmacéutica china, a costa un alto nivel de gasto de bolsillo.

A diferencia de los continentes anteriores los sistemas de salud en América fomentan la actuación de los privados, sin la presencia de una política industrial guía, por el contrario la línea de orientación es el desmantelamiento del estado y la flexibilización laboral una etapa moderna y posterior a la ideología de ese continente. En primer lugar, el reto de los Estados Unidos como sistema y como país no solo se encuentra en aumentar su cobertura poblacional, sino también en soportar la presión inflacionaria que representa el gasto en salud dentro el presupuesto privado y público. Como un país que cuenta con una amplia concentración en el mercado, los proveedores e intermediarios financieros, poseen una gran influencia en el desempeño del sistema, tal es el caso de las farmacéuticas y las aseguradoras. Sin embargo, a raíz de la reforma de salud que inicia su marcha en 2014, los Estados Unidos como sistema de salud, han procurado alcanzar una cobertura total de su población, ahora su principal carencia es la equidad, pues dependiendo de los recursos de las personas, se define el acceso a los servicios de salud, ya que su sistema aún discrimina, estatus de residencia y ocupación, así como nivel económico.

A diferencia de sus vecino el modelo canadiense representa un gran ejemplo de reconstrucción de los servicios médicos en recientes fechas, ya que fue reorientado en la década de los ochenta, también debemos mencionar que su fortaleza descansa sobre pilares sólidos, tales como las instituciones y ministerios provinciales que poseen fuentes de ingreso descentralizadas y muy significativas. Como ejemplo para nuestro país, el sistema canadiense presenta una referencia acerca de la fuerza que tiene el sistema de seguridad social respecto a la uniformidad de sus servicios y la carencia de barreras económicas para los ciudadanos. Sin embargo también es cierto que plantea un reto financiero ya que nuestro país no tiene la fortaleza fiscal que tiene Canadá, ni tampoco un sistema descentralizado tan maduro y fuerte como el de las provincias canadienses, lo que nos lleva a pensar en el paradigma que significa para nuestro país contar con una base financiera sólida y no tan fluctuante como lo son los presupuestos públicos en México, los cuales son dependientes de otros factores ajenos a las necesidades sociales y en específico aquellas de salud en la población.

En lo que se refiere a Latinoamérica, el modelo chileno actualmente presenta muchos problemas en la calidad y cobertura de su población. Uno de los principales es el papel de las

ISAPRES ya que no solo han provocado la concentración del mercado, sino que además se han visto involucradas en conflictos de interés al ser intermediarios y proveedores de servicios de salud. Para la década del dos mil, el sistema chileno se reformó. Sin embargo, hay autores que señalan que *la reforma no eliminó el mecanismo de mercado en la distribución de los recursos en materia de salud.*²⁷² Para nuestro país el modelo chileno es un importante referente ya que marca una serie de pautas a considerar de forma fundamental: a) el gasto en salud en Latinoamérica es muy bajo y nuestro país no es la excepción; b) la introducción de un mercado de servicios de salud requiere de una seria y estricta regulación que inhiba la exclusión de los pacientes, de este tipo de regulaciones ya se han mostrado variantes en los países anteriormente analizados, uno de ellos es Canadá, el cual deja a la competencia la fracción que el estado no es capaz de cubrir con un servicio médico que garantiza la salud de la población en términos generales; c) la búsqueda de aliviar la carga financiera no puede basarse en la sustitución del estado por los privados sino en una mezcla que permita dar rentabilidad a actividades lucrativas sin menoscabo de la salud pública; y finalmente, el mensaje más importante para nuestro país radica en que violentar el principio de solidaridad de la salud pública conlleva necesariamente a medidas y modelos más costosos para el erario público y el presupuesto privado de las personas. De forma muy similar el sistema de salud colombiano presenta algunos problemas derivados de la forma en cómo se estructuró el modelo universalista, especialmente como se intentaba llevar la administración del mercado por los propios agentes privados. Resalta el conflicto de interés en las EPS ya que se vieron involucradas como administradoras y proveedores dentro del mercado, así también prevalecieron las *barreras de acceso*, que tradicionalmente las aseguradoras imponen en estos casos, rechazando personas con enfermedades pre-existentes o ajustando sus tarifas en razón del riesgo que involucraba al paciente según su edad y ocupación. Por lo tanto, podemos decir que los modelos del continente americano representan la antesala del análisis financiero del modelo mexicano. Cada uno de los países revisados proporciona datos y situaciones importantes para determinar el rumbo de la transición mexicana. Dentro de este bloque resalta el hecho de que Estados Unidos, Chile y Colombia poseen una participación de los agentes privados muy importante. Ya sea que estos actúen como intermediarios organizados por el sector público o como agentes privados regulados por el gobierno central. En cualquiera que sea el caso la necesidad de mediar entre las necesidades de la población y la búsqueda de rentabilidad de las empresas obliga a una regulación sólida y eficiente. La excepción a esos modelos es Canadá, cuyo modelo social posee un predominante servicio público pero con una alta participación privada que resulta complementaria, no sustitutiva ni en confrontación con los servicios públicos. Por otra parte la influencia del modelo estadounidense es inobjetable, sin embargo los modelos europeos y asiáticos han llevado la mezcla público-privada de una forma muy diferente a la latinoamericana lo que resulta indudable es que el predominio privado mal planteado se manifiesta a través de coberturas parciales y heterogéneas, que dependen de los ingresos y el área geográfica del beneficiario. Sin embargo, la mezcla de intermediación y provisión entre empleadores y empresas privadas resulta más equilibrada que al de proveedores

²⁷² Un estudio de 2005 reportado por el Banco Mundial (2007) encontró que el AUGE había sido beneficioso para todos los grupos socioeconómicos, y que habían sido utilizados por más de 3.2 millones de personas (19.6% de la población). Los grupos de Bajos ingresos (grupo A y B en FONASA) utilizaron más el sistema (75%), que en los grupos de mayores ingresos (24.2%). Por otra parte los Suscriptores de las ISAPRES utilizan el AUGE principalmente para tratamientos de alto costo, mientras que los usuarios más frecuentes (53,3%), representan el estrato de ingresos medios (con ingresos entre 300,000 y un millón de pesos); también se encontró que el 24.5% de los beneficiados tenían ingresos superiores a un millón de pesos, mientras que sólo el 22.2% de los suscriptores tenía ingresos de menos de 300,000 pesos. (Missoni, E. y Solimano, G.: 2010)

pacientes un rasgo muy importante en los estados unidos y que no se presenta en el resto de los países de este bloque.

Si bien es cierto que el modelo de competencia administrada tiene como fortaleza la contención o reducción del gasto de bolsillo, transformándolo en coberturas de seguro que poseen un elemento solidario más equitativo que el desembolso individual, las barreras de acceso no son totalmente eliminadas, tal y como se ve en el caso chileno y colombiano.

Para el Capítulo 4 que se refiere a la transformación de la estructura financiera del sistema de salud mexicano se analizó cada segmento por separado ya que cada uno posee una estructura diferente y en especial la seguridad social se fragmenta aún más en su interior por lo que se analizarán los dos elementos más importantes que la conforman. Partiendo de la hipótesis inicialmente planteada, la segmentación del sistema mexicano de salud, provoca una serie de ineficiencias que son motivadas por la tendencia a eliminar el formato anterior de participación estatal por la implantación del modelo universalista, el cual está más adecuado a las necesidades actuales del mercado, no así con las necesidades de la población en materia de salud.

Con todo lo anterior, podemos decir que el IMSS (máximo organismo representante de la seguridad social del país), se encuentra en crisis como resultado de los cambios en las políticas de salud. La causa principal de esta crisis se encuentra en el proceso de cambio del modelo de intervención gubernamental en el sistema sanitario, ya que el nuevo esquema de provisión de servicios básicos, conlleva implícitamente una intención firme de reducir las aportaciones empresariales a la seguridad social como resultado del modelo de competencia neoliberal aplicado al mercado de trabajo formal en el país. Este cambio se ha manifestado en varias directrices: a) La modificación del tabulado de contribuciones obrero patronales que ha creado un vacío en la cuantía de fondos recaudados, b) los cambios en la administración del IMSS hacia la conformación de un modelo universalista conjunto de un mercado de servicios de salud que expone la incógnita del financiamiento de los servicios ya no bajo la óptica de la seguridad social sino de la solidaridad limitada de una aseguradora convencional, lo que implica un desfaldo en el erario público o una falta de recursos por parte del IMSS para atender programas como el Seguro para la familia o el Seguro para jubilados, exponiendo al público afiliado a casos de deterioro en los servicios y al organismo a situaciones de selección adversa o alza de las cuotas de afiliación. C) la privatización de los fondos de pensión que recortó las fuentes de financiamiento de los ramos de aseguramiento del IMSS, este vacío financiero producto de la transición del régimen de pensiones no se cubrió por el gobierno en la forma de deuda pública, dejando parte del costo de las pensiones del régimen anterior al IMSS, aunado al fondeo de sus propias pensiones como patrón.

El ISSSTE ha recorrido el proceso de transición hacia un modelo de atención primaria de una forma muy diferente al IMSS. Pese a que también representa un organismo de seguridad social, para algunos autores el proceso de evolución del ISSSTE se debe más a *factores coyunturales* y por ello *el proceso de desconcentración administrativa* resultó en una *reestructuración desordenada* que redundó en una *falta de previsión* en la delegación de facultades, dando como resultado una *incipiente gestión* del enfoque al cliente. Otro problema del ISSSTE es que su estructura de financiamiento solidario es muy debil, además al igual que el IMSS, en el ISSSTE, la seguridad social ha mantenido una relación financiera estrecha entre las pensiones y los servicios de salud, al grado que con su separación el vacío financiero en los ramos de salud de ambas instituciones no ha podido ser subsanado por el presupuesto gubernamental, ya que el ambiente restrictivo del gasto, la competencia

empresarial y la caída de las condiciones del mercado de trabajo dieron pie a un paisaje de barreras político-sociales que impactan en la estructura financiera de cada organismo.

En cuanto a la asistencia pública y el Seguro popular, resulta evidente que el programa del seguro popular cumple con la etapa descentralizadora de los servicios de salud y con el ordenamiento necesario de la población afiliada, y de los servicios prestados. Sin embargo, el seguro popular enfrenta retos financieros que lo alejan de ser un modelo de eficiencia y calidad, tal como lo muestran los resultados de su impacto sobre la reducción del gasto de bolsillo y el gasto catastrófico. Finalmente en lo que se refiere al Segmento privado y el mercado de servicios de salud, los montos del gasto en coberturas de seguro son muy bajos (10 %), además el uso de las coberturas como sustitutos posiciona a este segmentos como de *doble cobertura*, lo que implica junto con la regulación que se ha desarrollado, que el mercado privado sea un mercado poco competitivo con fuertes barreras de acceso, algo que no resolvió la legislación que dio origen a las ISES. Por lo tanto, podemos decir que a pesar del gran número de proveedores existente el sector se encuentra altamente concentrado en cuanto al gasto que se capta en las actividades relacionadas con la salud. De esta forma resulta que unas cuantas cadenas de servicios atienden a los segmentos más lucrativos de la población y por otra parte se tiene un sin número de pequeños proveedores que dan servicio a la mayor parte de la demanda ocasional, pero con bajo potencial económico. Finalmente en el punto intermedio se hallan las instituciones no lucrativas las que si bien atienden a gran parte de la población y brindan atención en materia de servicios especializados, no son contempladas como un factor determinante del buen funcionamiento del sistema sin la competencia directa del sector privado, tal y como pretende platearlo la normatividad que dio origen a las ISES. Con lo anterior se induce que inevitablemente el establecimiento de las ISES dentro del sector privado conllevará un reordenamiento y control de los proveedores de servicios bajo la administración privada, lo que no resuelve es la desigualdad en la atención y la pre-existencia de barreras de acceso a los servicios. Finalmente para las empresas farmacéuticas, la transición del modelo permite la comercialización de productos de patente y productos genéricos, siendo los primeros la parte más rentable de su industria y estableciendo su mayor consumo en el segmento privado. Además, el mercado mexicano está lejos de ser un ejemplo de aprovechamiento del consumo de genéricos por dos razón es que deben atenderse de inmediato, el consumo de medicamentos genéricos de poca actualización, es decir medicamentos de tercera o cuarta generación casi descontinuados en el mundo y la proliferación del producto similar que representa un ancla artificial de precios y calidad en el mercado mexicano, ya que en un esquema financiero donde predomina el gasto de bolsillo para costear el consumo de medicamentos, las diferencias de calidad (y obviamente de resultados) entre tres clases de productos vigentes en el mercado: patentes, genéricos y similares producen tres calidades de tratamientos y de resultados, tratamientos caros con efectos positivos al consumir medicamentos de patentes, tratamientos no tan caros, pero elevados regularmente eficaces debido al consumo de productos genéricos de tercera o cuarta generación y finalmente tratamientos llevaderos poco eficaces de costo muy bajo, debido al uso de sustancias similares que no contienen el mismo porcentaje de sustancia activa que los genéricos, ni la misma calidad de materias primas en su manufactura.

Como puede observarse la hipótesis inicial se reafirma al coincidir en que la transición que se está gestando, expone al modelo actual a un deterioro aun mayor del que ya de por

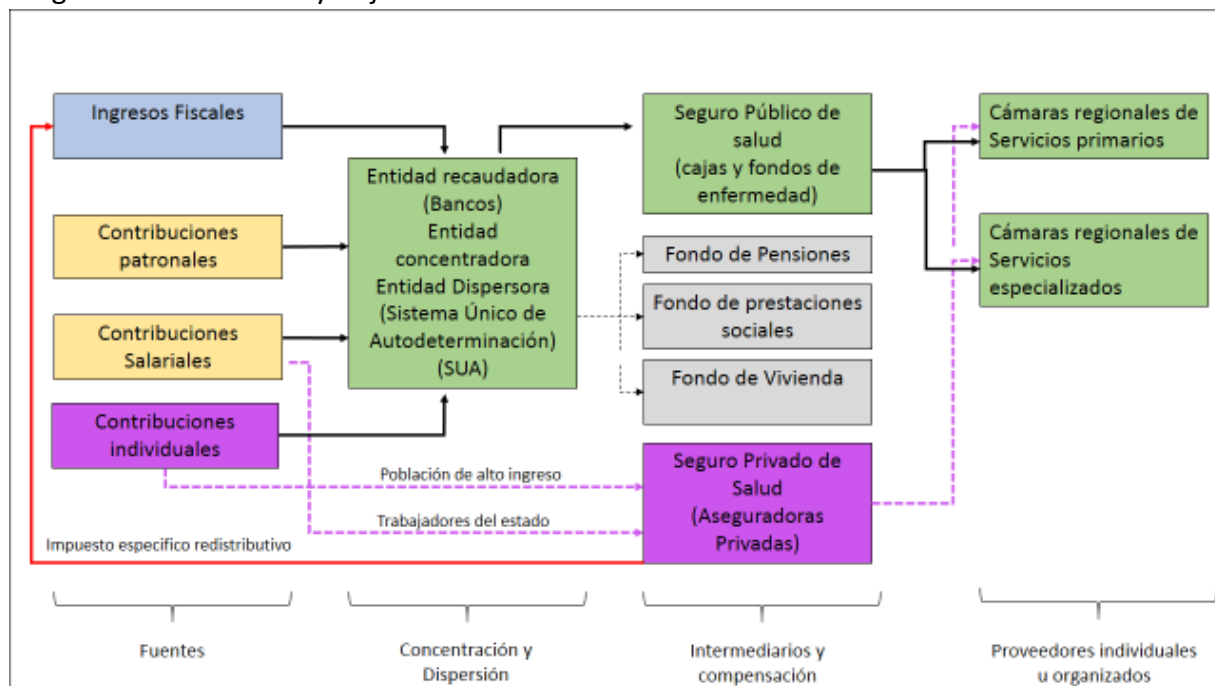
sí, se lleva a cabo debido a la estructura de financiamiento vigente dadas las necesidades de atención actuales. Como veremos en el siguiente capítulo es necesario una propuesta alterna surgida de los modelos estudiados para corregir el deterioro y mirar hacia un modelo de salud más eficiente y equitativo, bajo un esquema financiero más solidario y sostenible.

CAPÍTULO 6. MODELO ALTERNATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO 6. MODELO ALTERNATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL

La propuesta alternativa al modelo de salud en transición considera en el ámbito financiero el fortalecimiento e independencia en la administración de las fuentes de ingreso, basado en los beneficios que el sistema alemán presenta, ya que al igual que en Alemania, en México se posee un sistema de multi-pagadores, con la reserva de llegar a representar el número de fondos o cajas de enfermedad que el país germano ostenta (más de trecientas), además de contar con alrededor de cincuenta empresas aseguradoras, donde cada una de ellas se ocupa de la liquidación de los servicios prestados a sus afiliados. En México los multi-pagadores entremezclan la provisión y la administración de fondos, una situación que ha encubierto las ineficiencias de su operación, por ello se propone la unificación del sistema nacional de salud mexicano a imagen del alemán en dos seguros: el seguro nacional de salud pública y el seguro privado de salud. Este proceso implica una separación entre financiamiento y provisión, una reconfiguración del mercado privado cambiando el gasto de bolsillo por el uso de planes privados. así también, se simplifica el sistema de pagos, se estandarizan los servicios de atención y sus precios y se otorga autonomía a las unidades participantes en lo que corresponde a la administración de sus recursos, abriendo una ventana a la libre elección de los pacientes y la mejora obligada de los servicios en un marco de mejora competitiva. El diagrama 1, describe la nueva configuración propuesta donde las fuentes de recursos se re-direccionan en dos canales principales al igual que el modelo alemán:

Diagrama 1. Estructura y flujos financieros alternativos



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el diagrama El sistema público de salud y el sistema privado, son dos grandes vertientes de recursos hacia los dos tipos de provisión que se establecen como pilar de la provisión de servicios médicos: los servicios básicos primarios y los servicios secundarios o especializados. La simplificación del sistema depende de las etapas que

enmarcan la *concentración y dispersión de recursos*, en este punto los bancos y el sistema de administración SUA del IMSS poseen las estructuras de recaudación suficientes, sin embargo, la dispersión de los recursos hacia las cajas, fondos y aseguradoras intermediarios es una de las etapas de mayor cambio ya que en este apartado los organismos de seguridad social deben separar su intermediación de la provisión, a través de presupuestos autónomos por región o por clínicas y hospitales, en cuanto a la asistencia pública, el seguro popular ya mantiene una administración desconcentrada de acuerdo a los fondos configurados bajo el ramo 12 y 33, finalmente para las aseguradoras, el diagrama también muestra el flujo de recursos producto de la contratación del seguro privado como se puede observar el mercado sufrirá cambios que involucran el abandono del gasto de bolsillo por un mayor uso de la cobertura privada lo que involucra la apertura a la competencia por nichos de mercado que ahora se encuentran bajo el marco de reversión de cuotas u otros sistemas poco competitivos.

Un factor fundamental de la mejora en la gestión del financiamiento, se encuentra en la separación de los fondos para cobertura social como son los fondos de pensión, las prestaciones en especie, etc. Esta separación impide la mezcla de recursos y obligaciones en la seguridad social sin desmantelarla e incluso la amplía a segmentos de población laboral independientes o informales.²⁷³ Debido al tratamiento que se da a las fuentes de financiamiento nuestro país debe seguir cobrando una cuota que engloba todos los seguros implicados en la seguridad social, para después dispersarla, un proceso semejante al que actualmente realiza el IMSS para con el sistema de pensiones, además el seguro debe extenderse a los trabajadores independientes que se afilien haciéndoles partícipes de los beneficios de los distintos seguros fondeados.

En cuanto al seguro privado cuya participación en México es baja, pero que absorbe una cantidad significativa de recursos, puede ser sujeto de una integración a manera del modelo alemán, donde este segmento abarca tres grupos de población: a) empleados públicos activos y retirados,²⁷⁴ b) trabajadores autónomos excluidos del seguro nacional, y c) las personas ocupadas que no hayan aceptado el seguro nacional una vez superado el umbral de ingresos requerido. Nuestro país puede aplicar este criterio a manera de estrategia financiera de redistribución del ingresos ya que los empleados son financiados en parte con ingresos del propio gobierno y estos flujos están sujetos de ser redistribuidos de forma más directa, por su parte los grupos poblacionales de ingresos altos podrán contar con coberturas privadas y el re-direccionamiento de sus aportaciones por medio de las aseguradoras.²⁷⁵

²⁷³ De acuerdo con la OMS (2004). Estos fondos complementarios poseen una estructura financiera en el sistema de seguridad social alemán de la siguiente forma: El Seguro nacional de salud contribuye al gasto global sólo el 57%, el fondo para el retiro 39%, el seguro para el retiro por inhabilitación 1.7%, el seguro para accidentes 1.7% y el seguro para el cuidado a largo plazo el 7%.

Otro aspecto importante y complementario en Alemania radica en que las ONG corren con el gasto del 50% de los hogares de ancianos, el 80% de viviendas para los discapacitados y casi el 70% de las instituciones para la juventud.

²⁷⁴ En cuanto al personal de gobierno y la razón de ser excluido del seguro nacional, se debe a que sus contribuciones se reembolsan por el gobierno en por lo menos el 50% de las cuentas del cuidado de la salud al adquirir un seguro privado, lo que libera la carga de servicios al estado y le permite una reducción del financiamiento directo de los servicios.

²⁷⁵ Recientemente se impulsa a los Jóvenes solteros sin problemas de salud a moverse a los seguros privados. En Alemania el seguro privado representa una doble función, el desahogo de la carga en la provisión de servicios de los servicios públicos y una modalidad redistributiva y controlada por las autoridades. Por ejemplo: la contribución de muchos planes privados esta compartida por empleados y empleadores, estos últimos aportan el 50% de las primas hasta un límite máximo de 241,50 € por mes (OMS: 2004).

Existen dos fuentes adicionales de negocio para las aseguradoras que consisten en: el seguro complementario que oferta servicios adicionales (aspectos de confort) y el seguro complementario para cubrir los co-pagos.

Otro elemento de suma importancia dentro de la estructura financiera, es la disposición de recursos, la cual depende de la aportación de cada afiliado, misma que para México se propone sea una cuota estandarizada aplicable a cada nivel de ingreso a lo largo de los diferentes segmentos de la población independientemente del régimen al que están adscritos. En Alemania por ejemplo, la contribución media actual es de 14.2% sobre el ingreso del trabajador, la cual se distribuye casi en partes iguales (54% para los empleados y 46% para los empleadores). Para México las aportaciones tienen diferente composición, como lo muestra la tabla 8.

Tabla 8. Distribución de la cuota según el porcentaje sobre el ingreso del afiliado

	Empleado	Patrón	Gobierno	Total
IMSS salud	2.50%	7%	0.5%	10%
ISSSTE salud	3.37%	8.095%	13.9%	25.37%
Seguro Popular	1%		99%	%
Gasto Privado	NA	NA	NA	NA
Otros Seguros Sociales IMSS	-	-	-	14%
Otros Seguros Sociales ISSSTE	-	-	-	26.42%

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSS, ISSSTE e INEGI.

La tabla 8 pone en evidencia las diferencias en la distribución de la carga por aportación en cada segmento de seguros existente en el modelo mexicano, así como el total del porcentaje que se dedica a estos servicios, como parte del ingreso de los afiliados. Como se ha mencionado anteriormente en el caso del IMSS y del ISSSTE ambos sufrieron reducciones en los niveles de aportación a raíz de las reformas a las leyes de seguridad social respectivas, lo que provocó una caída en los ingresos de ambas instituciones. Sin embargo en el ISSSTE a comparación del IMSS el vacío de la reducción en las aportaciones obrero-patronales fue cubierto por el gobierno a diferencia del IMSS que en correspondencia al cambio sufrido recibió un apoyo mínimo por parte del estado. En lo que corresponde al Seguro Popular los segmentos de ingreso bajo, son financiados casi al 100% por una aportación del estado, la problemática en cuestión se debe a que este sistema no ha logrado reducir el nivel de gastos catastróficos como se tenía esperado, pues en parte esto se debe a un contrapeso intrínseco en su operación ya que su cobertura parcial requiere del gasto privado de sus afiliados en medicamentos y estudios complementarios a los tratamientos. Estos resultados ponen en entredicho la eficiencia de su operación en la forma en que está dispuesto este sistema, por lo que la alternativa considera un incremento de la cobertura de parcial a integral financiado por recursos proveniente del alza de las cuotas obrero-patronales, individuales y de un impuesto específico a la cobertura privada.²⁷⁶

²⁷⁶ Existen diferencias especiales, tales como: *en Alemania para las personas con ingresos por debajo de un umbral de € 400, solo los empleadores tienen que pagar el total de las contribuciones* (a una tasa del 11% de todos los fondos). Además los municipios realizan pagos en apoyo a ciertos estratos vulnerables de la población.

Como se revisó anteriormente la modificación en las aportaciones a la seguridad social redujeron en un tercera parte el ingreso de los servicios de salud en el IMSS, por lo que regresar al uso del salario base de cotización como eje de cotización significaría un incremento inmediato en los ingresos del instituto.²⁷⁷ Si consideramos el regreso al referente del salario base de cotización habría un conflicto de intereses entre empresas y competitividad debido a la forma en que se está llevando el manejo del mercado laboral, la alternativa considera un aumento de la aportación del obrero al 5% a lo largo de los organismos de seguridad social, lo que daría como resultado un aumento de los recursos por un monto aproximado de 1600 millones de pesos, dicha aportación se vería compensada por mucho en un aumento de la calidad de atención y la caída de desembolso privado como sustituto ante la carencia de servicios en estos institutos.

Adicionalmente como medida alternativa a no retractar el uso del salario mínimo en perjuicio del empresario se plantea como necesaria la ampliación de los rangos de cotización del IMSS y del ISSSTE hasta 30 salarios mínimos, lo que implicaría una recaudación adicional en el IMSS de alrededor de 15 millones de pesos de aportaciones obreras solamente, es decir en complemento con las empresariales y de gobierno serían 60 millones de pesos de incremento que pueden duplicarse en caso de elevar la tasa de contribución, en el ISSSTE el impacto sería mucho más alto ya que este desagregado de la clase de 25 salarios ampliada hasta 30 ha redituado 10% más de ingresos en el IMSS en el ISSSTE la desagregación de 10 a 30 salarios incluiría necesariamente los puestos directivos de importancia en el gobierno llegando a un incremento en los recursos de aportación de los empleados de 20% incluso un poco más.

En lo que corresponde al Seguro Popular, la disposición de sus recursos debe hacerse con vistas a una cobertura integral y descentralizada, por lo tanto, ya que los gobiernos estatales son responsables del 89% de los recursos del seguro popular y que dichos recursos provienen de transferencias federales, la reorganización de los servicios es muy importante. Por ello, es necesario corregir la forma de financiamiento de programas focalizados del gasto público en asistencia social, cuyo programa del seguro popular ocupa poco mas del 80% de los recursos dividido en dos fondos: el Ramo 12 de aportaciones federales para servicios de salud descentralizada, basado en programas focales²⁷⁸, y el Ramo 33 que constituye el Fondo de Asistencia para los Servicios de Salud (FASSA). Dichos recursos bien pueden canalizarse en la el financiamiento de la prestación de servicios integrales basados en dos vertientes asistencia primaria y atención hospitalaria cuya supervisión corre a cargo de las autoridades estatales y municipales. Si tomamos como referencia el estudio actuarial que el IMSS elaboró sobre el seguro para la familia y sus necesidades podemos establecer que el nivel de recursos

²⁷⁷ Gutiérrez (2002)

²⁷⁸ El Gasto Público de la Secretaria de Salud (Ramo 12) es el gasto total de las Unidades Administrativas Centrales, Organismos Descentralizados y Órganos Desconcentrados. La distribución del Ramo 12 por entidad federativa se realizó asignando las transferencias directas de los programas de salud que comprende Desarrollo Humano Oportunidades, Seguro Médico para una Nueva Generación, Atención a Familias y Población Vulnerable, Atención a Población con Discapacidad, Cruzada Nacional por la Calidad, Comunidades Saludables, Arranque Parejo en la Vida, Mujer y Salud, Equidad de Género y Salud Reproductiva, Cáncer Cérvico-Uterino y Mamario, Adicciones, Atención a la infancia y la Adolescencia, Control y Prevención VIH SIDA-ITS, Vigilancia Epidemiológica, Protección contra Riesgos Sanitarios, Desarrollo de la Infraestructura Física, Operación Unidades Nuevas, Homologación de trabajadores y Caravanas de Salud; además de las transferencias al Seguro Popular. (Ibíd.)

requerido para una atención integral es de alrededor de 10 mil pesos anuales por familia para 12.6 millones de familias afiliadas en Seguro Popular, sin embargo, el gobierno destina el 15% de un salario mínimo a manera de sustituto de la contribución familiar para el funcionamiento del seguro popular cuando para una cobertura integral sana se requieren recursos por un monto alrededor de un 30 a un 40% del ingreso de una familia de bajos recursos del primer decil de ingreso. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de aumentar los recursos para la asistencia social y la mitigación de estos estándares a través de la incorporación de financiamiento solidario proveniente de la unificación del esquema financiero hacia un sistema nacional de salud como el que se ha venido proponiendo, ya que de la seguridad social y del mercado privado fluirían recursos para subsanar las carencias de financiamiento de las familias más vulnerables, además de mitigar los niveles de costos haciendo uso de la infraestructura existente tanto en clínicas públicas como privadas.

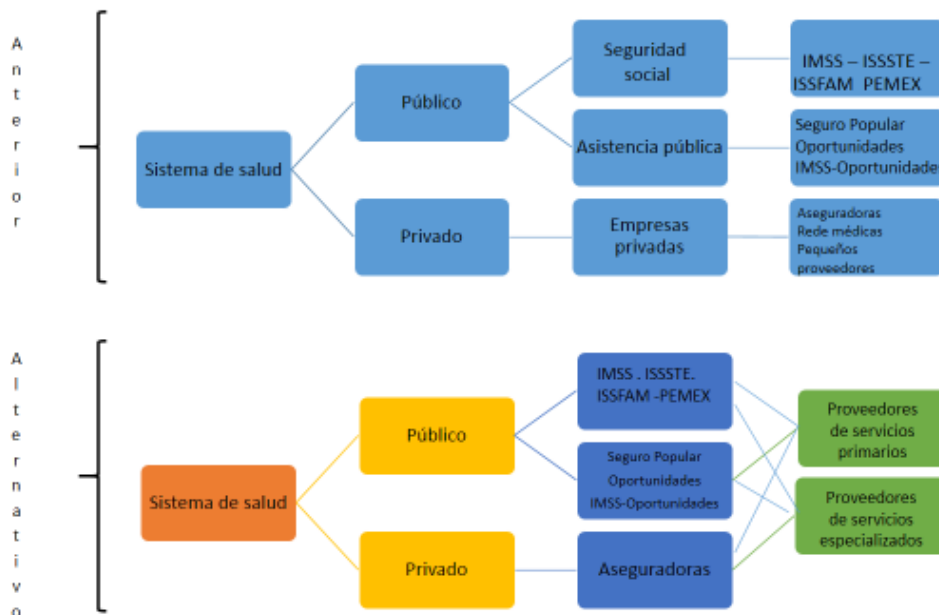
Finalmente un elemento imprescindible dentro de la estructura financiera y de necesaria transformación está representado por el control de precios vía la negociación de tarifas para una provisión de servicios homogénea, así como de medicamentos. Esta situación, puede parecer controversial toda vez que la teoría contempla que un control de precios resulta en un conflicto de mercado que confronta la eficiencia y empleo. Sin embargo, la cantidad de proveedores y la capacidad instalada es insuficiente para la demanda actual, lo que implica una capacidad instalada ocupada a niveles máximos y el flujo de recursos constante en todos los ámbitos por lo que la rentabilidad de muchos agentes está más que garantizada. Lo que se propone es un modelo de atención que de fluidez a los pagos a proveedores y una eficiente dispersión y compensación de recursos por lo que se recomienda en el ámbito de la atención primaria el uso de la modalidad de pago por *capita*, es decir por persona atendida y evento atendido, en lo que concierne a la atención hospitalaria y tratamientos especializados, el sistema es una mezcla de estancia por día y tratamiento, a manera de compensar la eficiencia y castigar el uso excesivo del internamiento, todo ello aunado a la libre elección de proveedor de servicios permitirá que la competencia se base en la capacidad y calidad de los proveedores y no por el precio o las barreras artificiales. En cuanto a la industria farmacéutica, la reorganización del sistema de compras y abasto mitiga los excesos en los precios por producto surgidos de la intermediación actual en lo referente a la distribución de medicamentos. De acuerdo a la OMS (2004), *La regulación de los precios de los medicamentos difiere entre el sector hospitalario y el sector ambulatorio. Mientras que los hospitales pueden negociar los precios con los mayoristas o los fabricantes, la cadena de distribución y los precios en el mercado farmacéutico privado son mucho más regulados.* Complementariamente, tanto en Alemania como en México se está apostando al uso del *esquema de precios de referencia internacional para los productos farmacéuticos como herramienta para la contención de costos. Algo que puede ser benéfico para nuestro país en dos posibles opciones o se controla la escalada de precios dada la diferencia de contenido efectivo (sustancia activa actualizada en el medicamento) de reactivo en los medicamentos de nuestro país o esta última característica se actualiza y los precios aumentan junto con la mejora correspondiente de calidad en los productos.*

Organización.

La organización del sistema de salud mexicano es una condición hasta ahora determinada por el contexto histórico y limitada por la estructura financiera que se ha inclinado a favorecer la tendencia neoliberal. De esta forma, se cuentan con menos recursos por parte de empresas y gobierno, mientras se convive dentro de un escenario de duplicidades e ineficiencias. Por ello la transición alternativa también debe contemplar una reorganización de los elementos que conforman el sistema de salud mexicano, se recomienda una gran división entre proveedores de servicios primarios y proveedores de servicios especializados, en lugar de la existente que segmenta al sistema multifactorialmente (por ingreso, condición laboral, régimen patronal etc.). Esta propuesta simplifica las regulaciones y solo se supervisa el apego de los integrantes de cada grupo a la operación establecida, permitiendo la homogeneización de los servicios, el control de precios y el abasto de medicamentos en una forma más simple y barata.

La forma de gestión recomendada es similar a la europea y en específico empata con el sistema sanitario alemán en varios aspectos, por ejemplo, el sistema alemán mantiene la estructura interna de cada organismo participante al proporcionarle autonomía en su administración dotándolo del financiamiento necesario según los afiliados que posee. Esta cualidad permite que en nuestro país como en Alemania, coexistan segmentos tales como los organismos de seguridad social, asistencia pública (el seguro popular) y los proveedores de servicios de salud de carácter privado. El diagrama 2 lo expone de forma gráfica, comparando los dos modelos desagregados se puede observar en el segundo modelo la predisposición de organismos hacia la provisión de dos tipos de servicios médicos como objetivos finales del sistema mismo y no anteponiendo las características y condición del afiliado al tipo de tratamiento que debe recibir.

Diagrama 2. Reorganización del sistema de salud



Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse el modelo alternativo elimina las barreras operativas que se basan en la fragmentación y separación de los servicios, por lo que cada organismo se administra autónomamente como unidad dependiente de una región pero con un fin en

común de servicio, lo que simplifica los servicios de salud en dos vertientes: atención preventiva o de cuidado primario y atención curativa o tratamiento especializado. Esta disposición permite la competencia entre proveedores públicos y privados promoviendo el desahogo de los servicios básicos e incentivando la competencia en los niveles secundario y terciario. Este tipo de organización le otorga a nuestro país una coincidencia provechosa con la organización propuesta por el modelo universalista, dicha coincidencia se puede aprovechar como una oportunidad institucional que consiste en sumar la participación privada para dar eficiencia a los servicios básicos y aumentar el espectro de influencia de las acciones preventivas aminorando los costos de atención en los niveles superiores, dada la posibilidad de mantener economías de escala con la infraestructura de los servicios públicos y privados vigentes.²⁷⁹

En el diagrama 2, también puede observarse el papel que desempeñan los agentes privados ya que se separa la labor que realiza la aseguradora de la provisión de servicios, dándole pertinencia y refuerzo a la regulación de sus operaciones y financiamiento, por ejemplo, en el ámbito de los seguros, en la nación alemana estas empresas mantienen un mercado por alrededor del 10% de la población, la cual está obligada a adquirir coberturas privadas. De forma similar en México, los deciles más altos se hallan atendidos en la esfera de servicios privados, el cambio consiste en eliminar el gasto de bolsillo en su mayor proporción, sustituyéndolo por coberturas propias de un mercado competitivo eliminando los acuerdos masivos y los esquemas de reversión de cuotas que dieron pie a la conformación de nichos de mercado cerrados y altamente concentrados, por ello, la alternativa resulta adecuada a la estructura vigente del país, ya que se comparten características entre Alemania y México tal como la dotación de un servicio integral público al 90% de la población; teniendo como residual un mercado del 10% de la población más acomodada para contratación de servicios de carácter privado, la alternativa promueve una reorganización y una mejor regulación que permite la rentabilidad a las empresas, aumenta la competencia y regula el desempeño y la redistribución de recursos hacia (los) deciles más bajos. El impacto inmediato de este cambio es la disminución del gasto de bolsillo, el aumento de la competencia y la reducción de las presiones artificiales en los precios de la provisión de servicios y de los medicamentos.

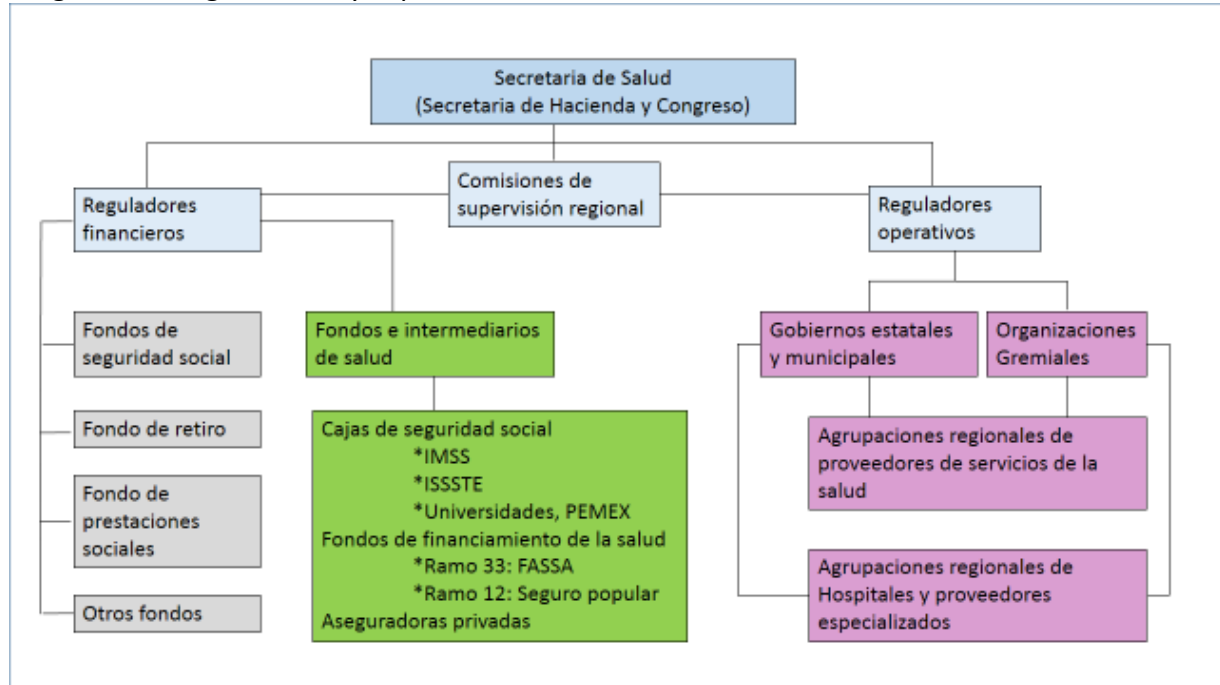
Un elemento que no debemos pasar por alto es el grado de desconcentración y descentralización de la administración pública. Dentro de la propuesta se recomienda establecer un marco regulatorio para las autoridades estatales y municipales que se basa no en el manejo de fondos en la atención médica, pero sí de aquellos que permiten ejecutar políticas de salud pública específicas, tales como campañas de vacunación, anti-drogadicción y salud reproductiva etc. Así también como producto de las áreas de oportunidad detectadas en capítulos anteriores, se vuelve necesario el desarrollo de organismos regionales. Por ello es una prioridad, dar fortaleza a las autoridades locales y a los fondos de compensación más allá del ámbito de las actividades administrativas pero acotadas en el uso de los fondos, lo

²⁷⁹ Lo que proporciona un margen rentable a los médicos generalistas proveedores de servicios ambulatorios en Alemania, es el monopolio legal de la asistencia sanitaria ambulatoria. Lo que significa que los hospitales no pueden ofrecer estos servicios, las referencias hacia niveles superiores no están pre-contratadas ni sujetas a beneficios adicionales que impidan la competencia libre y el establecer el derecho a decidir sobre consultorios propios, sin negociación con las cajas de enfermedad que son los responsables financieros proporciona los incentivos necesarios para un sistema eficiente.

que permitiría la organización libre de los proveedores.²⁸⁰ Por lo tanto, como puede observarse la separación administrativa y la desconcentración de los organismos que conforman los subsistemas de salud es un elemento necesario, así como la configuración de cámara u organizaciones gremiales con capacidad de negociación de precios y tarifas etc.²⁸¹

El diagrama 3, muestra la agrupación y reorganización de las instituciones financieras, proveedoras y reguladoras del sistema de salud alternativo.

Diagrama 3. Organización y supervisión del modelo alternativo de salud



Fuente: elaboración propia

En nuestro país deben asimilarse estrategias de organización similares a la alemana en cuanto al papel que cada organización desempeña de esta forma el seguro nacional y el seguro privado pueden operar conjuntamente, toda vez que las cajas de enfermedad y/o los

²⁸⁰ En Alemania, la conexión entre las autoridades y las organizaciones son el comité de valuación, el instituto para la reinversión en los hospitales, el comité de la junta federal, la organización de pacientes acreditados y el instituto para la calidad y la eficiencia. Las relaciones se establecen a través de negociaciones contractuales, derechos de libre elección, mecanismos de supervisión, etc.

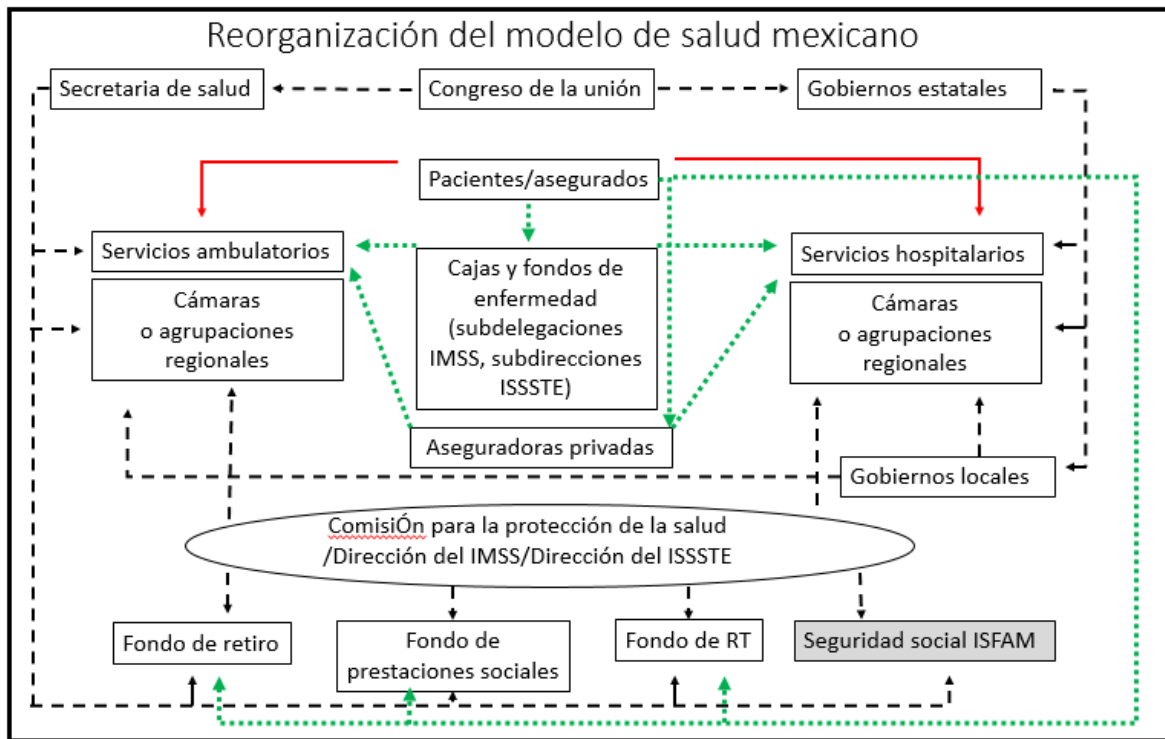
²⁸¹ Por citar un ejemplo: *Mientras que la Secretaría de Salud todavía financia y controla una serie de proveedores de tercer nivel - los Institutos Nacionales de Salud (SNS) y hospitales generales en la Ciudad de México - la responsabilidad de la entrega de la mayoría de los servicios de salud por el Ministerio de Salud se ha descentralizado a las instalaciones a nivel estatal (SHS). (OCDE: 2002)*

El nivel terciario y los institutos de alta especialidad del Ministerio de Salud y SHS, se financian principalmente a través del gobierno federal, subvenciones y participación en los costos, mientras que el sistema de SS posee financiamiento propio (OCDE: 2002)

Actualmente el IMSS se divide en cuatro regiones (Frente a las siete debido a los altos costos administrativos). Cada región tiene supervisión sobre sus delegaciones estatales y es responsable de la planificación y el control estratégico. Las Delegaciones, así como hospitales de alta especialidad, gozan de autonomía en la contratación de equipos, medicamentos y decisiones de inversión de pequeño hospital. Las delegaciones reciben sus presupuestos en una base histórica, que incluyen principalmente los gastos de nómina (cerca de 75% del gasto corriente total). Los fondos restantes se distribuyen sobre la base de una fórmula que tiene en cuenta diferencias en la morbilidad, edad y sexo de la población atendida. La administración central evalúa el presupuesto y los gastos de las delegaciones cada tres meses. por su parte el Ministerio de Salud y Seguridad Social se ha reorganizado en ocho áreas con dos o tres subdivisiones cada uno.

fondos de salud mantengan una comunicación fluida con respecto al pago a las asociaciones regionales de médicos quienes se encargan de los pagos individuales²⁸²

El siguiente diagrama presenta el modelo alternativo completo tanto la estructura de organización como los flujos de financiamiento del sistema mexicano de salud con todas las adaptaciones mencionadas. Esta propuesta intenta suplir la fragilidad financiera que representan los ingresos fiscales en nuestro país, evitar en lo posible que el financiamiento recaiga en formas regresivas como lo es el uso del Impuesto al Valor agregado (IVA) enfatizando en que la reorganización es necesaria pero aun así los niveles de financiamiento deben elevarse una vez justificado con resultados la viabilidad del nuevo sistema de salud mexicano.



Fuente: elaboración propia

Notas:

- (línea negra punteada) Supervisión
- (línea roja continua) Demanda de servicios
- (línea verde punteada) Flujos financieros

²⁸² Desde 2003, en Alemania las cajas de enfermedad pagaban subvenciones a las asociaciones regionales de médicos en función de la población de asegurados en la región. Las asociaciones de los médicos tienen que distribuir estos pagos totales entre sus miembros de acuerdo con una "escala uniforme de valor" y regulaciones adicionales. (OMS: 2004)

Todos los procedimientos médicos aprobados se enumeran en la escala de valor uniforme

Cada servicio se le asigna un número de puntos y enumera ciertas condiciones previas para solicitar el reembolso, como las indicaciones particulares de uso o exclusiones de otros servicios durante la misma visita. Al final de cada trimestre, cada médico en el consultorio factura a la asociación de los médicos para el total de puntos de servicios entregados. Mientras que los médicos reciben pagos mensuales basado en las cifras anteriores, su reembolso real dependerá de una serie de factores:

- a) El presupuesto total negociado con las cajas de enfermedad se divide por el total número de puntos entregados y reembolsables para todos los servicios dentro de la asociación de médicos regionales, de tal manera que el valor monetario de cada punto no se puede predecir, ya que depende del número total de puntos.
- b) El valor monetario se utiliza para calcular la remuneración trimestral de los médicos.
- c) El reembolso real puede ser modificado adicionalmente a través de la Escala de Remuneración de distribución que es diferente para cada asociación de los médicos.

El diagrama muestra un proceso de reorganización del modelo mexicano hacia la eliminación de los segmentos tradicionales existentes comprendiendo la seguridad social como la conocemos como una parte de un todo homogéneo en cobertura, tarifas y tipos de servicios, lo mismo ocurre con programas de asistencia como el seguro popular todo ello bajo un enfoque de atención médica de dos tipos: atención ambulatoria y atención especializada.²⁸³

Como se muestra en el diagrama los asegurados demandan servicios en todos los niveles y hacen su contribución a cada fondo según su interés de cobertura. Los asegurados por coberturas privadas hacen el mismo proceso demandando servicios del sistema, pero con beneficios adicionales de carácter suntuario relacionados con el confort de la atención médica.²⁸⁴ Finalmente, el diagrama resalta la división por actividad atendida y no por organización proveedora, distinguiéndose además las diferencias en la administración de las fuentes financieras y resaltando que la estructura de financiamiento requiere la conformación de agrupaciones representativas a nivel regional y/o estatal que representan el último eslabón entre la recaudación y la liquidación de los pagos por servicios y la negociación de las tarifas y protocolos de servicio.

A manera de conclusión final podemos decir que esta recomendación se ha basado en la hipótesis de que un sistema de salud pre-condicionado por una estructura fragmentada históricamente encuentra en las bases del financiamiento un elemento de refuerzo en la dirección de las políticas neoliberales que se imponen por sobre las necesidades de la población. En consecuencia la transición del modelo de salud mexicano debe girar a una alternativa paralela a la seguridad social y al modelo universalista actual, una alternativa que considere la conformación de un sistema nacional de salud homogeneizado bajo la premisa de prestar servicios de cobertura total e integral a su población, sin dejar de tomar en cuenta que esta transmisión debe limitar el efecto del proceso privatizador actual, por lo que hacer partícipe del sistema de salud a los agentes privados es una condición necesaria y fundamental, pero este ordenamiento necesita una reestructuración parcial de las instituciones, dirigiendo los esfuerzos a eliminar las barreras que produce el conflicto entre la disposición de sus recursos y las necesidades médicas de la población como consecuencia de la influencia de la ideología predominante.

²⁸³ Nótese que hasta este momento la reconstrucción es financiera y solo refiere el flujo de fondos que alimenta cada actividad de cuidado.

²⁸⁴ En Alemania, las compañías de seguros médicos privados se basan en pago-por-servicio y son determinados por el Ministerio Federal de Salud y Seguridad Social, que se aconsejado por la Cámara Federal de médicos mantiene un Catálogo de Tarifas de los médicos, donde cada procedimiento posee un número de tarifa y un cierto número de puntos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Arredondo, A. Nájera, P. y Leyva, R. (1999). *Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios*. Salud Pública. Vol. 41(1):18-26. Centro de Investigación en Salud Poblacional: INSP, México.

Arredondo A. (2002). *El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México: cambios, tendencias y evidencias, 1990-2000*. Instituto Nacional de Salud Pública. México

Arredondo A. (2011) *Costos de la diabetes en América Latina*. Value in health vol. 14 2011. Citado en: CNN México.com. Pérez de León Verónica. 06/13/2011.

Ayala J. (1996). *Mercado, elección pública e instituciones: una revisión de las teorías modernas del estado*. Porrúa-UNAM. México.

Ayala J. (2001). *Estado y desarrollo: la formación de la economía mixta mexicana en el siglo XIX*. UNAM. México.

Barba, C. (2012). *La reforma del sistema de salud mexicano: eludiendo la universalización del derecho a la salud*. En Ramirez, B. y Ham R. Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México. (pp. 75-93). UNAM-CFN. México.

Barba, Carlos. (2014). "La seguridad social mexicana y sus carencias", en Encrucijadas, prospectivas y propuestas sobre la seguridad social en México. Ramirez y Ham (coord).UNAM-CFN.

Beveridge, W. (1946). *Las bases de la seguridad social*. 2ª. Edición. Fondo de Cultura Económica. México.

Cardenas, E. (2013). *El México de 2013, Propuesta para transformar el sistema nacional de salud*. Centro de Estudios Espinoza Yglesias. México.

Cordeiro, H. (1980). *A indústria da saúde no Brasil*. En Laurell, A. (2013). Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. (pp. 111) CLACSO. Argentina.

Enríquez Ernesto, Frati Alberto, González Eduardo Coordinadores. (2005). *Hacia una política farmacéutica integral para México*. Secretaría de Salud. México.

Frenk, J. (1994). *La salud de la población hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica. México. 1994.

Furtado, C. (1964). *Dialéctica del desarrollo*. FCE. México.

Gonzalez, Dulce H. (2009). *Análisis del esquema de seguridad social con base en la ley del ISSSTE y del IMSS*. UNAM. México.

- Guillermo Soberón, et al., compiladores. (1988). La salud en México testimonios. Tomo III desarrollo institucional del IMSS, ISSSTE. Biblioteca de la salud. FCE. México.
- Gutiérrez A. Angelina. (2002). México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina. UNAM-IIEc-Siglo XXI. México.
- Himmelstein, D. y Wollhandler, S. (1990). The corporate compromise: a marxist view of health policy monthly review. En Laurell, A. (1994). *La salud: de derecho social a mercancía. In: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. UNAM. México
- Hsiao William C. L. (1995). The chinese health care system: lessons for other nations. Elsevier Science Ltd. 0277-9536(94)0042. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, No. 8, pp. 1047-1055, Great Britain.
- Keynes, J. (1935). Teoría general de la ocupación el interés y el dinero, FCE. Mexico.
- Keynes, J. (1972). Ensayos sobre intervención y liberalismo. ORBIS. México
- Kumate, J. (1992). Medicina preventiva, medicina curativa y salud pública. En Narro (1993). *La seguridad social y el estado moderno*. FCE. México.
- Laurell Cristina. 2013. *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO. Argentina.
- Levy, N. (2006). En Correa, E., Girón A. (2006). Reforma Financiera en América Latina. UNAM-IIEc-CLACSO. México.
- Linstead Rachel. (2010). Health Care System Structure and Delivery in the Republic of Korea Considerations for Health Care Reform Implementation in the United States.
- Luna G. Sandor J. (2011). Modelo de gestión en las unidades médicas del ISSSTE. Consideraciones sobre el fortalecimiento de la desconcentración innovaciones y mejora. UNAM. México
- Macías, A. (2014). *Gasto Público en Salud 2013-2014*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. México.
- Minsky, H. (2008). *Stabilizing an unstable economy*. McGraw Hill. USA.
- MYRDAL, G. (1956). Solidaridad o desintegración. FCE. México.
- MYRDAL, G. (1960). *El estado del futuro*. FCE. México.
- Narro, J. y Moctezuma, J. (1992). *La seguridad social y el Estado moderno, Instituto Mexicano del Seguro Social*. Fondo de Cultura Económica e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México.
- Narro, J. (1993) *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI*. Fondo de Cultura Económica. México. 1993.

Prebisch, Raúl. (1949). *El desarrollo económico en América latina y algunos de sus principales problemas*. CEPAL. ONU

Polanyi, Karl. (1975). *La gran transformación*. JP. México.

Ramirez, Berenice. y Ham R. (2012). *Encrucijadas, perspectivas y propuestas sobre la seguridad social en México*. UNAM-CFN. México

Ramírez, B. (1999). *La Seguridad social: reformas y retos*. Porrúa. Mexico.

Relman (1980). A the new medical industrial complex. *New England journal of medicine*. Pp. 963-970. En Frenk, J. (1994). *La salud de la población hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica. México. 1994.

Reyes, José F. (2009). *Sector asegurador en México. Reestructuración, grupos financieros y crisis, 1980-2005*. IIEc., UNAM. México.

Soto Sara. (2012). El sistema sanitario en Japón. Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Tokio. ICEX. España.

Smith Adam. (1776). *La riqueza de las naciones*. Libros I, II, III, IV, V. Alianza. México. 2014

Solís Soberón Fernando y F. Alejandro Villagomez, Comp., (1999). *La Seguridad Social en México*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 402 pags.

Soto, Jorge. (2012). La seguridad social mexicana y sus carencias. En *Encrucijadas, perspectivas y propuestas sobre la seguridad social en México*. Ramirez, B. y Ham, R. (2012). UNAM-CFN. México.

Timbergen, J. (1958). *La planeación del desarrollo*. FCE. México.

Tovar Rodolfo. Asesor Levy Carlos. (2008). *La reforma de los sistemas de Seguridad social. Tendencia Latinoamericana. Estudio de caso: EL ISSSTE*. Tesis de Licenciatura en relaciones internacionales. UNAM. México

JOURNALS:

Arredondo A. (2003). *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. Foro de Federaciones SSA. México.

Calcagno, Alfredo. (2012). ¿Can austerity work? *Head, Macroeconomic and Development Policies Branch, United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD)*. Review of Keynesian Economics, Inaugural Issue, Autumn, pp. 24–36 UK and USA.

Cortés Cervantes Dagoberto. (2010). *Corresponsabilidad de la iniciativa privada y el gobierno en la difusión de medicamentos genéricos intercambiables.*, en Situación del sector

farmacéutico en México. Comité de competitividad, centro de estudios sociales y de opinión pública. México

Durán Luis, Aldaz Vanesa, Hernández Luz, García Luis. 2010. Los seguros médicos privados en México: su contribución al sistema de salud. UNAM. MEXICO
http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/03_mar_2k10.pdf

Frenk, J., Lozano R., González-Block Ma., et al. (1994). *Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*. Fundación Mexicana para la Salud, México.

Grahl, J. (2013). *Global finance and Social Europe*. Cheltenham. UK.

Gutmann, R. (2009). Una introducción al capitalismo conducido por las finanzas. Homenaje a John Kenneth Galbraith. Ola financiera. No. 2. Enero-abril. 2009. UNAM. México.

Homedes, N., Ugalde, A. (2006). Nuevo León and Tamaulipas. Opening and closing a window of opportunity. En Homedes, N. Ugalde, A. *Decentralizing health services in Mexico*. (Pp231-268). La Jolla: Center for U.S.-Mexican Studies, University of California-San Diego. U.S.A.

LONDOÑO, J. y FRENK, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, N° 41: 1-36 En Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO. Argentina.

Marracino Camilo. 1995. Modas, modelos y sistemas de la atención medica

Montalbán Matthieu, Mustafa Erdem. (2011). Como la financiarizacion afecta el panorama de los modelos productivos en la industria farmacéutica: la dominación y las contradicciones del modelo productivo de éxitos de taquilla. *Université de Bordeaux*.

Moreno J C. 2009. La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación [disertación]. Proyecto conjunto del CIDE y Fundación Ford. 36

Onofre, et al. Coord. (2012). Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud. Componente de salud de una propuesta de seguridad social universal. CONEVAL. Centro de Estudios Económicos y sociales en salud (CEESES).

Pascual Antonio. (2010). *Garantía de abasto en las farmacias* en Situación del sector farmacéutico en México. Comité de competitividad, centro de estudios sociales y de opinión pública. México

Reyes, J. (2012). *Política pública de la oferta hospitalaria en Guanajuato en Salud economía y Sociedad*. ide@s CONACYTEG 7. (84). Junio de 2012. Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES) Unidad León. México

Rodríguez Tomás. (2010). *Objetivos, estrategias y acciones para incrementar*

La competitividad en Situación del sector farmacéutico en México en Situación del sector farmacéutico en México. Comité de competitividad, centro de estudios sociales y de opinión pública. México

Sevilla Francisco. (2006). La universalización de la atención sanitaria. Sistema nacional de salud y seguridad social. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. España.

Soberon, F. Frenk. J. y Sepulveda. (1986). *The health care reform in Mexico. Before and after the 1985 earthquakes*. American journal of public health. 673-680.

Sosa C. et al. (2007). El componente privado del sistema de salud: producción, establecimientos y personal ocupado en Síntesis Ejecutiva 17. Septiembre Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud México, D. F.

Reportes Electronicos

FRANCO, S. (2012). El colapso del sistema de salud y las alternativas en ciernes. En <www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/2958-el-colapso-del-sistema-de-salud-y-las-alternativas-en-ciernes.html>. En Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO. Argentina.

"The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't", by William Baumol, 2012. © 2012 The Economist Newspaper Limited. All rights reserved. De The Economist, traducido por Diario Libre y publicado bajo licencia. El artículo original en inglés puede ser encontrado en www.economist.com

Gomes da Conceicao Maria Cristina. (2002). Servicios de Salud en México. Indicadores de Cobertura y Uso de Servicios. FLACSO/México. * Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

Lara di Lauro, Eduardo. (2005). Seguros de Salud: Factores para Impulsar su Crecimiento Milliman México Salud. MEXICO

Laurell, A. (2001). "Health reform in Mexico: The promotion of inequality". Int J Health Serv. 31(2):291-321.

Sevilla Francisco. (2006). La universalización de la atención sanitaria. Sistema nacional de salud y seguridad social. Fundación Alternativas. España

Soto Sara. (2012). El sistema sanitario en Japón.

Tamez Silvia et al. (1995). Lo Público y lo Privado; las Aseguradoras y la Atención Médica en Mexico. Public and Private: Insurance Companies and Medical Care in Mexico.

Tobar Federico. (2002). Modelos de gestión en salud. Buenos Aires.

Winslow, H. (1920). *Concepciones modernas de salud para el médico y el público*. The new public health. Canadá.

Publicaciones de Organismos y Países

Banco Mundial. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud. Washington D.C. U.S.A.

Comercio exterior. (2006). La industria farmacéutica en México., Vol. 56, Núm. 3, Marzo. México.

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, (2012)

Comité de competitividad, centro de estudios sociales y de opinión pública. (2010). Situación del sector farmacéutico en México.

China's health care system. (2013). Swedish Agency for Growth Policy Analysis
www.growthanalysis.se

Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2010. [En línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 01 abril 2012].

Fitch ratings, (2015).

OMS. (2002). Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. Ginebra Segunda edición

OMS. (2008). Commission on Social Determinants of Health.

Organización Mundial de la Salud:

- Expanding insurance coverage to informal sector populations: Experience from Republic of Korea. (2010). Hyoung-Sun Jeong. *World Health Report. Background Paper, No 38*. Health systems financing.
- Financial risk protection of National Health Insurance in the Republic of Korea: 1995-2007. (2010). Xu Ke, Jeong Hyoung-Sun, Saksena Priyanka, Shin Jeong-Woo, Mathauer Inke, Evans David. *World Health Report. Background Paper, No 23*. Health systems financing. OMS.
- Health care systems: France. (2012). Green David, Irvine Benedict. Update by Clarke Emily (2012) and Bidgood Elliot (2013). CIVITAS.
- Health Care Systems in Transition: Germany (2004). Reinhard Busse, Annette Riesberg

- Health care systems: Germany. (2013). Green David, Irvine Benedict. Update by Clarke Emily (2012) and Bidgood Elliot. CIVITAS.
- Health insurance systems in China: A briefing note. (2010). Barber Sarah and Yao Lan. *World Health Report. Background Paper, No 37*. Health systems financing. OMS.
- Health Systems in Transition (2013). *Canada. Health system review*. Gregory P. Marchildon. European observatory on health systems and policy. Vol. 15 No. 1
- Health Systems in Transition (2013). USA. Thomas Rice • Pauline Rosenau Lynn Y. Unruh • Andrew J. Barnes Richard B. Saltman • Ewout van Ginneken (editors). European observatory on health systems and policy. Vol. 15 No. 3
- Health systems review: Spain. (2010). Garcia-Armesto Sandra, Abadía-Taira María B., Durán Antonio, Hernandez-Quevedo Cristina, Bernal-Delgado Enrique. *Health systems in Transition*. Vol. 12 No. 4. European observatory on health systems and policies.
- Health systems review: France. (2010) Chevreaul Karine, Duarand-Zaleski Isabelle, Bahrami Stéphane, Hernandez-Quevedo Cristina, Mladovsky Philipa. *Health systems in Transition*. Vol. 12 No. 6. European observatory on health systems and policies.
- Health systems review: United Kingdom (England). (2011). Boyle Sean. *Health systems in Transition*. Vol. 13 No. 1. European observatory on health systems and policies.
- Health systems review: Germany. (2014). Busse Reinhard, Blümel Miriam. *Health systems in Transition*. Vol. 16 No. 2. European observatory on health systems and policies.
- Health systems review: Republic of Korea. (2009). Chun Chang B., Kim Soon Y., Lee Jun Y., Lee Sang Y., *Health systems in Transition*. Vol. 11 No. 7. European observatory on health systems and policies
- The path to universal coverage the chielan experiance. (2010). Eduardo Missoni and Giorgio Solimano. *World Health Report. Background Paper, No 4*. Health systems financing. OMS.

IMSS. (2012). Coordinación de Contabilidad y Trámite de Erogaciones, con integración de cifras de la Coordinación de Presupuesto e Información Programática.

IMSS. (2008). Asegurados del SSFAM; LSS y estimaciones de la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales

INEGI. (2010). Nueva construcción de variables de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

KPMG (2006). La Industria Farmacéutica en México. Cárdenas Dosal, S.C. Programa de industrias.

OPS. (1992). Auspicio el libro. La crisis de la salud publica reflexiones para el debate publicación científica número 540. Washington DC.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2002). Reviews of Health Systems. (México).

OCDE. (2005). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Paris

Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo en el 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.

Poder Ejecutivo Federal. Programa De Reforma Del Sector Salud, 1995-2000.

PROMEXICO. (2012). Industria Farmacéutica Unidad de Inteligencia de Negocios
Organización Mundial de la Salud. 1988. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. Segunda edición

Secretaría de Salud. (2004). Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México. México.

Secretaría de Salud. (2004). Salud México 2003. Información para la rendición de cuentas. México DF. 2004

Secretaría de Salud. (2004). Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas. México DF: 2005.

Secretaria de Salud. (2002). Social security programs throught the world. Social security administration. Washington. 2002

Secretaría de Salud. (1994). “Cuadernos 4 de Salud” (“Organización y funcionamiento, Descentralización de los Servicios de Salud: El desafío de la diversidad” en Cuadernos (4) de Salud (4)”) SSA, Primera edición, 1994 México, DF.

Secretaría de Salud. (2004). Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México, México.

Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006; La democratización de la salud en México, hacia un sistema universal de salud, Plan Nacional de Desarrollo.

Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 01 abril 2009].

Secretaria de salud Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2007. [En línea]:

Secretaría de Desarrollo Social. (2005). Los objetivos de desarrollo del milenio en México: Informe de avance 2005. México D.F.: Gabinete de Desarrollo Humano y Social. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/pagina_principal/archivos/avance05_inf_comp.pdf

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2012.

The Washington Post. (2015). Friday, April 10. *Todo lo que siempre quiso saber sobre el cuidado de la salud de Canadá*. By Sarah Kliff Julio 1, 2012.

<http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2012/07/01/everything-you-ever-wanted-to-know-about-canadian-health-care-in-one-post/>

Páginas electrónicas:

Medical Group <http://www.medicalgroupmexico.com/2015/informacion.shtml>

DOF, LEY DEL ISSSTE. 2007. www.hidalgo.gob.mx/descargables/leydelissste.pdf

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2007*. [En línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. [México]: <http://www.sinais.salud.gob.mx> [Consulta: 01 abril 2009].

Secretaría de Salud. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2010. [En línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx> [Consulta: 01 abril 2012].

CANIFARMA 2015. Datos económicos consulta 26-08-2015 www.canifarma.org.mx

EL UNIVERSAL. 2015. El IMSS sí se privatiza. Política. Opinión. Rafael Ricardo. 30/07/2015, 02:04. <http://www.eluniversal.com.mx/entrada-de-opinion/columna/ricardo-raphael/nacion/2015/07/30/el-imss-si-se-privatiza>