EL COLEGIO DE MÉXICO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES

LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL IMSS A PARTIR DE LA REFORMA DE 1995.

T E S I S
PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PRESENTA:

ARTURO VARGAS BUSTAMANTE

Director: Dr. Gerardo Esquivel

MÉXICO, D.F. MAYO DE 2001.

AGRADECIMIENTOS

Para realizar este trabajo recibí ayuda de muchas personas. En primer lugar, de mi director Gerardo Esquivel, quien me guió por el intrincado camino de elaboración y correción de esta tesis. Le agradezco la meticulosa lectura que siempre hizo, sus sugerencias, su disposión y ante todo su sinceridad. De igual manera, a Heberto Taracena quien siempre tuvo tiempo de leer y criticar esta investigación a pesar de su elevada carga de trabajo. Al haber compartido conmingo sus experiencias en la reforma del IMSS me ayudó a plantear y elaborar este tema. Carlos Matute me orientó en las primeras fases de elaboración para contactar mis fuentes de información y a definir mejor mi problema de estudio. La profesora Rebecca Barriga aceptó amablemente leer esta tesis para sugerirme correcciones de estilo. La profesora María del Carmen Pardo, al obligarme a iniciar esta investigación en el último semestre de la carrera, logró que me apasionara con en mi tema de estudio y así pudiera terminarla en poco tiempo.

También deseo agradecer a todas las personas que me brindaron su confianza, su tiempo y me facilitaron información útil para mi tema de estudio: Eduardo Gonzalez Pier, Mauricio Bailón, Mauricio Reyes, Carlos Soto, Mariana Barraza, Héctor Argüelles, Alberto Garza, Katya Lucio, Alfredo Ramírez, Rosa Ma. Ramírez, Carlos Arce, Adrián Dávila, Katya Dovertín, Claudia Maldonado y Olga Palmero; a quien también le debo el trato especial que recibí en el Centro Interamericano de Estudios en Segurdiad Social. A pesar de la gran ayuda que recibí para elaborar esta tesis, es necesario aclarar que soy el único responsable de todos los errores, omisiones e interpretaciones que se encuentran aquí.

Esta investigación fue posible gracias a que tuve la oportunidad de estudiar en el Colegio de México. Por ello, agradezco a esta Institución por todas las facilidades que me otorgó para concluir mis estudios de licenciatura. Como todo alumno del Colegio que sabe valorar el privilegio de haberse formado en sus aulas, debo manifestar mi gratitud con todos los profesores que compartieron conmingo sus conocimientos y experiencias, muy especialmente al profesor Rafael Segovia, una de las personas más nobles e inteligentes que hasta ahora he conocido. También, a mi tutora, Celia Toro, quien siempre tuvo tiempo de escucharme y aconsejarme.

A mi maestro Leo Zuckermann, le agradezco la confianza que tuvo en mí y todas las facilidades que me otorgó para concluír mi tesis. Debo confesar que fui privilegiado de haber estudiado y trabajado con este hombre excepcional al que siempre le deberé mucho. Asimismo, le agradezco a otro gran amigo, Mauricio Bailón, por darme la oportunidad de involucrarme y desarrollarme profesionalmente en el sector que analizo en esta tesis. Finalmente, el reconocimiento que haré siempre a mi madre, mi padre, mi hermano y a mis abuelos, por acompañarme y apoyarme, cada quien a su manera, en todos mis proyectos. Como ellos saben muy bien, les agradezco que me hayan dado y enseñado lo que más importa en la vida.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. LA SEGURIDAD SOCIAL	8
LA DEFINICIÓN DEL TÉRMINO	9
PROBLEMÁTICA RECIENTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL	12
Cambio demográfico	13
Cambio epidemiológico	14
Déficits de cobertura	15
Recesión económica	17
Problemas administrativos y financieros	18
La "Reforma Necesaria" a los sistemas de seguridad social	19
EL MERCADO DE LA SALUD	21
Fallas de mercado en los servicios de salud	22
Fallas de mercado en los seguros médicos	24
LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN LA SALUD	30
Los objetivos de la intervención pública	31
Los modelos de intervención pública	33
Fallas de gobierno	40
LINEAMIENTOS GENERALES DE REFORMA	48

2. LAS REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO 53

PROBLEMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 56

Inequidad en la distribución de los recursos 57

Ineficiencia y baja calidad en los servicios 58

FENÓMENOS EXTERNOS QUE AFECTAN EL SISTEMA DE SALUD 60

La transición demográfica 61

La transición epidemiológica 64

Cambios económicos 67

LA REFORMA AL SECTOR SALUD 68

LAS REFORMAS AL IMSS 72

Reforma al Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) 75

Reforma al Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (SIVCM) 79

Reforma al Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) 85

3. EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL IMSS 89

Ventajas y desventajas del nuevo esquema financiero 93

Incremento de la cobertura 103

FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PARA LOS PENSIONADOS 107

Evaluación del financiamiento para pensionados del IMSS 109

Proyecciones y supuestos 110

Resultados 112

Simulaciones 114

ALTERNATIVAS PARA LOS PENSIONADOS 117

4. LA MODIFICACIÓN A LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL IMSS 120

Fallas en los diferentes niveles de atención 121

DESCONCENTRACIÓN DEL IMSS 124

NUEVOS MECANISMOS DE PRESUPUESTACIÓN 127

Plan piloto para la libre elección de médicos familiares 129

CREACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 134

Los grupos relacionados de diagnóstico (GRD´s) 135

Indicadores de calidad 138

MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS 140

Criterio de costo-beneficio 143

Contratación externa y copagos 144

LA RESPUESTA A LAS FALLAS DE MERCADO Y DE GOBIERNO 146

5. NUEVOS ESQUEMAS PÚBLICO-PRIVADOS EN EL SECTOR SALUD 151

LA MEDICINA PRIVADA EN MÉXICO 153

LOS INTENTOS POR MODIFICAR EL ESQUEMA ACTUAL 156

La subrogación y la reversión 159

Propuestas de reglamentación de la medicina pre-pagada 163

INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES) 165

La operación de las ISES 167

Los objetivos de las ISES 172

ISES ¿Un camino alternativo para la prestación indirecta de servicios de salud en el IMSS? 176

LA RESPUESTA A LAS FALLAS DE MERCADO EN LA SALUD. 180

CONCLUSIONES 187

BIBLIOGRAFÍA 194

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

		Pág
I.1	Fallas de mercado en el mercado de la salud	29
I.2	Modelos de intervención pública	40
I.3	Fallas de gobierno	47
2.1	Cobertura del sistema nacional de salud en el año 2000	55
2.2	Estructura de edades en México	63
2.3	Causas de muerte en México	66
2.4	Sistema mexicano de salud en la actualidad	70
2.5	Sistema mexicano de salud propuesto	71
2.6	Primas del SRT como % del SBC	76
2.7	Síntesis de las reformas al IMSS (excepto SEM)	88
3.1	Relación ingreso-gasto del SEM	90
3.2	Primera etapa de la reforma: 1997	92
3.3	Segunda etapa de la reforma: 2007	92
3.4	Nueva estructura financiera en años anteriores a la reforma	95
3.5	Contribuciónes al SEM en 1997	97
3.6	Contribuciones patronales (1996 vs. 1997)	98
3.7	Contribuciones del gobierno (1996 vs. 1997)	98
3.8	Contribuciones del trabajador (1996 vs. 1997)	98
3.9	Contribuciónes al SEM en 2007	99
3.10	Contribuciones patronales (1996 vs. 2007)	100

3.11	Contribuciones del gobierno (1996 vs. 2007)	100
3.12	Contribuciones del trabajador (1996 vs. 2007)	100
3.13	Evolución de gastos médicos para pensionados del IMSS	109
3.14	Evolución de la PEA y los pensionados	112
3.15	Gastos en salud en dos proyecciones	112
3.16	Escenario 1: Gastos sin IPS	114
3.17	Escenario 2: Gastos con IPS	114
3.18	Simulaciones con el SM y la aportación sobre SBC	116
4.1	Ausentismo total (programado y no programado) del personal en el IMSS.	141
4.2	Crecimiento de trabajadores y derechohabientes del IMSS.	142
4.3	Costo del personal del IMSS	143
4.4	Respuesta a fallas de mercado y de gobierno dentro del IMSS	149
5.1	Respuesta de las fallas en el mercado privado de la salud	186

INTRODUCCIÓN

Las reformas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), previstas en la nueva *Ley del Seguro Social* (LSS) de diciembre de 1995 plantearon la transformación del Instituto en sus esquemas de financiamiento, organización, y prestación de servicios.[1] El espíritu que guió este conjunto de cambios fue el de poder garantizar la provisión de los servicios del IMSS en el futuro, de acuerdo con el nuevo entorno nacional e internacional. Al mismo tiempo, se propuso superar paulatinamente los déficits de cobertura, eficiencia y calidad acumulados en el pasado. Estos cambios parten de un proyecto ambicioso de modificación al sistema mexicano de salud que en el largo plazo busca transformar su organización actual de acuerdo con la nueva situación económica, demográfica y epidemiológica que se vive en México. Los cambios en el sistema de pensiones y de salud en el IMSS también coinciden con las reformas que se realizan en otros países de América Latina con la asistencia del Banco Mundial y el Banco Inter-Americano de Desarrollo.[2]

En México, las modificaciones a la seguridad social no abarcaron, en un primer momento, la totalidad de los programas existentes. Sin embargo, las reformas al IMSS fueron de suma importancia, porque éste es el organismo público que provee de seguridad social al mayor número de derechohabientes en el país.[3] En perspectiva, podría afirmarse que el cambio en dicho Instituto fue la reforma económica y social más importante realizada durante la administración del presi-

---

[1] Véase IMSS, *Ley del Seguro Social Comentada*, México, 1996, vol. 1,2 y3.

[2] Sobre estas reformas véase World Development Report, *Investing in Health*, New York, Oxford University Press y World Bank, 1993.

[3] Según cifras oficiales de 1999, 35.8% de la Población Económicamente Activa hacía contribuciones obligatorias al IMSS. Con la posibilidad de proteger a los familiares directos de los trabajadores, el IMSS aseguraba a 44,602,000 habitantes, lo que representaba 45.5% de la población mexicana.(IMSS, *Reporte de gestión*, (www.imss.gob.mx))

dente Ernesto Zedillo, no sólo por la cuantía de los costos de transición, sino también por los beneficios esperados en el largo plazo.

En concreto, el conjunto de modificaciones al IMSS incluyen cambios importantes en los cuatro seguros que administra el Instituto y que abarcan la totalidad de sus funciones: el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (SIVCM), el Seguro de Riesgo de Trabajo (SRT), el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS), y el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). En el SIVCM se creó un nuevo esquema de cuentas individuales para el retiro administradas por organismos públicos y privados, donde cada trabajador hace aportaciones obligatorias y voluntarias para su propio retiro. En el SRT se diseñaron nuevos mecanismos para la selección de riesgos, aportaciones patronales y administración de pagos. En el SGPS se promovió el crecimiento de las guarderías participativas y se pusieron límites a los recursos que se podían destinar a las prestaciones sociales. En el SEM se modificó la estructura de financiamiento del Seguro, aumentando significativamente las aportaciones gubernamentales y cambiando el esquema de aportaciones patronales, se crearon nuevos esquemas de afiliación voluntaria y subsidiada por el gobierno federal, y se propuso un nuevo modelo de gestión para ampliar la cobertura y mejorar la administración del Seguro.

El SEM se encarga de los servicios de salud básica, de mediana y gran complejidad que provee el IMSS a sus derechohabientes. Desde su creación en 1945, funcionó con déficits actuariales, porque las aportaciones tripartitas (empleado, patrón, gobierno) no cubrían la totalidad de los costos del Seguro ni las inversiones relacionadas al sector. Con frecuencia se recurrió a los recursos del sistema de pensiones (SIVCM y SRT) y de las guarderías para financiar el crecimiento y

operación del SEM.[4] El desarrollo administrativo de este seguro estuvo ligado al modelo burocrático altamente centralizado. En un primer momento (1945-1975), este modelo fue muy útil para la ampliación de la cobertura pero con el tiempo se volvió obsoleto, costoso y perjudicial para su operación y futura expansión; principalmente, por su falta de flexibilidad para adaptarse a las variaciones en la oferta de los insumos médicos y a los cambios en la situación económica, demográfica y epidemiológica del país.

Desde los años 70 se empezó a vivir una época de fluctuaciones económicas que generaron inestabilidad e incertidumbre en los recursos disponibles para la operación del SEM. En esta misma década, se llevaron a cabo planes de control de la natalidad, que sumados a los fenómenos de mayor urbanización y educación en el país, provocaron un cambio acelerado en la composición de la población. Por un lado, disminuyó el ritmo de crecimiento de la natalidad, y por el otro, aumentó el ritmo de crecimiento de la población mayor de 65 años. Este cambio en la situación demográfica del país, alteró la composición de la demanda de servicios médicos, que en los próximos cincuenta años se reflejará en un crecimiento exponencial de los recursos necesarios para la atención médica de la población envejecida.[5] Finalmente, los mismos fenómenos de urbanización, educación y cambio demográfico se vieron reflejados en una variación en el patrón de enfermedades a las que debía atender el sistema de salud mexicano.

Desde 1989 se canceló la posibilidad de cubrir los déficits del SEM con los recursos de otros seguros.[6] Esta situación hizo inminente una reforma del ramo de enfermedades y maternidad para

---

[4] Estudios económicos de la OCDE, *México 1998, Reformas al sistema mexicano de salud*, Paris, OCDE, 1998. p. 114.

[5] En otros países que en la actualidad viven esta situación, se ha visto que el crecimiento de los gastos médicos para los adultos mayores es superior al crecimiento en los gastos en pensiones monetarias para este grupo. En México, el crecimiento en el gasto de servicios médicos de pensionados se duplicará cada 10 años desde el año 2000 hasta el año 2070. (IMSS, *Aportaciones al debate*, México, 1997., p. 42.)

[6] Curiosamente la reforma en la que se cancelaron los "préstamos" del fondo de pensiones al SEM se realizó en el periodo en el que Ricardo Garcia Sainz fue Director General del IMSS. Posteriormente, en su posición de Diputado

que la oferta de servicios médicos del IMSS pudiera ser congruente con la demanda esperada en el largo plazo. Con la reforma al sistema de pensiones de 1995 también se propuso reformar el esquema de financiamiento y operación del SEM. De acuerdo con el modelo de reforma del BM, a todo cambio en el sistema de pensiones le debía seguir una modificación paralela en los servicios médicos provistos por los institutos de seguridad social del Estado. En otros países de América Latina, las reformas en este rubro consistieron en modificaciones institucionales, administrativas y en la participación del sector privado. Este nuevo esquema tiene la intención, por un lado, de elevar la calidad en la atención, modificar la estructura de pagos a los proveedores médicos, y reducir la concentración de beneficios en los sectores más ricos de la población. Por el otro, se pretende incluir a los grupos sociales que no tienen acceso a la seguridad social y corregir las fallas de mercado asociadas con los servicios de salud.

En México, la reforma al SEM tiene el objetivo de reducir el déficit de cobertura del Seguro, al proyectar una tasa de aumento de los derechohabientes por arriba de la tasa de crecimiento de la Población Económicamente Activa (PEA).[7] Al mismo tiempo, se busca que el incremento de la cobertura no se refleje en un aumento exponencial en los costos de operación del Seguro. Por ello, se diseñó un nuevo esquema de financiamiento y gestión de los servicios de salud que tuviera la flexibilidad suficiente para adaptarse fácilmente a los cambios en la oferta y demanda de la atención médica y a la situación económica del país. Por el lado del esquema financiero, se buscaba reducir los incentivos a la evasión de cuotas y las distorsiones generadas por las altas tasas de impuestos al trabajo. Por el lado del nuevo modelo de gestión, se procuraba incrementar la

---

Federal por el PRD criticó la propuesta de reforma a la LSS en 1995 donde se mantuvo el requisito de autofinanciamiento de cada rama de rama de aseguramiento. (*El Financiero*, 11 de diciembre de 1995, p.9)

[7] De acuerdo a las proyecciones oficiales, el número de afiliados podría crecer entre 3.5 y 4% anual, lo cual significaría entre 1.5 y 2 puntos porcentuales por arriba del crecimiento de la fuerza laboral. (Secretaría de Salud, *Programa de reforma del sector salud*, México, 1995.)

eficiencia en la utilización de los recursos humanos y materiales, en la administración de los tratamientos de salud, así como mejorar la satisfacción de los usuarios del IMSS al elevar la calidad en el servicio.[8]

Estas modificaciones siguen la tendencia mundial de cambio en los sistemas de seguridad social, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En cada país, las reformas parten de coyunturas distintas; sin embargo, todas ellas buscan solucionar la crisis del modelo bismarckeano de seguridad social ligado al empleo formal y a la solidaridad inter-generacional. Este modelo ha resultado poco funcional para hacer frente a los cambios económicos, demográficos y epidemiológicos que se han presentado en los últimos años. Por ello, las reformas procuran la creación de sistemas de seguridad social mejor coordinados donde se conjuguen los esfuerzos públicos y privados en favor de la calidad y la eficiencia en los servicios.[9] Asimismo, se buscan nuevas formas para flexibilizar la incorporarse a la seguridad social para reducir los déficits de cobertura.

Los costos políticos y económicos asociados con la transición hacia un nuevo sistema de seguridad social son muy altos. En lo político, porque involucran servicios muy valorados por la sociedad, como las pensiones y los seguros médicos administrados por el Estado. En lo económico, porque el monto de recursos necesario para reformar un sistema de seguridad social es muy elevado. Generalmente, los costos tienen que repartirse entre varias generaciones, y llegan a medirse en porcentajes del Producto Interno Bruto (PIB) de cada país. Por ello, los costos y beneficios asociados con las modificaciones a la seguridad social son asuntos apremiantes en las agendas de gobierno de todos los países que, como México, han buscado garantizar la capacidad de respuesta de sus sistemas de seguridad social en el largo plazo.

---

[8] IMSS, *Lineamientos estratégicos (1996-2000)*, México, 1996.

[9] Un documento que resume claramente las reformas en países desarrollados y en vías de desarrollo es N. X. Nguyen, *Social Security Issues and Elements of Reform*, Washington, World Bank Working Papers, 1994.

El objetivo de este trabajo es analizar las modificaciones al SEM como parte de las reformas al IMSS, desde una perspectiva de análisis de políticas. Por lo tanto, se ve qué tipo de fallas de mercado y de gobierno se han tratado de resolver con las modificaciones propuestas en 1995 a la gestión de los servicios médicos del Instituto. En esta investigación se trata de mostrar que el imperativo de autofinanciamiento de cada rama de aseguramiento en el IMSS y los cambios esperados en la demanda (aumento de cobertura y nuevo perfil demográfico/epidemiológico) requieren que la gestión de los servicios médicos que el Instituto provee directamente sea más eficiente y que se procure una mayor coordinación público-privada en el financiamiento y provisión de sus servicios médicos. Para lograrlo será necesario desarrollar el mercado de la salud a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) y negociar con el Sindicato del IMSS, los médicos y demás organizaciones sociales los términos en que se deberá llevar a cabo la coordinación con el sector privado.

La tesis está dividida en cinco capítulos. En el primero, se hace un análisis sobre el concepto de seguridad social, abarcando sus antecedentes históricos, su definición por objetivos, instrumentos y programas, así como su problemática reciente. En este mismo capítulo, se ven las fallas de mercado y las fallas de gobierno asociadas con los seguros y servicios médicos, así como las opciones generales de reforma que se debaten en la actualidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

En el segundo capítulo, se describen las reformas al IMSS desde una perspectiva de modificación al sistema nacional de salud, resumiendo sus antecedentes y proyecciones. Aquí se estudian los cambios económicos, demográficos y epidemiológicos que motivaron el proyecto de reforma al sector salud. Después, se describen las modificaciones realizadas en los tres seguros del IMSS, sus justificaciones y la coyuntura en que se aprobaron.

En el tercer capítulo, se analiza la nueva estructura financiera del SEM describiendo sus ventajas y desventajas, así como las estimaciones y riesgos asociados con el crecimiento de su cobertura. En este apartado también se hace una evaluación sobre el financiamiento de los servicios médicos que recibirán los futuros pensionados, analizando los problemas asociados con la insuficiencia de los recursos que se recaudan bajo la estructura financiera actual.

En el cuarto capítulo, se tratan las implicaciones que tendrá la nueva estructura financiera del SEM en la organización y prestación de los servicios médicos del IMSS. En este apartado se estudian los cambios en la gestión interna de los servicios médicos del Instituto, principalmente la descentralización administrativa, la creación de indicadores de gestión, el análisis costo-beneficio de los tratamientos médicos, las acciones para mejorar la calidad de la atención médica, la contratación externa de servicios y los planes piloto para reformar los mecanismos de presupuestación y promover la libre elección de médicos familiares y unidades médicas. En esta parte se analiza cómo la reforma al SEM ha tratado de resolver algunas de las fallas de mercado y de gobierno relacionadas con los servicios médicos que provee el Instituto.

En el último capítulo, se analizan los problemas relacionados con la falta de una mayor coordinación entre los sectores público y privado. En este apartado, también se resumen las modificaciones recientes a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros donde se propone la creación de ISES, con el fin de ampliar y regular la participación del sector privado en el aseguramiento médico. Finalmente, se hace un análisis sobre el proyecto futuro de subrogación de cuotas del IMSS, considerando sus posibles ventajas y desventajas, y se discute cómo podría resolver este mecanismo una buena parte de las fallas de mercado relacionadas con los servicios privados de salud.

1. LA SEGURIDAD SOCIAL

El primer programa moderno de aseguramiento o seguro social surgió en Alemania durante el gobierno del Canciller Bismarck en 1883. Esta política marcó el inicio del Estado de Bienestar y de los derechos sociales, que siguieron a los derechos políticos y civiles en la clasificación que elaboró T.H. Marshall.[10] En ese entonces se creó el seguro obligatorio de enfermedades, el seguro contra accidentes de trabajo y el seguro obligatorio de invalidez y vejez. Este tipo de programas se expandieron gradualmente por Europa en una variedad de formas. Austria los introdujo en 1887, Noruega en 1902, y Francia en 1921. Estados Unidos y Reino Unido fueron los últimos países de occidente en formalizar sus programas de seguridad social en la legislación. El primero, con la promulgación de la Ley de Seguridad Social después de la Gran Depresión en los años 30, y el segundo, en 1942 después del Informe Beveridge.[11]

En América Latina se crearon los primeros programas parciales de seguridad social a principios del siglo XX, décadas antes que en Asia o África. Primero, surgieron como leyes contra accidentes de trabajo y como programas de pensiones para burócratas en Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay. En los años 40 y 50, la cobertura y servicios de estos programas fue creciendo al aumentar la presión de los grupos de interés. En este mismo período, se crearon sistemas de seguridad social en otros países como México, Colombia, Perú, Venezuela y Costa Rica.[12] El cre-

---

[10] Una vez que los derechos políticos y civiles se completaron con la extensión del sufragio universal en el siglo XIX, le siguieron los derechos sociales, también conocidos como derechos de tercera generación. (Sobre los derechos políticos, civiles y sociales véase T.H. Marshall, *Citizenship and Social Class*, cit en R. Dahrendof, *Essay in the Theory of Society*, Palo Alto, Stanford UP, 1968.)

[11] A.B. Atkinson, "Income Maintenance and Social Insurance", en A. Auerback y M.Feldstein, *Handbook of Public Econimics*, vol. II., Amsterdam, North Holland, 1987, pp.779-786.

[12] Los países menos desarrollados de América Latina, como Haití y Nicaragua crearon sus incipientes sistemas de seguridad social en los años 60 y 70. (C. Mesa-Lago, *Changing Social Security in Latin America*, Boulder, Lynne Rienner, 1994, pp.15-19.)

cimiento en cobertura y servicios de la seguridad social que ocurrió en estos años obedeció al nacimiento y auge del Estado populista, que buscó el apoyo de ciertas "clientelas" a cambio de algunos derechos sociales.[13]

LA DEFINICIÓN DEL TÉRMINO

Aunque no hay una definición universalmente aceptada de seguridad social, la Organización Internacional del Trabajo la define como:

> la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían en la desaparición o en una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte, así como la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos. [14]

Los programas de seguridad social son creados y administrados por el Estado con la finalidad de mantener el bienestar de los individuos frente a la inseguridad social y económica al otorgar beneficios económicos y servicios, o bien, al compensar la insuficiencia de ingresos de los individuos o grupos más desafortunados.[15] El concepto de seguridad social se asocian con objetivos de universalidad, solidaridad y subsidariedad. Al hablar de universalidad se entiende que el gozo de los beneficios no está necesariamente ligado a la condición social de los derechohabientes. Mientras que los componentes de solidaridad y subsidariedad se refieren a la ayuda que brindan los individuos y grupos más afortunados de la sociedad a los más desfavorecidos a través de las con-

---

[13] G. Hermet, *En las fronteras de la democracia*, México, FCE, 1989, cap. 2.
[14] F. Solís y A. Villagómez, (coord), *La seguridad social en México*, México, FCE/CIDE, 1999, p. 16.
[15] R. Burgess, y N. Stem, *Social Security in Developing Countries: What, Why, Who and How?*, Londres, LSE, 1989, p. 8.

tribuciones a los seguros sociales (equidad vertical), o bien a la ayuda mutua que existe entre varias generaciones (equidad horizontal).[16]

Concretamente, los programas que los gobiernos crean para brindar seguridad social a sus ciudadanos se dividen en programas de aseguramiento o seguro social, de asistencia social, y otros programas específicos (obligatorios patronales y voluntarios individuales).[17] El *aseguramiento o seguro social* se refiere a la protección del riesgo individual por medio de las aportaciones realizadas a un fondo común y/o a cuentas individuales. Al ser programas obligatorios, estipulados en la legislación, se pueden agrupar riesgos y diversficarlos a gran escala. Su creación, administración y regulación está encargada al gobierno, aunque en algunos casos la administración puede ser delegada al sector privado. (Solís, 1999) El gozo de los beneficios de los seguros sociales no está relacionada a la condición económica o financiera del derechohabiente sino con el tiempo y el tipo de contribuciones que hizo al seguro.

Este componente de la seguridad social incluye tres tipos de beneficios o coberturas. En primer lugar, el pago de los gastos médicos así como la compensación salarial por accidentes de trabajo. En segundo lugar, las pensiones por edad avanzada, incapacidad o muerte de algún miembro que aporte ingreso a un núcleo familiar. En tercer lugar, beneficios en efectivo y el pago de los gastos médicos originados por enfermedades y maternidad.[18]

---

[16] La equidad horizontal significa que todos los individuos que son iguales deben de ser tratados igual. La equidad vertical significa que todos los individuos que estén en posición de aportar más al fondo social deben hacerlo aunque los beneficios sean similares para todos. (J. Stiglitz, *Economics of the Public Sector*, Nueva York, Norton, 1986, pp. 336-337.)

[17] G. Redja, *Social Insurance and Economic Security*, Prentice Hall, 1994 cit en F. Solís y A. Villagómez, *op.cit.*, p. 15. Es necesario hacer la distinción entre seguridad social (*social security*) en su sentido amplio, y el término de aseguramiento social (*social insurance*) que se refiere a los fondos sociales de distribución de riesgos individuales. (L. Kotlikoff, "Social Security" en J. Eatwell, M. Milgate, *et al.*, *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, vol 4., Londres, Macmillan, 1987.)

[18] El valor de los seguros de salud se encuentra en lo impredecible que puede resultar el gasto en salud. Mientras los individuos pueden llegar a detectar sus necesidades médicas, no saben con exactitud la cantidad que ellos podrían gastar en cuidados médicos en el futuro. Por lo tanto, mecanismos alternativos de financiamiento como pedir préstamos, o hacer ahorros para utilizarlos en atención médica van a ser ineficientes al compararlos con el aseguramiento.

Los programas de *asistencia* social ofrecen beneficios monetarios y en especie a los individuos que presentan determinadas características y que se otorgan sólo después de que se comprueban ciertas condiciones económicas y financieras del solicitante. Estos programas son administrados por el gobierno y pueden incluir "ayudas o suplementos al ingreso por desempleo, o asociados a la salud o alimentación o a grupos especiales como los discapacitados"[19]. En esta clasificación también se incluyen los subsidios que se otorgan a las familias en ciertos países para criar a los hijos.[20]

Este componente de la seguridad social se relaciona con medidas de redistribución, intervención directa y posible alteración del funcionamiento del mercado.[21] Sin embargo, la asistencia social no sólo la lleva a cabo alguna instancia de gobierno, ya que pueden ser provistas por la comunidad o la familia. En aquellos países donde los mecanismos formales de seguridad social no están tan extendidos, es precisamente donde proliferan más los arreglos informales; como las redes familiares o mafias, que tratan de proveer de seguridad a los miembros que componen una determinada red social.[22]

Por último, también existen otros *programas específicos* para complementar las acciones de aseguramiento y asistencia social.[23] En esta clasificaciones se encuentran los programas obligatorios patronales que son similares a los de aseguramiento social en la medida en que son obligato-

---

Éste último protege la utilidad de los individuos a pesar de la magnitud de las contingencias médicas, reduciendo el gasto en salud (desde el punto de vista individual) a la prima de un seguro médico. Por ello, el aseguramiento es la solución óptima a la incertidumbre con respecto a los gastas en salud (D.M. Cutler y R.J. Zeckhauser, *The Anatomy of Health Insurance*, Harvard University/National Bureau of Economic Research, mimeo, 1998, pp. 7-8.)

[19] Robert Myers, *Social Security*, Pension Research Council y University of Pennsylvania, Paris. cit en F. Solís y A. Villagómez, *op cit.*, p. 18.

[20] Éste es un beneficio del modelo francés de seguridad social. También puede encontrarse en los países africanos de herencia francesa y en Chile, Argentina y Uruguay. En Estados Unidos únicamente para los hijos de personas pobres. (D.J. Puffert, *Social Security Finance in Developing Countries*, p.7 (www.worldbank.org/sources))

[21] H. Aaron, *Serious and Unstable Condition*, Washington, Brookings Instiution, 1991, ch.3.

[22] T. Besley y S. Coate, "Public Provition of Private Goods and the Redistribution of Income", *The American Economic Review*, 81(4), pp. 980-981.

[23] F. Solís y A. Villagómez, *op.cit.*, pp. 18-19.

rios y se financian mediante contribuciones. La diferencia es que estos programas no buscan la redistribución ni la dispersión del riesgo, sino la acumulación de recursos para determinado fin. Así, los trabajadores pueden gozar de los beneficios en relación directa a las contribuciones acumuladas. En esta clasificación podrían encontrarse los fondos para la compra de viviendas. Otro tipo de programas serian los voluntarios individuales que se financian y proveen de manera privada. El gobierno puede sugerir su compra pero sólo tiene la obligación de regular estos seguros. En esta clasificación se encuentran los seguros de vida, vivienda, automóvil y de otros bienes.

Algo que también es necesario distinguir, es la ambigüedad en los programas que el término seguridad social incluye en los diferentes países. En Estados Unidos, sólo considera las pensiones para el retiro, en el Reino Unido, se refiere a todo el sistema de beneficios en efectivo, mientras que en la mayoría de los países de Europa continental el término incluye los beneficios en efectivo, más las prestaciones comprendidas en los seguros médicos.[24] En América Latina, se heredó esta concepción del término, ya que se le relaciona con las pensiones, los seguros de riesgos de trabajo, los seguros médicos para al sector formal de la economía, y otro tipo de prestaciones como créditos para vivienda, tiendas de descuento o guarderías.[25]

PROBLEMÁTICA RECIENTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Desde los años 70, se empezó a vislumbrar un agotamiento del modelo de seguridad social, que a grandes rasgos no había cambiado desde el siglo XIX. Este modelo se centraba en el empleo formal y en la solidaridad inter-generacional y su financiamiento provenía generalmente de

---

[24] A. Ron, B. Abel-Smith, *et al.*, *Health Insurance in Developing Countries, the Social Security Approach*, Ginebra, OIT, 1990, p. 12-13.
[25] C. Mesa-Lago, *op cit.*, p. 35

contribuciones obligatorias de empleados, patrones y de los gobiernos.[26] En los últimos años, se ha cuestionado este esquema por su poca capacidad para adaptarse al nuevo escenario económico y social, así como por los problemas que ha generado.

Cambio demográfico

El envejecimiento de la población, originado por la reducción en la tasa de natalidad y el aumento en las expectativas de vida de la población, es una de las causas más importantes de la crisis del modelo bismarckeano de seguridad social. Éste es un fenómeno que se manifiesta principalmente en los países desarrollados como consecuencia de sus transiciones demográficas; sin embargo, también está presente, aunque en menor escala, en varios países en vías de desarrollo que adoptaron medidas de control natal a partir de los años 70.[27]

Una de las dos área de la seguridad social a la que más afecta este fenómeno son los programas de pensiones. Como ya se había mencionado, la mayoría de los sistemas de seguridad social se centraba en la solidaridad inter-generacional. Esto significa que las aportaciones de los trabajadores se utilizaban para el pago de pensiones a las personas jubiladas en ese momento. El elemento de solidaridad implicaba que cuando los trabajadores dejaran de trabajar, las aportaciones de las generaciones más jóvenes se utilizarían para pagar sus jubilaciones. A este mecanismo se le conocía como sistema de reparto.

En la actualidad, en muchos países, el número de personas mayores de 65 años es el grupo de edad que crece más rápidamente. En la mitad de los países europeos existen tasas cero o negativas

[26] Sobre este modelo véase A. Ron, B. Abel-Smith, *et al, op.cit.*, p. 25.

[27] En algunos de estos países, particularmente China y México, las medidas de control de la natalidad aceleraron sus propias transiciones demográficas. (K. Kinsella, "Demographic Dimensions of Global Aging", *Journal of Family Issues*, 21(5), pp. 541-542.)

de crecimiento de la población. Al mismo tiempo, la expectativa de vida en estos países ya rebasa los 75 años de edad.[28] Ambos fenómenos ejercen mayor presión sobre las generaciones más jóvenes y el gobierno, quienes tienen que financiar, por más tiempo, a un número creciente de personas jubiladas. En el largo plazo, el envejecimiento creciente de la población tenderá a romper el equilibrio entre las aportaciones y los beneficios en dos períodos de tiempo.[29]

El otra área de la seguridad social a la que también afecta significativamente el envejecimiento de la población son los programas de salud. Principalmente, por el tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas cuya incidencia aumenta notablemente entre las personas de edad avanzada.[30] En los próximos años se espera que el gasto *per capita* en salud (gasto privado y gubernamental) se incrementé en casi todos los países. De forma similar con el financiamiento de las pensiones, surge el problema de cómo financiar los costosos servicios médicos de una población envejecida que crece más rápidamente que la población joven. (OCDE, 1996)

Cambio epidemiológico

Este fenómeno se encuentra muy relacionado con los procesos de urbanización e industrialización de los países en vías de desarrollo, y con los cambios demográficos y en los estilos de vida urbanos de los países desarrollados y de ingreso medio. En el primer caso, se observa un cambio en el patrón de enfermedades que se presentaban en dichos países. Al tener una población más

---

[28] Organization for Economic Cooperation and Development, *Ageing in OECD Countries. A Critical Policy Challenge*, Paris, OECD, 1996.

[29] En Estados Unidos, en los años 80 se aprobó un aumento en las aportaciones a la seguridad social para enfrentar la transición demográfica. Sin embargo, esta mediada sería altamente distrocionante en otros países desarrollados donde el porcentaje de la PEA no es tan numerosa como en Estados Unidos. (R. Scheffler y E. Nauenberg, "Health Care Financing Reform in the United States during the 1980s: Lessons for Great Britain", en A. Mc Guire, P. Fenn *et al.*, *op. cit.*, pp.205-232.)

[30] Se estima que en los países desarrollados el gasto *per capita* en salud de las personas mayores de 60 años es de dos a cuatro veces mayor que el de los más jóvenes. (Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care Reform. Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Paris, OCDE, 1994, p. 9)

urbana, con mejores niveles educativos y condiciones sanitarias, la presencia de enfermedades transmisibles e infecciosas así como las relacionadas con la nutrición y la reproducción tienden a disminuir su proporción en el número total de defunciones.[31]

En el segundo caso, como ya se había mencionado, los cambios demográficos se ven reflejados en un aumento en la presencia de enfermedades degenerativas. Hasta el momento, el tratamiento de este tipo de enfermedades es más costoso que el de las enfermedades transmisibles y el aumento en las expectativas de vida de la población hará que se incremente el tiempo en que las personas requieren de este tipo de atención. A su vez, los estilos de vida que caracterizan a la población urbana, también hace que la presencia de enfermedades no transmisibles, algunas transmisibles como el SIDA, así como las consecuencias de lesiones, accidentes y adicciones aumente considerablemente.

Déficits de cobertura

El modelo bismarckeano de seguridad social permitió extender significativamente la cobertura en países desarrollados y en vías de desarrollado desde los años 40 hasta los años 60, aprovechando el auge económico posterior a la II Guerra Mundial. En casi todos los países desarrollados y del bloque socialista, se cubrió a la totalidad de su población con los servicios de la seguridad social.[32] En los países en vías de desarrollado, el crecimiento de la cobertura fue más lento. Por lo

---

[31] J.L. Bobadilla y C. Possas, *How the Epidemiological Transition Affects Health Policy Issues in Latin America*, Washington, World Bank, 1991, p.7.

[32] D.M. Cutler y RJ. Zeckhauser, *op.cit.*, pp. 4-7. Con el colapso de los países del bloque socialista, la cobertura universal de estos sistemas peligra frente a las restricciones económicas impuestas por los programas de transición de economías centralmente planificadas a economías de libre mercado. En el pasado, el sistema de seguridad social se mantenía con transferencias de las empresas públicas; sin embargo, con los programas de transición han desaparecido y privatizado la mayor parte de ellas. Esta situación ha derivado en mayor desempleo, retiro temprano de muchos trabajadores, y falta de recursos para proveer los servicios relacionados con la seguridad social. (N.X. Nguyen, *op. cit.*, p.6.)

general se excluyó la incorporación de varios grupos sociales, como la población rural y las clases marginadas de las ciudades. Esta situación originó que las prestaciones sociales beneficiaran más a las clases medias y trabajadoras ligadas a la economía formal, que a los grupos con poco poder de movilización.[33]

En la actualidad, existen déficits de cobertura significativos en muchos países en vías de desarrollo.[34] Este fenómeno se ha acentuado en los últimos veinte años al disminuir el crecimiento de la oferta de empleo formal debido a la recesión económica y a los programas de ajuste. Como muchas veces no existen seguros de desempleo efectivos, un porcentaje significativo de la PEA se ve obligado a participar en la economía informal o bien tiene que emigrar a otros países. La condición jurídica de los trabajadores en el sector informal o de los migrantes en los países receptores muchas veces impide que los trabajadores y sus familias queden protegidos por algún sistema de seguridad social. Lamentablemente, esta situación no va a cambiar significativamente en los próximos años, así que los déficits en cobertura podrían ser mayores si los programas de seguridad social no se adaptan a los cambios en la organización de la economía mundial[35].

---

[33] En la mayoría de los países en vías de desarrollo, los mecanismos informales brindaban protección a los excluidos a través de redes familiares, y mecanismos de ayuda comunitaria. Sin embargo, los fenómenos de industrialización y modernización que se observan en la mayoría de estos países, han promovido la migración, y el consecuente debilitamiento de los sistemas de ayuda familiar y comunitaria. (R. Burgess, y N. Stem (coord), *Providing Health Care*, Oxford, OUP, 1991, p. 18)

[34] En la India, por ejemplo, el 10% de la población que se encuentra en el empleo formal (casi todos servidores públicos) reciben seguro de enfermedades, maternidad, pensiones, y vivienda subsidiada. Mientras que el resto de la población (90%), entre las que se encuentran los obreros no organizados y los subempleados, no cuenta con beneficio alguno (D.J. Puffert, *op. cit.* , p. 8.) En América Latina los sistemas más antiguos de seguridad social cubren a mayores porciones de la población (Cuba 100%, Chile 90%, Argentina 80%, Uruguay 70%), en los países con sistemas de seguridad social más recientes, la cobertura es menor (México 50%, Colombia 40%, Perú 30%) (C. Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 19-20)

[35] Otro elemento que empieza a considerarse en esta discusión, son los cambios recientes en la economía mundial. Los nuevos mercados y tecnologías, así como la intensificación del comercio internacional ha favorecido la proliferación de trabajadores independientes con una alta movilidad geográfica que no siempre cuentan con algún esquema de seguridad social. (L. Graig, *Health of Nations*, Washington, Congressional Quarterly, 1993, pp. 15-32.)

Recesión económica

Entre los años 70 y 90, hubo recesiones económicas en la gran mayoría de los países del mundo. Esto tuvo un impacto negativo para los programas de seguridad social, ya que hubo menores contribuciones reales a los sistemas por los efectos inflacionarios, el cierre de empresas y la reducción en los salarios reales.[36] Esta situación llevó a prever que no se podría sostener el financiamiento de los sistemas de seguridad social en el largo plazo. En algunos países se propuso incrementar las contribuciones a la seguridad social. Estas medidas fueron muy impopulares en un escenario de recesión, pero además llevó a mayores distorsiones en la economía, como la evasión o el retraso de las contribuciones por parte de patrones, y a la reducción de incentivos para pagar las cuotas, trabajar y ahorrar.[37]

La recesión económica tuvo un impacto mayor en los países en vías de desarrollo. Los gobiernos de estos países muchas veces solicitaron la ayuda de los organismos financieros internacionales (Fondo Monetario y el BM, principalmente) para resolver su situación.[38] Entre las principales medidas de ajuste que llevaron a cabo los gobiernos para salir de la crisis estuvo la reducción en los déficits fiscales, lo que llevó a recortar muchos gastos de los gobiernos, entre ellos, el monto de las aportaciones gubernamentales a los programas de seguridad social.[39] Esta situación redujo los recursos que los gobiernos podían aportar para el funcionamiento de los sistemas y su futura expansión.

---

[36] En los países desarrollados, el impacto negativo de la recesión económica en la seguridad social se reflejó en una mayor demanda de los beneficios del seguro de desempleo, y una reducción en la base de contribuciones, relacionado también con la disminución en el número de trabajadores. (*Ibid.*, p. 12)

[37] Sobre este tipo de distorsiones véase J. Stiglitz, *op. cit.*, cap. 6.

[38] Medidas que se resumen en el llamado "Consenso Washington" (J. Stiglitz, *More Instruments and Broader Goals: Moving Toward the Post-Washington Consensus*, The 1998 WIDER Annual Lecture, Helsinki, enero 7, 1998.)

[39] En América Latina, el caso más representativo fue Uruguay. En 1982, el sistema de seguridad social era responsable de 67% del déficit público que alcanzaba 18% del PIB, lo cual contribuyó con el colapso económico del país en ese año. (C. Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 26.)

Problemas administrativos y financieros

Las principales fallas administrativas y financieras del sistema bismarckeano de seguridad social se originan en la forma en que se administran las prestaciones, en la gestión de los recursos humanos y materiales, y en el incremento generalizado en los costos de los insumos médicos. En el caso de las pensiones, en varios países se llega a promover la jubilación temprana de los trabajadores de ciertas organizaciones, generalmente cuando el personal se encuentran en sus años laborales más productivos. Esto incide negativamente en el presupuesto público y aumenta la presión en el pago de jubilaciones. El otro problema relacionado es la administración de los recursos acumulados en los fondos de pensiones. En varios casos, se utilizan estos recursos para financiar los déficits fiscales al invertirse en deuda del sector público con bajos rendimientos, que en ocasiones llegan a ser negativos.[40] Este tipo de prácticas, sumadas con períodos de alta inflación, suele derivar en la erosión de los recursos disponibles para el pago de pensiones.[41]

Las fallas administrativas y financieras son aún más notorias en los servicios médicos incluidos en los seguros sociales. En el próximo apartado de este capítulo se va a profundizar en la explicación de este tipo de fallas, aún así, se adelantarán algunos de los problemas administrativos más importantes. Por el lado de los recursos humanos, existen problemas de exceso de personal, trabajadores con poca experiencia administrativa y altas remuneraciones por la organización sindical. Por la parte de los recursos materiales, los problemas principales son duplicación de

---

[40] N.X. Nguyen, *op. cit.* p. 8.

[41] Esta práctica fue común en casi todos los países de América Latina. Muchos de los sistemas iniciaron con superávits financieros; sin embargo, estos fondos se redujeron significativamente debido a la presión para invertir los recursos en bonos gubernamentales, inversiones inapropiadas y en beneficios superfluos para sus derechohabientes (C. Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 67.)

funciones entre varias organizaciones, sistemas contables y de información muy limitados, sistemas legales complejos e ineficiencias en la administración y provisión de tratamientos médicos.[42]

Otro comportamiento que ha contribuido al incremento de los costos es la inflación reciente en los precios de los insumos médicos. Por un lado, el precio de los equipos y tratamientos de salud, en especial de las medicinas, ha superado considerablemente el crecimiento en los precios de otros productos del mercado. Por el otro, los costos de la atención (hospitales, médicos) se han elevado significativamente en casi todos los países. A diferencia de otros sectores de la economía, las innovaciones tecnológicas en el área médica no reducen substancialmente los costos de operación del sector, al contrario parece que ayudan a incrementarlos.[43]

La "Reforma Necesaria" a los sistemas de seguridad social

En este apartado se trató de resumir algunos de los problemas más significativos relacionados con la seguridad social en la actualidad, y que sustentan las discusiones de lo que en Europa han llamado la "reforma necesaria".[44] En general, las propuestas de cambio se orientan a incrementar la solvencia financiera de los servicios comprendidos en los seguros sociales. A su vez, tratan de cumplir con objetivos muy generales de eficiencia, calidad y equidad, que se adaptan a las situaciones particulares de cada caso. En aquellos países donde los déficits de cobertura son significativos, se trata de diseñar nuevos mecanismos para ampliar los servicios a grupos potenciales de consumidores. Estos parámetros generales deben cumplirse en una situación de restricción presu-

---

[42] En Estados Unidos se calcula que los costos administrativos son de 8% del total de gastos en los servicios médicos. En los países de América Latina varían de 10 a 30% del total de contribuciones a los organismos de seguridad social. (D.M. Cutler, *Public Policy for Health Care*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 1996, pp. 7-8. y C. Mesa-Lago, *op. cit.*, p. 29.)

[43] Aunque algunas innovaciones en efecto reducen estos costos, la mayor parte del impacto tecnológico parece indicar que ha incrementado los costos. (Véase J.R. Baumgardner, "The Interaction Between Forms of Insurance Contract and Types of Technical Change in Medical Care", *Rand Jounal of Economics*, 22(1), pp. 36-45.)

[44] Véase Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care ...cit.*, p. 3.

puestal. Así que los costos de la transición entre dos sistemas de seguridad social deben minimizarse y repartirse de forma equilibrada entre diferentes generaciones.[45] Al final lo que se busca es que los sistemas de seguridad social funcionen adecuadamente y puedan garantizarse su continuidad y capacidad de respuesta en el futuro.

Al analizar las reformas a la seguridad social, se observa que hay una diferencia importante entre las modificaciones a los sistemas de pensiones y las reformas a los seguros médicos. Los costos asociados a la reforma a los seguros de salud son más difíciles de estimar que los costos relacionados con las reformas a los sistemas de pensiones, por las particularidades del mercado de salud que se verán en el siguiente apartado. De igual forma, en los últimos años se ha observado que la modificaciones a los servicios de salud son más difíciles de promover políticamente, ya que la salud es un área intensiva en mano de obra (característica que no comparte la administración de las pensiones) y un servicio altamente valorado por la mayoría de los individuos.

De acuerdo con el propósito de esta investigación, a partir del siguiente apartado se va a hacer la distinción que marca la literatura anglosajona entre la reforma al sistema de pensiones y la reforma a los servicios de salud. En adelante sólo se estudiará la reforma a la seguridad social en la parte relacionada con los seguros médicos. Aún así, en ocasiones se hará referencia a los cambios realizados a los sistemas de pensiones y otros servicios como el de guarderías, cuando las modifi-

---

[45] Un aspecto que se empieza a discutir en la actualidad es el impacto que tendrá el envejecimeinto en la política mundial. En los países desarrollados, donde la transición demográfica va más avanzada, se ha observado que los adultos mayores se han organizado para proteger sus intereses. En Estados Unidos, la Asociación de Personas Retiradas con 33 millones de miembros, 1,700 empleados y un presupuesto anual de $5.5 billones de dólares se ha movilizado para proteger sus prestaciones de las propuestas de reforma a la salud y la seguridad social. En Holanda, por ejemplo, en 1995 de la nada se organizó el Partido de los Pensionados, para evitar que el parlamento aprobara una propuesta de recorte a los beneficios de las pensiones. De manera similar, la salida de Silvio Berlusconi en Italia y la llegada de los Socialistas franceses al poder en 1996 se ha atribuido a las crisis generadas por los intentos de modificar los sistemas tradicionales de seguridad social. (P.G. Peterson, "Gray Dawn: The Global Aging Crisis", *Foreign Affairs*, 1,1999, p. 47.)

caciones afecten la organización de los seguros de salud, ya que en América Latina se han administrado de manera conjunta.

EL MERCADO DE LA SALUD

La teoría del mercado competitivo parte de tres supuestos básicos. El primero, que existen muchos compradores que buscan maximizar su utilidad individual. El segundo, que el producto que se compra y vende es homogéneo. Finalmente, que los compradores están bien informados, lo que les permite comparar precios y calidad entre diferentes vendedores. En un mercado competitivo la producción es óptima, y los precios reflejan los costos de los productores más eficientes. (Stiglitz, 1986).

La eficiencia que resulta de la libre competencia no es posible en el mercado de la salud, tanto en el área de seguros médicos como en la de servicios de salud.[46] Esta premisa básica se sustenta en las fallas de mercado que se presentan en este sector. Las fallas se refieren a las situaciones que se presentan en la vida real y que violan los supuestos básicos de una economía competitiva. Cuando este tipo de fallas no las corrigen los agentes económicos o el gobierno, se reduce la eficiencia en la producción y el consumo, y se llega a situaciones ineficientes en el sentido de Pareto.[47] Junto con estas fallas también debe considerarse que la salud es un bien superior, lo que hace que entre más se eleva el ingreso de los individuos y los países, el gasto en salud se incremente en mayor medida. (OCDE, 1994)

---

[46] A diferencia de otros mercados (manzanas, computadoras, zapatos...) tanto los costos como los beneficios esperados de los servicios de salud dependen de las características del comprador no de los insumos de un producto. (C.M Cutler y R.J. Zeckhauser, *op. cit.*, p. 2. Sobre las peculiaridades del mercado de la salud véase R. Ellis y T. McGuire, "Optimal Payment Systems for Health Services" *Journal of Health Economics*, 9(4), pp. 375-396.)

[47] Se dice que una situación es eficiente en el sentido de Pareto si después de la interacción entre oferentes y demandantes, en un determinado mercado, se llega a una situación donde no es posible que nadie mejore sin que alguien más empeore. Por lo tanto, en una situación ineficiente es posible que el bienestar social sea susceptible de mejora. (D.L. Wimer y A.R. Vining, *Policy Analysis,Concepts and Practice*, New Jersey, Prentice Hall, 1992, p.30.)

Fallas de mercado en los servicios de salud

La falla de mercado de la que se puede partir en este tipo de servicios son las *asimetrías en la información* entre los agentes involucrados en el mercado de la salud. Esta situación se presenta cuando la cantidad de información sobre las características de un bien varía significativamente entre las personas. Los compradores y vendedores en una transacción de mercado pueden tener información diferente con respecto a la calidad del bien provisto. Los pacientes dependen de los diagnósticos hechos por los médicos, y de los tratamientos que recomiendan para evitar o curar cierta enfermedad. Estos productos tienen la característica de ser muy heterogéneos, ya que muchas veces son recetas únicas, lo cual viola el supuesto de comercialización de productos homogéneos característicos de una economía competitiva y hace que las comparaciones de precio y calidad sean muy difíciles.[48]

Cuando el bien sujeto al intercambio es muy heterogéneo (diagnósticos y tratamientos) y el individuo no cuenta con información suficiente para rebatir las indicaciones de los médicos, el consumidor no tiene los elementos suficientes para decidir cuándo un precio menor refleja una mayor o menor calidad del bien adquirido. Los precios bajos de un médico pueden sugerir al paciente que el médico no es una persona muy capaz, en lugar de ser un atractivo para atraer un mayor número de clientes.[49] Además, la cooperación que existe entre los médicos generalmente reduce las presiones competitivas, ya que éstos velan por sus propios intereses pactando ciertas bandas de precios.

---

[48] A. Enthoven, *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Lectures in Economics, 9, North Holland, Amsterdam, 1991, p.11 y A Mc Guire, P Fenn *et al*, "The Economics of Health", en A Mc Guire, P Fenn *et al., op. cit.*, p. 5.

[49] J. Stiglitz, *op. cit.*, p. 246.

Las asimetrías de la información son mayores por las características propias de los bienes adquiridos en el mercado de salud. A diferencia de los bienes de búsqueda que permiten comparar precio y calidad antes de la compra del producto, los servicios y productos médicos generalmente tienen características de bienes experimentales.[50] Este tipo de bienes solamente permiten comparar la calidad después de su consumo, y en ocasiones es muy difícil encontrar la causalidad entre cierta mejoría o malestar individual relacionada con la administración de determinado producto o tratamiento médico. Por ejemplo, no es posible determinar la calidad de un transplante de órgano antes de que éste se realice, o bien, es difícil encontrar una relación directa entre la mejoría de cierta enfermedad por la administración de un medicamento nuevo.

Otra falla de mercado que también se presenta en el mercado de la salud son las *externalidades*. Este término se define como cualquier impacto (positivo o negativo) resultado de una acción de un productor o consumidor que afecta a alguien mas sin su consentimiento.[51] En el área de la salud existen externalidades positivas importantes para la sociedad relacionadas con la prevención y tratamiento de enfermedades contagiosas. Al tener una población más sana los individuos ganan más, pagan más impuestos y reciben menos beneficios públicos. En un mercado dominado por agentes privados habría sub-oferta de los servicios que ayudan a generar externalidades positivas relacionadas con la salud.[52]

---

[50] Los bienes de búsqueda podrían ser los alimentos o el vestido, que permiten hacer comparaciones de precio y calidad antes de su compra. Los bienes experimentales son aquellos que primero tienen que consumirse para después determinar su calidad, por ejemplo, un concierto o la comida en un restaurante nuevo (D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, p.72.)

[51] Las externalidades pueden dividirse en positivas y negativas. Una externalidad positiva sería el efecto de la vacunación de la población lo que ayuda a eliminar las enfermedades contagiosas. Una negativa sería cuando las filas en los hospitales afectan la productividad de las empresas donde trabajan los pacientes que esperan (A Mc Guire, P Fenn, *et. al.*, " The Economics... *cit.*, p. 10)

[52] Véase a M. Kremer's "Creating Markets for New: Vaccines: Rationale", *Innovation Policy and Economy,* cit en (www.post.economics.harvard.edu) De aquí en adelante cuando se habla de sub-oferta o sobre-oferta de un bien es en relación a lo que sería óptimo en el sentido de Pareto, que como ya se mencionó, es el punto donde el bienestar social es el máximo.

La tercer falla de mercado que se presenta es el *monopolio natural* u oligopolio en ciertos servicios y regiones donde está presente el mercado de la salud.[53] Las economías de escala que se relacionan con algunos servicios médicos intensivos en capital hacen que sea eficiente que un sólo productor provea determinado servicio. Cuando el proveedor de servicios médicos se encuentra en situación de monopolio o se colude con otros productores (segmentación de mercados) tendrá incentivos para que exista sub-oferta y que los precios de los servicios médicos provistos sean más altos. Como los servicios médicos generalmente se proveen a nivel local, esta situación favorece la formación de oligopolios o monopolios, limitando aún más la posibilidad de libre competencia.[54] Finalmente, la última falla de mercado que también se presenta en el área de la salud es la oferta de *bienes públicos*. La investigación médica cuenta con las dos características de un bien público puro, la no exclusividad y la no rivalidad.[55] En caso de que este tipo de actividad fuera realizado únicamente por empresas privadas habría una sub-oferta del bien.

Fallas de mercado en los seguros médicos

Para muchos analistas, los problemas más graves que se presentan en el mercado de la salud están relacionados con los seguros médicos. Como ya se había mencionado, la idea del asegura-

---

[53] Las dos características del monopolio natural, son costos fijos muy altos que hacen que la curva de costos medios sea decreciente en el rango relevante de la demanda, y economías de escala que implica que al aumentar la producción se reducen los costos de operación. (D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, p. 66)

[54] Un monopolio natural, al seguir su racionalidad económica, puede dejar descubiertas a las zonas rurales en caso de no ser regulado. A esta práctica se le conoce como *cream skimming* y consiste en restringir la oferta a las zonas donde los beneficios marginales son mayores, por ejemplo, las concentraciones urbanas. (P. Feldstein, *Health Care Economics*, Delmar, Nueva York, 1993, p. 164. Véase M. Waterson, *Regulation of the Firm and Natural Monopoly*, Londres, Blackwell, 1988.)

[55] La no rivalidad implica que mas de una persona puede beneficiarse del consumo de un determinado bien con un mismo nivel de oferta. La no exclusividad existe cuando física y legalmente es poco práctico que una o varias personas mantengan el control sobre el uso exclusivo de un bien. A diferencia de los bienes públicos, los bienes privados tienen características de exclusividad y rivalidad. Existen también bienes públicos de mercado, que tienen características de no rivalidad y exclusividad, y recursos de propiedad común con características de rivalidad y no exclusividad (D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, p.42.)

miento tiene que ver con la dispersión del riesgo individual al hacer aportaciones a un fondo común. El supuesto de eficiencia en el mercado de los seguros implica que cualquier consumidor pueda comprar un seguro cuya prima iguale la expectativa de que ocurra cierto acontecimiento (accidente, robo, enfermedad) más los costos administrativos del asegurador.[56]

En el mercado de los seguros médicos, como en otros seguros, se presentan ciertas conductas tanto de los consumidores como de los productores que derivan en *mercados incompletos* de aseguramiento.[57] De parte del productor, esta situación ocurre cuando el mercados no suministran un seguro o cobertura de ciertos riesgos, aunque el costo de suministrarlo sea inferior a lo que los consumidores estarían dispuestos a pagar. De parte del consumidor, cuando existe miopía del riesgo y no contratan un seguro médico creyendo que el beneficio de contratarlo es menor al de hacer pagos directos de servicios médicos aislados.[58] A esta conducta también se conoce como *percepción subjetiva del riesgo.*

La primera falla característica del mercado de la medicina pre-pagada sería la *selección adversa* la cual ocurre cuando cada individuo selecciona su plan de salud a partir de su expectativa de utilización. Esta falla se origina cuando los individuos que esperan altos costos de atención médica prefieren planes de aseguramiento más generosos y costosos, mientras los que esperan menores costos contratan planes menos completos.[59] Al no poder cobrar a cada individuo la cuota que le

---

[56] M. Rothschild y J. Stiglitz, "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information", *Quarterly Journal of Economics*, 90(4), pp. 629-631.

[57] Véase M. Pauly, "Taxation, Health Insurance, and Market Failure in Medical Care", *Journal of Economic Literature*, 24(2), pp. 629-675.

[58] Lamentablemente, no todos los seres humanos están exentos de contingencias, así que la miopía del riesgo llevaría a ineficiencias en el sentido de Pareto cuando todas las personas que no contratan un seguro médico, pudiéndolo pagar en el pasado, tienen que afrontar mayores costos (comparándolo con el ahorro de haber pagado un seguro) de atención médica en el futuro. (J. Cochrane, "Time Consistent Health Insurance", *Journal of Political Economy*, 103(3), pp. 445-450 y A.J. Tversky y D. Kahneman, "Judgement under Uncertaintiy: Heuristics and Biases", *Science*, vol 184, 27 septiembre 1974, pp. 1124-31, cit en D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, p. 85.)

[59] D.M. Cutler y R.J. Zeckhauser, "Adverse Selection in Health Insurance", en A.Garger (ed), *Frontiers in Health Policy Research, Cambridge*, vol. 1. MIT Press, 1998, p. 1.

corresponde con base en su riesgo individual, esta conducta lleva a tres pérdidas de eficiencia. La primera, cuando los precios para los asegurados no reflejan el costo marginal, lo que lleva al individuo a seleccionar un plan de salud ineficiente.[60] La segunda, por incrementarse el costo del aseguramiento al no hacer una distribución adecuada del riesgo. La tercera, cuando las aseguradoras modifican su oferta para atraer a la gente sana y excluir a los enfermos, práctica que se conoce como manipulación de planes (Cutler y Zeckhauser, 1998).

En este último caso, la selección adversa de los consumidores hace que los productores encuentren que es más ventajoso excluir a personas que puedan generarle costos mayores que el resto de los asegurados (e.g. adultos mayores, posibles enfermos crónicos) y así eliminar coberturas de ciertos servicios médicos que son sumamente costosos (e.g. transplante de órganos).[61] A su vez, las aseguradoras tratan de evitan los altos costos en los que puedan incurrir sus clientes al no cubrir eventos donde se compruebe la preexistencia de enfermedades, en otras palabras, enfermedades que se adquirieron antes de comprar el seguro médico.

Al excluir a las personas y servicios con mayor probabilidad de generarle altos costos al asegurador, hay una sub-oferta del bien, derivado de la falta de información suficiente para ofrecer coberturas óptimas. Esta situación se acentúa con la competencia entre aseguradoras, ya que la búsqueda de ofrecer las primas más bajas, los llevará a buscar reducir todo tipo de costos.[62] Tanto la

---

[60] Como la gente enferma elige las "coberturas amplias" el precio de estas coberturas aumenta por arriba del costo marginal de proveerlos. Los altos precios de las coberturas amplias excluyen a la gente sana que hubiera estado dispuesta a pagar por este tipo de cobertura. (*Ibid.*, p. 2. y DM. Cutler, *The Anatomy...cit.*, pp. 38-39.)

[61] La manipulación de planes con respecto a los servicios ofrecidos (exclusión de servicios costosos al ser seleccionados únicamente por gente que piensa utilizarlos) hace que la gente de bajo riesgo no pueda tener acceso a mayores y mejores servicios. (D.M. Cutler y S. Reber, "Paying for Health Insurance: The Tradeoff Between Competition and Adverse Selection", *Quarterly Journal of Economics*, pp. 435-436. y J. Newhouse, "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Selection versus Efficiency in Production", *Journal of Economic Literature*, 34(3), pp. 1260-1263.)

[62] El estudio de Arrow sobre las decisiones de aseguramiento sigue citándose continuamente en la literatura de economía de la salud. En este estudio se explica cómo el mercado competitivo falla en los seguros médicos porque las compañías aseguradoras no cuentan con la información suficiente para cubrir a todas las personas de una gama infini-

exclusión de personas como de servicios violan el principio de protección de la utilidad individual al entrar en un fondo social, así que la solución genérica de esta falla suele ser ampliar la dispersión del riesgo (*pooling*) al instituir el aseguramiento obligatorio de grupos e individuos, pero distribuyendo equitativamente algunos "malos riesgos" (ciertas preexistencias, adultos mayores, posibles enfermos crónicos) entre todos las aseguradoras públicas y privadas.[63]

La segunda falla más recurrente en el mercado de los seguros médicos es el *riesgo moral.* Esta falla se refiere al exceso en el que puede incurrir un individuo cuando consume o administra productos y servicios con la conciencia de que otros son los que pagan.[64] Este término surge de la percepción de que es un acto "inmoral" el que un individuo incurra conscientemente en un acción destinada a utilizar los beneficios de su seguro sin necesitarlo realmente. Aún así, este comportamiento no es exclusivo de los usuarios, ya que generalmente los proveedores de servicios médicos son los que incurren en él de acuerdo con la forma de pago.[65] Cuando las aseguradoras pagan

---

ta de contingencias. (K.J. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 8(2), pp. 942-951.)

[63] Lo óptimo sería encontrar un punto medio entre dos extremos. Uno donde la gente sana y enferma se subsidia entre sí y todos pagan la misma cuota, y otro donde cada individuo paga según su propio riesgo. Este punto intermedio es donde "los costos en términos de mala distribución de personas entre planes compensan el beneficio marginal de incrementar la dispersión del riesgo". Aún así, técnicamente es todavía difícil establecer precios con este grado de refinamiento, por lo que la solución de los gobiernos sigue siendo el aseguramiento obligatorio (individual y colectivo) como medida para abaratar los seguros e incluir a todos los individuos. El aseguramiento colectivo es más efectivo que el individual para evitar la selección adversa, sin embargo, depende de la situación laboral de los asegurados. (D. Cutler y R. Zeckhauser, *Anatomy ...cit.*, p. 54)

[64] Este concepto parte de la situación hipotética de que un individuo utiliza más servicios médicos cuando se comparten los costos, que si el individuo pagara directamente los servicios médicos que utiliza (D. Cutler y R. Zeckhauser, *The Anatomy...cit.*, p. 13. y D. Cutler, "The Incidence of Adverse Medical Outcomes Under Prospective Payment", *Econometrica*, 63(1), pp. 29-31) Esta conducta también se presenta en otras situaciones de la vida cotidiana. Por ejemplo, cuando un grupo de personas que comen en un restaurante deciden dividir la cuenta por igual habrá incentivos para que los comensales consuman más, o bien elijan productos más costosos, con tal de que su aportación a la cuenta final no sea menor a lo que consumieron, ya que un individuo preferirá que alguien más pague parte de su comida a subsidiar el consumo de otro comensal. En cambio, en la situación "poco educada" de que cada quien pague su comida, cada comensal consumirá lo necesario para saciar su hambre o bien para ajustarse a su presupuesto. El consumo final será menor por dos efectos. Por un lado, derivado de la moderación de aquellos que hubieran consumido más bajo la perspectiva de que iban a ser subsidiados por los demás comensales (los gorrones o *free riders*). Por el otro, porque aquellos que consumen poco ya no tienen la presión de consumir más bajo la perspectiva de pagar un subsidio elevado (D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, p.44.)

[65] Los pacientes, médicos y aseguradoras enfrentan un problema de agente principal con tres jugadores. El paciente (principal) espera que el médico (agente) actúe en favor de su interés cuando está enfermo. De igual modo el asegu-

a médicos y hospitales con base en el tratamiento que administran (*fee-for-service*), habrá incentivos a la provisión excesiva de servicios médicos. Por ejemplo, pueden administrar tratamientos muy costosos con baja probabilidad de éxito, o bien solicitar exámenes o servicios médicos innecesarios con la consciencia de que el seguro médico del cliente lo pagará.[66]

El riesgo moral también está relacionado con lo que Kenneth Arrow llama "acción oculta" (*hidden action*). Este término surge de las contingencias que los individuos asumen frente al riesgo. La idea es que las personas se cuidarán menos si están aseguradas que si no lo están.[67] Por ejemplo, un individuo tendrá menores incentivos a dejar de fumar o de beber menos antes de manejar si sabe que no deberá cubrir todas las consecuencias económicas de sus acciones. Si las acciones individuales pudieran rastrearse fácilmente, las aseguradoras no pagarían a los usuarios por negligencia, pero como estas acciones son difíciles de rastrear se dice que están "ocultas".

Las dos dimensiones del problema del riesgo moral se refleja en un mayor gasto en la atención médica, lo cual lleva a una sobre-oferta de servicios de salud.[68] Por un lado, esta situación incrementa los precios de los servicios e insumos médicos, al incrementarse la demanda artificialmente. Por el otro, se elevan las primas que cobran las aseguradoras, haciendo menos atracti-

---

rador (principal) espera que el médico (agente) actúe según su interés económico al proveer únicamente lo "necesario" para que el paciente se cure. Este conflicto parte del supuesto de que los pacientes saben la cantidad de servicios médicos que necesitan, pero muy pocos pacientes están tan bien informados. Por lo tanto las decisiones más importantes del gasto provienen del médico, así que en la mayoría de los casos este problema puede resumirse al conflicto entre médicos y aseguradoras (D. Cutler y R. Zeckhauser, *Anatomy....cit.*, p. 25 y J. Stiglitz, *op. cit.*, p. 250.)

[66] Incluso, el médico puede secundar el comportamiento "inmoral" del cliente que desee quedarse más tiempo de lo necesario en el hospital, porque así el médico podría cobrar más visitas a la compañía aseguradora del paciente, y éste disfrutaría de los servicios de "hotelería" en los hospitales. (J. Cromwell y J. Mitchell, "Phisician-Induced Demand for Surgery", *Journal of Health Economics*, 5, 1986, pp. 293-294.) También véase R. Ellis y T. Mc Guire, "Providing Behavior Under Prospective Reimbursement: Cost Sharing and Supply", *Journal of Health Economics*, 5(2), pp. 129-152., P. Weiler, *Medical Malpractice on Trail*, Cambridge, Harvard UP, 1991, pp. 1-43)

[67] K. Arrow, *op.cit.*, pp. 942-951.

[68] J. Newhouse, "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), pp. 3-21.

vo el comprar un seguro médico.[69] Este círculo vicioso es una parte importante de la ineficiencias en la cobertura y administración de los seguros médicos y paradójicamente uno de los motores de los avances tecnológicos en el área médica.[70]

Tabla I.1 Fallas de mercado en el mercado de la salud

Situación	*Falla de mercado*	*Consecuencia*
Asimetrías de Información	Los compradores se encuentran en desventaja con respecto a la información que tienen para evaluar determinado bien o servicio.	sub y sobre oferta del bien
Externalidades positivas	El mercado es incapaz de generar suficientes externalidades positivas a la sociedad al prevenir y tratar enfermedades contagiosas.	sub oferta del bien
Monopolio natural	La situación monopólica u oligopólica de ciertos proveedores genera incentivos para incrementar precios y restringir la oferta.	sub oferta del bien
Bienes Públicos	El mercado es incapaz de generar suficientes bienes públicos en el área médica, principalmente investigación médica.	sub oferta del bien
Mercados Incompletos	Cuando el mercado no suministra un seguro o cobertura de cierto riesgo aunque el costo de suministrarlo sea menor a la disponibilidad a pagar	sub oferta del bien
Selección adversa	Cuando el comportamiento oportunista de los consumidores altera la oferta de seguros médicos y crea incentivos para excluir a ciertos individuos.	sub oferta del bien
Riesgo Moral	Cuando se consume en exceso al saber que otros pagan. Cuando se sabe que alguien más pagará las consecuencias de la negligencia individual.	sobre oferta del bien
Percepción subjetiva del Riesgo	Cuando alguien no se asegura pensando que no utilizará los beneficios del seguro.	sub oferta del bien

Nota: Los términos sub y sobre oferta se refiere a una situación que se compara con el equilibrio en el sentido de Pareto (bienestar social máximo)

Fuente: Elaboración propia con varias fuentes.

[69] Véase el estudio de R. Zeckhauser, "Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff Between Risk Spreading and Appropiate Incentives", *Journal of Economic Theory*, 11(2), pp. 10-26.

[70] Para algunos economistas de la salud, la expansión de la cobertura de los seguros médicos en los países desarrollados ha generado un efecto espiral de sobreutilización de servicios médicos y desarrollo de nuevas tecnologías que han incrementdo el costo y servicios demandados por los seguros. (B.A. Wisbrod, "The Health Care Qudrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment", *Journal of Economic Literture*, 29(2), pp. 550-552.)

Las propuestas de solución del riesgo moral se encuentran en restringir el sobre consumo de servicios médicos al racionar la demanda o la oferta. El racionamiento de la demanda consiste en limitar los recursos asignados por el agente asegurador para curar al paciente, o bien establecer límites de pago de tratamientos y co-pagos para concientizar al usuario de los costos que involucra la atención médica. El racionamiento de la oferta consiste en restringir las opciones que tienen los consumidores, para limitar sus opciones de atención médica a ciertos proveedores de servicios médicos que son regulados cuidadosamente por los agentes aseguradores.[71]

LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN LA SALUD

La existencia de fallas de mercado es una condición suficiente más no necesaria para justificar la intervención del gobierno. Hay ciertos mercados con determinadas características e instituciones sociales que permiten resolver las fallas de mercado sin la injerencia gubernamental.[72] Cuando esto no ocurre, la intervención de alguna instancia de gobierno es necesaria para procurar el bienestar social, siempre que el beneficio que resulte de corregir la falla de mercado sea mayor al costo de la intervención pública. Aunque el cumplimiento de esta condición siempre se enfrentará a los problemas de medición de una evaluación costo-beneficio tan compleja.

---

[71] R.P. Ellis y T.G. Mc Guire "Supply Side and Demand Side Cost Sharing in Health Care", *Journal of Economic Perspectives*, 7(4), pp. 135-151. El racionamiento de oferta es la base de lo que se conoce como "salud administrada". Este tipo de racionamiento ha proliferado desde los años 80 en Estados Unidos mediante Health Maintenance Organization (HMO), Prefer Provider Organization (PPO) y otros. Estos esquemas establecen mayor sinergías entre aseguradores (públicos y privados) y los proveedores, limitando las opciones del paciente con el objetivo de controlar los costos. (D. Cutler y L. Sheiner "Managed Care and the Growth of Medical Expenditures" en A.M. Garber, *op. cit.*, pp. 77-117.)

[72] Por ejemplo, la existencia de productos substitutos permite la regulación "natural" de ciertos mercado aunque se posean características de monopolio natural. O bien, la elaboración de marcas, o certificación de ciertos profesionistas por sus asociaciones, son instituciones sociales que reducen las asimetrías de información sin la intervención del gobierno. (Véase R.H. Coase, "The Problem of Social Cost", *The Journal of Law and Economics*, 12(3), pp. 1-44.)

Desde el enfoque de análisis de políticas, la existencia de las fallas de mercado que se presentan en los servicios de salud y los seguros médicos, justifican algún tipo de acción gubernamental para corregirlas.[73] Aún así, es importante mencionar que la racionalidad económica no es la única explicación válida para sustentar la intervención del Estado en el área de la salud. Existen otro tipo de motivaciones que también pugnan por la intervención pública. A grandes rasgos pueden reconocerse tres grandes objetivos que persiguen los gobiernos cuando intervienen: la eficiencia microeconómica, el control de costos macroeconómicos y la equidad.[74]

Los objetivos de la intervención pública.

La eficiencia microeconómica en el sector salud se logra cuando se minimiza el costo social de la enfermedad y su tratamiento.[75] Esto ocurre cuando el costo marginal que se gasta en salud produce el mismo valor a la sociedad que el costo marginal de proveer otros servicios públicos como educación, defensa, vivienda, entre otros.[76] En esta clasificación también se incorporan las consideraciones de la eficiencia dinámica, que incluye la búsqueda de diseños de organización y avances tecnológicos que mejoren la productividad de los recursos dedicados a la salud.[77]

---

[73] Una crítica muy interesante sobre la mala utilización del diagnóstico de falla de mercado para justificar la intervención del gobierno se desarrolla en R.O. Zerbe y H.E. McCurdy, "The Failure of Market Failure", *Journal of Policy Analysis and Management*, 18(4), 1999, pp. 558-578.

[74] Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care...cit.*, pp. 5-6.

[75] Existen dos aspectos relacionados con este tipo de eficiencia. La *eficiencia productiva* que está asociada con la provisión de determinado servicio al menor costo posible, y la *efectividad*, que tiene que ver con maximizar los servicios provistos con una cantidad fija de insumos, o bien maximizar el impacto de las metas en salud. Los costos deben incorporar los gastos administrativos (A. Enthoven, *op. cit.*, p. 15)

[76] De nuevo, es necesario mencionar que la medición de estos costos es compleja e imprecisa, así como el cálculo de el costo "social" de la enfermedad y tratamiento. (Véase, GP. Jenkings y AC. Harberger, *Cost-Bnefit Analysis of Investment Decisions*, Manual, Program of Investment Appraisal and Management, Harvard IID, 1998.)

[77] Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care...cit.*, p. 6.

El control de costos macroeconómicos tiene que ver con el reciente desbordamiento en los gastos en salud que se ha presentado en muchos países.[78] Así que los gobiernos han asumido este nuevo objetivo, buscando que el sector salud consuma una cantidad "apropiada" del PIB. Pero en esta materia se debe hacer una distinción entre el crecimiento natural de los gastos en salud como consecuencia del desarrollo económico, y el incremento de los gastos en salud como resultado del sobre-consumo de servicios médicos.[79] Un porcentaje menor del PIB utilizado en servicios de salud no necesariamente refleja una mayor eficiencia microeconómica en el uso de los recursos, porque se pueden suprimir servicios que los consumidores valoren más que el costo marginal de proveerlos. Por lo tanto, el control de costos sólo debe buscar la corrección de las fallas que llevan al exceso de oferta y demanda de servicios de salud.[80]

La búsqueda de la equidad sería el tercer gran objetivo de la injerencia del gobierno en la provisión de servicios médicos. En muchas sociedades existe la creencia generalizada de que a ningún individuo, independientemente de su ingreso, se le debe negar el acceso a un nivel míni-

---

[78] El único rubro de gasto público que no ha reducido su tendencia creciente es la salud y la seguridad social. En todas las demás áreas ha descendido el ritmo de crecimiento del gasto público tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo. En conjunto, los recursos que la sociedad destina a la salud también son crecientes. Esta situación se explica por el fenómeno demográfico, los aumentos reales en los ingresos de las personas, el incremento de la cobertura de servicios médicos, y el cambio tecnológico. (*Ibid.*, pp. 10-13.)

[79] Hay una correlación casi perfecta entre el crecimiento económico (mayor ingreso individual) y los recursos que la sociedad destina a la salud. En los próximos años se espera que los gastos en salud aumenten en los países de mediano ingreso (e. g. Corea, México, Turquía) como consecuencia de su desarrollo económico. En estos casos habrá que cuidar que no se desperdicien recursos, pero en ningún momento deberán cortarse servicios para "controlar" el crecimiento en los gasto de salud, porque la dinámica es diferente a la que se presenta en países desarrollados. (*loc cit.*)

[80] D. Cutler, *op.cit.*, p. 22-29. Una de las ventajas principales de que los gobiernos controlen gran parte del mercado de la salud se encuentra en su capacidad para reducir los costos totales de la salud y para controlar la oferta de algunos insumos médicos. Esto se debe a los efectos de monopsodio (comprador casi único), que tiene el gobierno cuando es el comprador más grande de insumos o servicios médicos. Esta situación le permite influir en el precio de ciertos productos (e.g. medicinas) al restringir o aumentar su demanda. Aunque esta capacidad dependerá de la elasticidad precio (porcentaje de variación en el precio por 1% de aumento en la cantidad) de la oferta y demanda, ya que no tendrá mucho margen para especular con el precio de cierto producto si existen muchos enfermos que estarían dispuestos a pagar lo que fuera por él (demanda inelástica). (P. Feldstein, *op. cit.*, pp. 141-147 y D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, p. 158.)

mo de cuidados médicos.[81] Esta perspectiva supone que el tratamiento que recibe cada individuo debe centrarse en sus necesidades de atención y no sólo en su ingreso. También se cree que el patrimonio de los derechohabientes debe quedar protegidos de las consecuencias negativas de la enfermedad, por lo tanto, los pagos de esta protección deben relacionarse con su nivel de ingreso y no con su riesgo individual.[82] Recientemente, se ha incluido en el objetivo de equidad la parte correspondiente al financiamiento. Esta noción se refiere a la necesidad de que todos los individuos destinen una parte proporcional de su ingreso al cuidado de su salud, independientemente del subsidio que pudieran recibir u otorgar. No se busca que cada persona pague los costos asociados a su salud individual, sino que todos los ciudadanos destinen una parte "equitativa" de su ingreso al sector salud.[83]

Los modelos de intervención pública

Los servicios de atención a la salud se organizan en sistemas "nacionales" de salud, los cuales están conformados por diferentes organizaciones públicas y privadas.[84] La clasificación de dichas organizaciones se hace de acuerdo a las funciones que realizan; básicamente, la regulación, el financiamiento y la provisión de servicios médicos. La regulación del sistema de salud por lo general la llevan a cabo los ministerios, departamentos o secretarías, quienes se encargan de establecer los lineamientos de control que deben cumplir todos los actores que integran el sistema. Sin embargo, en ocasiones las aseguradoras privadas u organizaciones sociales (médicos, con-

---

[81] P. Botsman "The public-private frontier: the land of Oz", en D. Drache y T. Sullivan (coord), *Health Reform, Public Success, Private Failure*, Londres, Routledge, 1999, p.106.
[82] Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care...cit.*, p. 6.
[83] Véase Organization for Economic Cooperation and Development, *A Caring World, The New Social Policy Agenda*, Paris, OCDE, 1999.
[84] A. Ron, B. Abel-Smith, *op. cit.*, p. 34.

sumidores) también desempeñan algunas funciones regulatorias, cuando establecen las condiciones y algunos lineamientos que deben cumplir los proveedores de servicios médicos. (Ron, 1991)

El financiamiento puede provenir de dos fuentes, mediante aportaciones al erario público o a través de pagos a organizaciones privadas. Las aportaciones a los sistemas públicos se divide en dos, las contribuciones obligatorias conformados por pagos tripartitas (empleado, patrón y gobierno) o los impuestos generales que el gobierno recauda por otras vías. En casi todos los países existe una o varias organizaciones públicas autónomas (institutos de seguridad social en América Latina) que se encargan de recaudar y administrar los recursos destinados a los seguros médicos financiados a través de impuestos. En lo que concierne al pago a organizaciones privadas, puede hacerse mediante aportaciones voluntarias u obligatorias a algún seguro médico ofrecido por una aseguradora privada, o bien a través de pagos al contado del consumidor al proveedor público o privado de servicios médicos.[85]

Finalmente, en la provisión de servicios médicos se encuentran una variedad de organizaciones públicas y privadas que ofrecen servicios de salud (médicos, hospitales, laboratorios). Este tipo de servicios comúnmente se dividen en niveles de atención, para especificar el grado de complejidad médica (primero, segundo y tercer nivel).[86] El pago a los proveedores tiene que ver con el esquema de financiamiento. Pueden ser pagos directos de los consumidores a los proveedores sin que alguna compañía aseguradora (pública o privada) lo reembolse, o bien los consumidores pueden hacer el pago a los proveedores y después recibir la totalidad o una parte proporcional de los gastos a través de alguna compañía aseguradora. Los pagos también pueden ser indirec-

---

[85] D. Cutler, *Public...cit.*, p. 9-10,

[86] En el primer nivel se encuentra la atención del médico general que atiende las necesidades básicas de salud de la población. En el segundo, se encuentran los especialistas que atienden los problemas de salud específicos diagnosticados en el primer nivel, y finalmente en el tercer nivel, se encuentra la medicina de alta especialidad y complejidad.

tos. Por un lado, cuando los consumidores pagan sólo a las aseguradoras, y éstas a su vez contratan a los proveedores que darán servicio a los asegurados. Por el otro, cuando los contribuyentes pagan impuestos o contribuciones obligatorias, y éstos se utilizan para pagar a los proveedores de servicios médicos.[87]

La OCDE ha clasificado a los sistemas de salud en siete modelos según su organización. El primero, es el *modelo voluntario sin aseguramiento*, donde los consumidores pagan directamente a los proveedores por los servicios médicos que reciben. Este modelo no promueve el acceso equitativo de los servicios médicos, porque la capacidad de pago de los consumidores es la que determina la cantidad de servicios que pueden comprar. En ocasiones, tampoco se promueve la eficiencia porque existen problemas de asimetrías de la información. Este modelo predomina en los países más pobres donde no existen sistemas formales de seguridad social. En los países en vías de desarrollo y en los desarrollados sólo desempeña una función de apoyo.[88]

El segundo, es el *modelo voluntario con reembolso a pacientes,* donde se incorporan las aseguradoras privadas que ofrecen seguros voluntarios a los consumidores de servicios médicos, fijando las primas en función de los riesgos de cada asegurado. En el momento en que los asegurados utilizan los servicios médicos reciben un reembolso por los gastos médicos realizados. En este caso, no hay una relación directa entre aseguradoras y proveedores. El componente de equidad es mayor que el modelo anterior porque protege el ingreso de aquellos que compran un seguro médico; sin embargo, también se presenta la situación de mercados incompletos por percepción subjetiva del riesgo. En cuanto a la eficiencia, en este modelo predominan las fallas de mercado como la selección adversa y el riesgo moral. Por ello, las aseguradoras establecen regulacio-

---

[87] Organization for Economic Cooperation and Development, *The Reform of Health Care,* Paris, 1992, p.20.

[88] Este modelo suele atender algunos servicios de salud demandadas por la población de mediano y alto ingreso, o bien se encarga de algunos servicios que el gobierno no provee. (*Ibid.*, p. 16.)

nes para evitar el sobreconsumo de servicios de salud, como deducibles o pago proporcional de los servicios recibidos.

El tercero, es el *modelo de reembolso público*, donde el sistema opera igual que en el modelo anterior, sólo que en este caso el asegurador es generalmente una instancia de gobierno, y no compite en el mercado. En este modelo las aportaciones suelen ser obligatorias a un fondo público vía impuestos o contribuciones al trabajo, o bien pueden financiarse con impuestos generales. Cuando los consumidores utilizan servicios médicos, la instancia aseguradora reembolsa la totalidad o una parte de los gastos que hicieron. En este caso tampoco hay una relación entre el asegurador público y los proveedores. Aquí, el componente de equidad es mayor porque se introducen los subsidios cruzados entre asegurados (solidaridad).[89] Sin embargo, las fallas de mercado que se presentan en el modelo anterior también se reproducen en este caso, principalmente el riesgo moral.[90]

El cuarto, es el *modelo de aseguramiento voluntario con contratos entre aseguradores y proveedores*, donde los consumidores sólo pagan a las aseguradoras, y éstas se encargan de establecer contratos con los proveedores de servicios médicos. En este caso, las aseguradoras tratan de atraer a los consumidores, mientras los proveedores compiten por obtener los fondos de las aseguradoras. En este modelo, la elección del consumidor empieza a restringirse; sin embargo, las aseguradoras tienen los incentivos para negociar servicios médicos de bajo costo y alta calidad, lo que reduce la posibilidad del riesgo moral. Aún así, el componente de equidad es débil porque se

---

[89] En Estados Unidos, el financiamiento y provisión de servicios de salud y de seguros médicos es mayoritariamente privada. Aunque existen algunos fondos públicos (*Medicaid* y *Medicare*) que reembolsan a la gente pobre y de edad avanzada que no tiene acceso a los seguros médicos, su cobertura es insatisfactoria (el déficit de cobertura es de 24% de la población total) (Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care...cit.*, p. 18)

[90] Muchas veces los usuarios tienen que hacer un pago proporcional a los servicios recibidos de acuerdo con su capacidad de pago, para contrarrestar el riesgo moral. Son muy pocos los países donde el gobierno paga por completo los servicios médicos provistos. (*Ibid.*, p. 19)

mantiene la voluntariedad en la inscripción y la posibilidad de la selección adversa.[91] El quinto, es el *modelo voluntario integrado*, que es muy similar al anterior, sólo que existe mayor sinergía entre aseguradoras y proveedores de servicios médicos. Las aseguradoras compiten por atraer consumidores, a quienes se les proveen servicios en especie con los proveedores que administran directamente las aseguradoras. Éste es un modelo que se ha desarrollado recientemente en algunos países de Europa Occidental y que se ha empezado a desarrollar en algunos países en vías de desarrollo como México o Colombia.

El sexto, es el *modelo de contrato público*, el cual funciona a partir de cuotas obligatorias a un fondo público que no compite en el mercado. Este fondo contrata proveedores públicos o privados que sí compiten en el mercado. El modelo restringe la libertad de elección de los consumidores a la gama de proveedores que se contrata. La eficiencia de este modelo radica en la competencia que se origina entre proveedores por los recursos del fondo público, y en las regulaciones en la cantidad y calidad de los servicios que se establecen en el contrato entre el fondo público y el proveedor. El componente de equidad con este modelo es mayor, ya que se ofrecen servicios de salud a muchas personas que no podrían comprar un seguro de gasto médicos en el mercado privado. Aún así, la cobertura no es universal al restringirse a las personas a las que puede cobrarse una cuota obligatoria.

Por último, se encuentra el *modelo público integrado*, donde el financiamiento proviene de impuestos generales o al trabajo y los servicios médicos se otorgan en especie a los consumidores. En este modelo varias instancias de gobierno se erigen en aseguradores y proveedores de

[91] La gran excepción es Suiza donde existe una cobertura generalizada provista completamente por empresas privadas. Esto se ha logrado, porque muchos cantones impiden la selección adversa por parte de las aseguradoras, y otros cantones obligan a la población a asegurarse; además, el gobierno federal otorga subsidios a muchos fondos de aseguramiento para que incorporen a la gente menos rica. (D. Cutler y R. Zeckhauser, *The Anatomy...cit.*, p. 5)

servicios médicos.[92] Muchas veces, los consumidores no pueden elegir a su médico familiar ni a su proveedor de servicios de salud. El pago a los proveedores se realiza mediante salarios y partidas presupuestales, así que éstos no tienen incentivos para procurar la eficiencia microeconómica, porque no tienen la presión del mercado.[93] Aún así, en este modelo el gobierno puede controlar el gasto total en salud y así cumplir con el objetivo de control macroeconómico del gasto, y además, suelen ser los sistemas con coberturas casi universales, donde se cumple el objetivo de equidad.

En general, los modelos voluntarios tienen problemas para cumplir con el objetivo de equidad, mientras los modelos de reembolso tienen problemas para conseguir el objetivo de control del gasto en salud, por los incentivos al riesgo moral. En el modelo público integrado, no hay incentivos para procurar la eficiencia microeconómica. (Tabla I.2) El modelo que parece tener mayores ventajas es el de contrato público,[94] aún así, es insuficiente para cumplir completamente con el objetivo de equidad y además restringe la libertad de elección del consumidor.

En estos modelos pueden verse los diferentes grados de intensidad que pueden encontrarse en la intervención gubernamental. En general, pueden distinguirse dos extremos, donde el sistema de salud (regulación, financiamiento y provisión) lo controla el Estado casi en su totalidad, como el caso británico antes de su reforma, o bien los países donde las organizaciones privadas componen mayoritariamente el sistema, como en Estados Unidos. Entre estos dos extremos existe una variedad de mezclas público-privada que se presentan en los diferentes países del mundo. Aún así, las

---

[92] Los fondos públicos suelen distribuirse entre los gobiernos intermedios y locales, quienes se encargan de la provisión de los servicios médicos. En ocasiones estos gobiernos puede contratan a una o varias organizaciones privadas (con fines y sin fines de lucro) para que provean determinados servicios. En algunos países en vías de desarrollo, los ministerios proveen servicios médicos de manera directa a la población que no cuenta con acceso a algún esquema de seguridad social. (A. Ron, B. Abel-Smith, *op. cit.*, p. 49.)

[93] Los incentivos para ser eficientes se reducen porque no podrían capturar los beneficios de ello. Si un año reducen sus gastos, el siguiente verían disminuir su presupuesto. (Organization for Economic Cooperation and Development, *The Reform ... cit.*, p.23.)

[94] En este punto se coincide con la conclusión de C.L. Moreno, *La política social de atención a la salud en México. El caso del IMSS*, Tesis, México, El Colegio de México, 1995, p. 30.

reformas recientes a los sistemas de salud hacen que ambos extremos se acerquen cada vez más. Por un lado, los sistemas donde predomina el sector público están incorporando elementos que caracterizan a la gestión privada de servicios médicos. Por el otro, en aquellos países donde predomina el libre mercado, las propuestas de regulación pública son cada vez mayores.[95]

Una característica de tres de los modelos que procuran en mayor medida el control de costos, la calidad en la atención y la eficiencia microeconómica (modelo de aseguramiento voluntario, modelo voluntario integrado y el modelo de contrato público) es la participación activa de las aseguradoras públicas y privadas en la regulación de los proveedores públicos y privados de servicios médicos. Ésta es la principal característica de la reforma gerencial en el sector salud que en los últimos veinte años se ha promovido en todo el mundo y que se conoce como "salud administrada" o *managed care*.[96] Este modelo de atención privilegia la medicina preventiva, la coordinación de especialistas médicos para la detección temprana de enfermedades crónicas y su adecuado tratamiento[97] y el diseño de medidas para reducir al mínimo el riesgo moral. La OCDE estima que las organizaciones de salud administrada dominarán el mercado mundial en los próximos veinte

---

[95] La reforma del sistema de salud propuesta por el presidente Bill Clinton, que fue rechazada en el Congreso de su país trataba de incrementar la regulación gubernamental para reducir los elevados gastos en salud que caracterizan el sistema de salud de Estados Unidos, donde predominan los problemas inherentes a las fallas de mercado. También procuraba ampliar la intervención gubernamental para incorporar el alto número de personas que no cuenta con un seguro de salud (24%) (Véase T.R. Oliver, "The Dilemmas of Incrementalism: Logical and Political Constraints in the Design of Health Insurance Reforms", *Journal of Policy Analysis and Management*, 18(4), p. 652-683 y C. Altenstetter y J. Warner (coord), *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, Londres, Macmilan-IPSA, 1997, pp. 394).

[96] Sobre el modelo de salud administrada véase L.C. Baker y K.S. Corts "The HMO Penetration and the Cost of Health Care: Market Discipline or Market Segmentation", *The American Economic Review*, 86(2) pp. 389-394., D.R. Wholy, J.B. Christiansen et al., "The Effects of Physician and Corporate Interests on the Formation of Health Maintenance Organizations", *American Journal of Sociology*, 99(1), pp. 164-200. y W.A. Zelman y R. A. Berenson, *The Managed Care Blues and How to Cure Them*, Washington, Georgetown UP, 1998.

[97] Este modelo se centra en la asignación de un médico de primer contacto denominado *gatekeeper* que como el nombre sugiere trata de resolver en el primer nivel de atención las necesidades médicas de sus pacientes y evitar que pasen innecesariamente al segundo o tercer nivel de atención que es más costoso. En caso de que necesite ver a un médico especialista, éste podrá coordinarse con el médico de primer contacto para conocer las características del paciente. Esta coordinación significativamente los costos de atención.

años aunque este tránsito no estará libre de la resistencia política de los prestadores de servicios médicos que se benefician de las rentas económicas asociadas al riesgo moral. (OCDE, 1999)

Tabla I.2 Modelos de intervención pública

Modelo	*Características*	*Ventajas*	*Desventajas*
Modelo Voluntario sin Aseguramiento	Pagos directos del consumidor al proveedor privado de servicios médicos	1) Servicios médicos de apoyo.	1) Altamente inequitativo: pagos en función de ingreso. 2) Promueve el riesgo moral.
Modelo Voluntario con Reembolso a Pacientes	Las aseguradoras privadas reembolsan los gastos de sus asegurados con proveedores independientes.	1) Protege el ingreso de los asegurados.	1) Seguro voluntario: cierta inequidad. (mercados incompletos) 2) Promueve el riesgo moral y selección adversa.
Modelo de Reembolso Público.	El asegurador público reembolsan los gastos de sus asegurados con proveedores independientes.	1) Protege el ingreso de los asegurados. 2) Mayor equidad que en los dos modelos anteriores.	1) Promueve el riesgo moral.
Modelo de Aseguramiento Voluntario con Contratos entre Aseguradores y Proveedores	Consumidores adquieren seguros voluntarios. Las aseguradoras establecen convenios con proveedores de servicios médicos.	1) Servicios médicos de bajo costo y alta calidad. 2) Reducen posibilidad de riesgo moral.	1) Seguro voluntario: cierta inequidad. (mercados incompletos) 2) Cierta restricción en la elección de los proveedores médicos. 3) Promueve la selección adversa.
Modelo Voluntario Integrado	Consumidores adquieren seguros voluntarios. Mayor sinergía entre aseguradoras privadas y proveedores de servicios médicos.	1) Servicios médicos de bajo costo y alta calidad. 2) Incentivos a eliminar el riesgo moral.	1) Seguro voluntario: cierta inequidad. (mercados incompletos) 2) Mayor restricción en la elección de los proveedores médicos. 3) Promueve la selección adversa.
Modelo de Contrato Público	Cuotas obligatorias a un fondo público. Proveedores públicos y privados compiten por los fondos.	1) Control macro del gasto. 2) Servicios médicos de bajo costo y alta calidad. 3) Regulación contra riesgo moral y selección adversa. 4) Mayor equidad que en los cinco modelos anteriores.	1) Mayor restricción en la elección de los proveedores médicos. 2) Válido para personas con capacidad de pre-pago.
Modelo Público Integrado	Organismos públicos proveen directamente servicios médicos a la población en general.	1) Posibilidad de cobertura universal (equidad) 2) Control macro del gasto.	1) Promueve el riesgo moral. 2) Restringe al máximo la elección de proveedores médicos. 3) Servicios de alto costo y baja calidad.

Fuente: Elaboración propia con información de OCDE (1992)

Fallas de gobierno

En el momento en que un gobierno interviene en el mercado para resolver sus fallas, la acción pública no está libre de error. Según Weimer y Vining una falla de gobierno se puede definir co-

mo las situaciones inherentes a la operación gubernamental (de una instancia federal, regional o local) que llevan a situaciones ineficientes en el sentido de Pareto. En otras palabras, cuando el gobierno (al igual que el mercado) no procura el bienestar social óptimo por las limitaciones políticas, administrativas y técnicas que dominan su entorno. Pero, a diferencia de las fallas de mercado, las Ciencias Sociales todavía no desarrollan una teoría consistente o ampliamente aceptada con respecto a las fallas de gobierno.[98]

Las fallas de gobierno en el área de las salud pueden encontrarse en varios "niveles (o *arenas*) de políticas", según el grado de especificidad de cada nivel.[99] En la *arena* más general, la sistémica, se definen los arreglos institucionales para la atención a la salud. Aquí, se establecen las funciones, derechos y responsabilidades de los principales actores que integran el sistema, y se deciden los criterios para regular el acceso de la población a los servicios médicos. También considera la forma en que el Estado interviene, el número y el tipo de dependencias públicas involucradas, la distribución de responsabilidades entre las instancias de gobierno, el ámbito de participación del sector privado y de otros sectores que afectan a la salud como universidades, industria farmacéutica o aseguradoras. (J. Frenk, 1994)

Por lo tanto, las fallas de gobierno más frecuentes en este nivel de políticas pueden encontrarse en los problemas inherentes a la representación política y al diseño institucional. En el caso de las *fallas de representación política*, los intereses organizados pueden obtener mayores privilegios a costa de aquellos que no tienen capacidad de movilización, lo cual puede llevar a la exclusión de

---

[98] En este apartado se tomarán en cuenta las fallas de gobierno diagnosticadas con mayor frecuencia en la literatura sobre la reforma a los servicios y seguros médicos. Cuando sea pertinente también se hará referencia a algunas fallas de gobierno definidas por la disciplina del análisis de políticas, en particular por D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, cap. 6. y de D.J. Snower "The Future of the Welfare State", *The Economic Journal*, no.418 Mayo 1993, pp. 100-117.

[99] J. Frenk (ed), *Economía y salud*, México, Funsalud 1994, pp. 201-211. Al no existir un término castellano para suplir la palabra *arena* de política, se utilizará en el sentido sajón del término. Sobre las arenas de políticas véase a L.F. Aguilar, *El estudio de las políticas públicas*, Antología de política pública, MAP, México, 1992.

ciertos grupos y a la distribución inequitativa de los servicios médicos provistos por el gobierno.[100] En cuanto a las *fallas en el diseño institucional*, la presión política de ciertos grupos de interés, así como los diferentes proyectos de desarrollo socioeconómico que se promueven a lo largo del tiempo, con frecuencia han derivado en sistemas de salud incoherentes, donde hay pérdida de eficiencia por la duplicación de funciones, e inequidad al favorecer la concentración de beneficios. Muchas veces el diseño institucional, que en cierto momento histórico es efectivo para cumplir con los objetivos de salud pública, en otro momento puede llegar a ser poco funcional. Esto se debe, por un lado, a los cambios en la demanda que provoca la acción pública inicial, y por el otro, a las variaciones en la oferta de los insumos médicos y en la situación económica y social que se presenta en otro período de tiempo.

La siguiente *arena* de políticas es la programática, que está relacionado con el objetivo de lograr la mayor eficiencia posible en la asignación de los recursos destinados al área de la salud. En otras palabras, que el monto total de dinero que se dirige a este sector produzca las mayores ganancias para la sociedad.[101] Las fallas de gobierno que se presentan en esta arena de políticas serían las relacionadas con la regulación de los servicios médicos y de financiamiento. En lo referente a las *fallas de regulación*, éstas pueden encontrarse en la falta de un control efectivo de las organizaciones públicas y privadas (con y sin fines de lucro) para que administren tratamientos médicos que cumplan con los criterios de costo/efectividad y de calidad definidos por el Estado.

---

[100] Puede ocurrir que los grupos con mayor influencia política gocen de servicios médicos en exceso, y que aquellos con poca capacidad de representación no tengan acceso a la salud pública o solamente puedan aspirar a prestaciones sub-óptimas. Aunque este comportamiento se presenta en países "democráticos" y en aquellos que no lo son, es más acentuado en aquellos donde existe un régimen político sin mecanismos institucionales para canalizar la participación política efectiva. (NX. Nguyen, *op. cit.*, p.9)

[101] Lo cual implica que las intervenciones médicas sean costo-efectivas para que procuren los beneficios máximos a la sociedad al menor costo (criterio de efectividad), y que todos los ciudadanos puedan acceder a un paquete básico de salud (criterio de universalidad). (M.A. Cruz-Saco y C. Mesa-Lago, *Do Options Exist?, The Reform of Pension and Health Care Systems in Latin America,* Pittsburgh, PUP, 1998, p. 12. y J. Frenk (ed), *op.cit.*, p. 207)

También puede ocurrir que los intereses alrededor de los servicios médicos, intenten utilizar la regulación pública para su propio beneficio.[102] En cuanto a las *fallas de financiamiento*, tiene que ver con el esquema de recaudación y gasto que el gobierno determina. En el caso de la recaudación a través de impuestos generales o impuestos al trabajo, se pueden provocar distorsiones importantes a la economía al crear incentivos para evadir o retrasar las cuotas, para declarar salarios de cotización inferiores o bien para dejar de trabajar, invertir y ahorrar. En el caso del gasto, muchas veces no existe una división clara entre financiamiento y provisión de servicios médicos. Esta situación no permite comparar si otros proveedores son más eficientes que los propios, o en qué medida se pudieran introducir incentivos a la competencia para elevar la eficiencia en la provisión de servicios médicos.

El tercer nivel de políticas es el organizacional, donde se busca la eficiencia microeconómica y la calidad en la prestación directa de servicios médicos por parte del gobierno. En esta arena se encuentra la gestión al interior de las instituciones médicas que alguna instancia de gobierno (federal, estatal, local) crea para prestar directamente servicios de salud y seguros médicos. La fallas de gobierno características de esta arena de políticas estarían en la oferta burocrática. El origen de las *fallas de oferta burocrática* en los servicios de salud puede encontrarse en la competencia limitada que caracteriza a este mercado. En este nivel de políticas, la oferta del gobierno

---

[102] Por ejemplo, R. Dessel argumenta que en Estados Unidos los médicos usan su poder monopólico como arma de presión política para contrarrestar la regulación del gobierno federal, influyendo en las legislaturas locales para que adopten regulación complementaria que mantenga sus privilegios ("Price Discrimination in Medicine", *Journal of Law and Economics*, cit en. J. Stiglitz, *op. cit.*, p. 254.) Este problema se relaciona con la teoría de la captura que existe en la regulación económica. Ésta supone que la regulación gubernamental que en un primer momento busca el bienestar de la sociedad en su conjunto, termina beneficiando a los grupos regulados, porque éstos "capturan" a la regulación, utilizando su influencia política. (G. Wilson, "Social Regulation and Explanations of Regulatory Failure", *Political Studies*, 32(4), pp. 203-225.) Entre más homogéneos, organizados y concentrados se encuentren los grupos de interés, tienen mayor capacidad de movilización para obtener beneficios de la intervención gubernamental. A este comportamiento se conoce como búsqueda de rentas (*rent seeking*), ya que cuando el gobierno controla la competencia económica siempre existirán ganancias "económicas" (diferentes a las ganancias contables características de los mercados competitivos) que se conocen como rentas, y que los grupos de interés tratarán de obtener. (D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, pp. 120-121.)

puede incurrir en algunas fallas de mercado en las que incurren los agentes privados cuando no son regulados por el Estado (riesgo moral, asimetrías de información). Pero la falla de gobierno más significativa se origina cuando los servicios y seguros médicos del gobierno tienen características de monopolio. Esto sucede cuando la gran mayoría de los consumidores no puede ejercer el principio de libertad de elección dentro (médico de familia o unidad médica) y fuera (proveedor alternativo) de las instituciones públicas dedicadas a la salud.

Una organización con características monopólicas tendrá incentivos a no producir la cantidad suficiente de un bien, y a operar por arriba de sus costos promedio, como ya se mencionó al describir el modelo público integrado. Esta situación lleva al desperdicio de recursos dentro de las organizaciones y a la transferencia de rentas a través de ellas, resultando en lo que se conoce como ineficiencia X.[103] La condición monopólica también afecta la eficiencia dinámica en las organizaciones públicas, porque no existen incentivos apropiados para la innovación. A diferencia de las organizaciones privadas, donde la búsqueda de ganancias y una mejor posición en el mercado lleva a ingeniar nuevos métodos de producción y tecnologías para reducir costos, en las organizaciones públicas los incentivos para hacerlo no son tan fuertes porque la existencia de dichas organizaciones no se encuentra relacionada con la innovación.[104] En las organizaciones públicas

---

[103] La ineficiencia X es un concepto que surgió en las organizaciones privadas pero que puede aplicarse también en las públicas. H Leibenstein lo definió para referirse a la situación en donde los monopolios no operan con costos mínimos porque no tienen la presión de la competencia económica. Dentro de las organizaciones públicas este desperdicio de recursos se refleja en gastos superfluos o innecesarios. Esta práctica se encuentra muy relacionada con los mecanismos de presupuestación del gasto público, porque si no se premia el ahorro de los administradores del gobierno, habrá incentivos para que éstos gasten la totalidad del presupuesto disponible en aspectos que rebasen las necesidades reales de su organización. La transferencia de rentas dentro de las organizaciones pueden surgir por el pago en exceso de los insumos para la producción. (H. Leibenstein, *Beyond Economic Man*, Cambridge, HUP, 1976, cit en *Ibid.*, pp. 67 y 135. y D. Cutler, *Public...cit.*, p.15.)

[104] Existen otros incentivos para mejorar dentro de las organizaciones públicas, como el prestigio y las carreras políticas de los administradores públicos. Sin embargo, este tipo de incentivos son diferentes y no siempre tan efectivos como los del mercado, porque difícilmente se pueden encontrar competidores a quien imitar, y cuando existen organismos públicos con funciones similares, los gerentes públicos se enfrentan con el problema de evaluar la aplicación de una nueva tecnología (material o administrativa) a su organización. Otro tipo de limitaciones para la innovación serían las limitantes legales y la imposibilidad de pedir préstamos a los bancos de manera independiente para em-

que proveen servicios médicos, estos problemas se han reflejado en el descuido para administrar los recursos públicos de manera eficiente y para adaptar el diseño de su organización a las modificaciones en el mercado médico, a la situación económica que se vive en su país, y a los cambios en las demandas de los ciudadanos a los que atienden.

Finalmente, la última *arena* de políticas es la instrumental, cuyo propósito es desarrollar los recursos humanos, los sistemas contables para estimar el valor de los productos, y la investigación científica necesarias que genere la "inteligencia" institucional.[105] En este nivel, las fallas de gobierno se relacionan con la rigidez en los esquemas laborales y en los sistemas de información. En lo que se refiera a las *fallas por la rigidez laboral* se deben distinguir varios niveles. En la cima se encuentran los directivos cuyo nombramiento generalmente es político, así que su rotación es constante y los incentivos para mejorar su desempeño están relacionados con su carrera política y profesional.

Los problemas de rigidez laboral se encuentran mas bien en los niveles intermedio y en el personal de base. En casi todos los niveles intermedios existen servicios civiles formales e informales que varían según su grado de profesionalismo.[106] Por lo general, existen mecanismos para

---

prender proyectos nuevos, y en su lugar tener que buscar la autorización de los encargados de diseñar el presupuesto público que dificilmente estarán dispuesta a invertir recursos públicos en proyectos arriesgados (casi siempre "innovadores"). Finalmente, los gerentes públicos no tienen la presión de un mercado competitivo. Por un lado, saben que los criterios para que sobreviva la organización que dirigen son políticos y casi nunca económicos. Por el otro, no tienen la presión de una junta de accionistas que condicione su permanencia en su puesto a su capacidad directiva. En este caso se presenta el problema de agente-principal, donde el ciudadano (principal) se enfrenta con problemas para monitorear las actividades del gerente público (agente). Como el agente conoce mejor su actividad, tiene incentivos para desviarse de los objetivos del principal para perseguir los suyos. (D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, p. 135 y A. Ogus, *Public Interest Grounds for Regulation*, Oxford, Clarendon Press, 1994, pp. 28-34.)

[105] J. Frenk, *op. cit.*, p. 207.

[106] Los servicios civiles permiten hacer carreras profesionales dentro de las organizaciones públicas. La idea de servicio civil surgió como una forma de separar las funciones políticas de las operativas. En general están compuestos por un cuerpo estable y profesional de funcionarios que se encargan de la prestación regular de servicios públicos, y de ejecutar los principios generales definidos por los representantes políticos. El grado de profesionalismo está relacionado con los criterios de reclutamiento y movilidad (si se toma en cuenta sólo el conocimiento y capacidad de los funcionarios), con los lineamientos de remuneración y otorgamiento de incentivos (si premian la productividad y no sólo la lealtad), y en la seguridad laboral. (Sobre los principios básicos de un servicio civil véase W. Wilson "The Study of Administration", *Political Science Quarterly*, 2(2), pp. 197-222) Los servicios civiles "informales" serían

asegurar la permanencia de los funcionarios en sus puestos a pesar de los cambios políticos. En muchos países esta protección del servicio civil es tan fuerte que es casi imposible despedir a los empleados a pesar de su falta de ética profesional o incompetencia.

En el personal de base en las organizaciones públicas se encuentran los trabajadores que tratan directamente con el público usuario. Por lo general, este personal también cuenta con la seguridad en el empleo que caracteriza a los servicios civiles, sólo que la protección proviene de estar afiliados a algún sindicato.[107] Las fallas de gobierno más recurrentes se relacionan con la falta de esquemas de administración de recursos humanos que motiven el desarrollo de los trabajadores, premien su productividad y castiguen su falta de profesionalismo. Cuando esta falla se combina con la seguridad en el empleo casi siempre se refleja en una atención de baja calidad para los usuarios. Esta situación es aún peor cuando un organismo público tiene condición monopólica, porque los consumidores no pueden mostrar su descontento al seleccionar otro proveedor de servicios médicos. La capacidad de remediar cada una de las fallas de atención a través de los representantes políticos es muy limitada y costosa.

En el caso de las *fallas en los sistemas de información* se encuentran en dos vertientes, por un lado, la dificultad de valuar el producto, y por el otro, en la investigación médica financiada con el presupuesto público. En el primer caso, muchas de las fallas en la oferta pública se originan en la dificultad de estimar el valor de venta de los productos de las organizaciones públicas dedicadas a la salud. Esto ocurre cuando los sistemas contables no permiten estimar el valor de las transacciones intra-institucionales y de los servicios médicos provistos a los usuarios. Al no saber el

---

aquellos donde las reglas no escritas definen el reclutamiento, movilidad, incentivos y tiempo de permanencia en el puesto de los mandos medios en las organizaciones públicas.

[107] A diferencia de las empresas privadas, los gobiernos no pueden despedir empleados tan fácilmente. Además, cuando una organización pública tiene características monopólicas, el poder del sindicato puede ser mayor. (D. Weimer y A. Vining, *op. cit.*, p. 136)

precio de mercado de los productos que ofrecen, los gerentes públicos no están conscientes de sus costos de operación y, en consecuencia, no tienen herramientas para mejorar la eficiencia de los procesos administrativos internos o para saber cuándo es más conveniente contratar a organizaciones externas (públicas o privadas) para que provean determinado servicio.[108] En la parte relacionada con la investigación médica, la falla en los sistemas de información se encuentra en la falta de vínculos entre la investigación científica, la innovación tecnológica y la producción industrial.[109]

Tabla I.3 Fallas de gobierno

Nivel de Políticas	*Ámbito*	*Fallas de gobierno*
Sistémica	1) Arreglos institucionales para la atención a la salud. 2) Criterios para regular el acceso de la población. 3) Responsabilidades de organizaciones públicas y privadas.	1) Falla de representación política: exclusión de grupos y distribución inequitativa de servicios. 2) Falla en el diseño institucional: duplicación de funciones, baja coordinación del esfuerzo social.
Programático	1) Distribución de los recursos que la sociedad destina a la salud. 2) Control de organizaciones que forman parte del sistema.	1) Falla de regulación: falta de control efectivo, y "captura" de la regulación por parte de los regulados. 2) Fallas en el financiamiento: distorsiones económicas, incentivos a provisión médica ineficiente.
Organizacional	1) Gestión al interior de las instituciones públicas que proveen servicios de salud.	1) Fallas de oferta burocrática: transferencia de "rentas", Ineficiencia X, poca flexibilidad e innovación, baja calidad de productos.
Instrumental	1) Desarrollo de recursos humanos. 2) Desarrollo de "inteligencia" institucional.	1) Fallas por rigidez laboral: falta de motivación, seguridad en el empleo, falta de ética profesional. 2) Fallas en sistemas de información: Dificultad para valuar el producto e investigación médica desvinculada del mercado.

Fuente: Elaboración propia con información de J. Frenk (1994) y Wimer y Vining (1992)

[108] Si bien las organizaciones públicas surgen para resolver las insuficiencias de mercado, esto no es justificación para que no se estimar el valor de venta de los productos. No se trata de cobrar a los usuarios todo lo que consumen, sino de hacer conscientes a los gerentes públicos de sus costos de operación. De esta forma, se introducen nuevos criterios y valores en la toma de decisiones y aprovechar esta información para hacer una mejor planeación. (L. Metcalfe y S. Richards, *Improving Public Management*, Londres, Sage, 1990, p. 56.)

[109] J. Frenk (ed), *op. cit.*, p. 291.

LINEAMIENTOS GENERALES DE LA REFORMA AL SECTOR SALUD

El espíritu que guía las modificación al sector salud es adaptar su organización y operación a la situación económica y social que se vive en cada país.[110] Si bien, los objetivos de control de costos macroeconómicos, eficiencia microeconómica y equidad son comunes en todos los casos, el grado de desarrollo de cada país va a determinar las estrategias que se adopten para fortalecer la capacidad de respuesta de sus sistemas de salud en el largo plazo. A grandes rasgos, en los países desarrollados el énfasis se encuentra en el control macroeconómico del gasto en salud, y el incremento en la eficiencia microeconómica de los proveedores públicos y privados, "minimizando los efectos negativos que esto pueda tener en el componente de equidad".[111] Mientras que en los países en vías de desarrollo, se otorga mayor importancia al incremento de la cobertura que generalmente se identifica con la equidad y también a la eficiencia microeconómica en las organizaciones públicas y privadas de salud.

Antes de cada reforma a los sistemas médicos de la seguridad social, ha sido conveniente hacer un diagnóstico de cada caso, ver los recursos con los que se cuenta, los valores de la sociedad, y luego diseñar una estrategia política para lograr su aprobación y ejecución. Los modelos a seguir son muy parecidos, y son promovidos por organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico en los países desarrollados, o el Banco Mundial en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, el poder adaptar estas directrices generales a la realidad específica de cada país ha dependido de las autoridades locales. [112]

---

[110] Véase D.M. Cutler "A Guide to Health Care Reform", *Journal of Economic Perspectives*, 8(3), pp. 3-29. y V.R. Fuchs "Economics, Values and Health Care Reform", *The American Economic Review*, 86(1), pp. 1-24.

[111] Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care...cit.*, p. 55.

[112] J. Faundez ilustra claramente como los modelos homogéneos de Reforma del Estado y del gobierno que promovía el Banco Mundial en América Latina muchas veces fracasaron a la hora de su aplicación, por la miopía de los consejeros internacionales, y por la poca capacidad de las autoridades locales para "tropicalizar" los modelos propuestos. En otras palabras, para adaptar al caso particular de cada país los principios generales de reforma. (J. Faundez,

En el nivel más agregado de políticas, el sistémico, las reformas a los servicios y seguros médicos inician al hacer modificaciones importantes al diseño institucional de los servicios de salud. Por lo general, las propuestas de reforma procuran resolver los problemas del diseño anterior (desperdicio de recursos, exclusión de personas), pero distribuyendo los costos y beneficios de la reforma entre las generaciones presentes y futuras. Estos cambios institucionales suelen formalizarse en una ley o en modificaciones reglamentarias donde se aclaran las nuevas funciones, derechos y responsabilidades de los principales actores que integran el sistema de salud de cada país. Al mismo tiempo, se establecen nuevos criterios para incorporar a la población que no cuenta con servicio o seguro médico, y se define la nueva esfera de competencia del Estado y el mercado.

En el nivel programático de políticas, se empiezan a especificar en los esquemas regulatorio y de financiamiento de los servicios y seguros médicos las modificaciones consideradas en la ley. En el primer caso, las propuestas de reforma suelen sugerir la ampliación y modificación de la esfera de competencia estatal en la regulación de los servicios de salud (públicos y privados). El objetivo es corregir las fallas de mercado y de gobierno, mejorar la estructura de contratación entre asegurados, aseguradoras (públicas y privadas) y proveedores de servicios médicos, y reducir el desperdicio de recursos que se presentan en este sector. Al mismo tiempo, se promueve una mayor coordinación con las organizaciones privadas (con y sin fines de lucro) para que participen en el financiamiento y provisión de servicios.

La intención de esta coordinación es mejorar el "esfuerzo social" en materia de salud[113], evitándose la duplicación innecesaria de funciones, y en aquellos países donde existen déficits de cobertura, tanto gobierno como el sector privado puedan incluir a aquellos sectores anteriormente

---

"Legal Technical Assistance" en *Good Government and Law: Legal and Institutional Reform in Developing Countries*, Nueva York, MacMillan, 1996.)

[113] J. Frenk (ed), *op. cit.*, p. 203.

excluidos, sin que esto genere un incremento exponencial en el gasto o en el déficit público. Asimismo, se sugiere que el nuevo esquema financiero que se adopte, considere el grado de desarrollo económico de cada país y las condiciones particulares de su mercado laboral. El objetivo sería reducir al máximo las distorsiones en la economía por el financiamiento de los servicios médicos.[114] En aquellas organizaciones que realizan funciones de financiamiento y provisión de servicios médicos, se recomienda separar ambas para ser conscientes de los costos asociados a la provisión de servicios.

En la arena organizacional, la nueva esfera de competencia del sector público y privado se debe reflejar en cambios en la operación interna de las organizaciones. En este nivel, el gobierno sería el encargado de "gestionar la competencia" entre diferentes proveedores, para que se promueva la eficiencia entre ellos por medio de nuevos esquemas de presupuestación del gasto público.[115] Para cumplir con el objetivo de la eficiencia en los hospitales públicos, se recomienda darles mayor independencia de gestión, y que se promueva la utilización de métodos y criterios de administración de las organizaciones privadas.[116] En aquellos países donde los sistemas de salud

---

[114] Para muchos economistas, el financiamiento que distorsiona menos el mercado laboral provendría de los impuestos fijos o semifijos, porque se reduce el impacto negativo que la tributación puede tener en el ahorro y el trabajo. (J. Stiglitz, *op. cit.*, pp. 388-403., P. Feldstein, *op. cit.*, pp. 15-18. y A. Mc Guire, P Fenn *et al*, "The Economics... *cit.* p. 22.)

[115] Es importante aclarar que la competencia entre proveedores debe estar organizada por el gobierno, de lo contrario se incurriría en las fallas de mercado descritas anteriormente. En la medida en que el gobierno diseñe una estructura de incentivos adecuada a través de su presupuesto, los mecanismos de mercado son útiles para promover la eficiencia tanto en los proveedores públicos como privados. (A Eindoven, *op. cit.*, p. 33. y J.J. Kronenfeld, *Controversial Issues in Halth Care Policy*, Sage, Londres, 1993, p. 151.)

[116] En los últimos años, se ha desarrollando la disciplina de la gestión pública para promover el desarrollo de nuevas técnicas y valores dentro de las organizaciones públicas tomando en cuenta los criterios de las empresas privadas. Uno de sus propósitos es responder a las necesidades de los ciudadanos viéndolos como clientes o consumidores, adaptando así la acción del gobierno al entorno siempre cambiante. Las similitudes y diferencias entre la gestión pública y privada han sido una fuente constante de controversia y confusión. Para algunos, la gestión pública es sólo administración pública con otro nombre. Para otros, no existe distinción entre público y privado, y los conceptos de gestión son de aplicación universal. Otra visión es que las prácticas administrativas privadas ofrecen una solución a los problemas de la administración pública. Independientemente de la posición que uno asuma, la suposición principal de los que favorecen este nuevo enfoque, es que la gestión ofrece un acercamiento más lógico, y ordenado al funcionamiento del gobierno, y a las prácticas administrativas existentes. (E. Ferlie, L. Fitzgerald, *et al., The New Public Management in Action*, Oxford, OUP, 1996, pp. 1-27.)

están todavía muy concentrados en una autoridad central y se organizan de forma vertical (por organizaciones y no por funciones), se sugiere que se diseñen esquemas de descentralización de operaciones y especialización de funciones, para reducir las duplicaciones innecesarias y la concentración de beneficios en un sector particular de la sociedad.[117]

En este mismo nivel de políticas, las recomendaciones se orientan a los esquemas de administración de los pagos y prestaciones. Por lo general, se sugieren modificaciones a la forma en que se administran los pagos del asegurador (público o privado) al proveedor de servicios, con el fin de reducir los incentivos al riesgo moral. También se sugiere la incorporación del principio de "libertad de elección" para el consumidor, en algunas áreas de los servicios médicos (e. g. selección de hospitales y médicos de atención primaria) donde es factible que este principio ayude a mejorar la eficiencia. Aunque vale la pena aclarar que la gama de elección tendrá que ser limitada en comparación con la que existe en otros bienes y servicios, no sólo por las características del mercado, sino también porque en ocasiones se contrapone con el objetivo de control del gasto en salud.[118]

Finalmente, en la arena instrumental de políticas también se sugieren nuevos esquemas de gestión que mejoren la capacidad de respuesta de las organizaciones que componen el sistema de salud, principalmente de las organizaciones públicas que tengan que adaptarse a la "competencia gestionada" con las organizaciones privadas. Las principales sugerencias se orientan a la utilización de nuevas técnicas de administración de recursos humanos y de construcción de sistemas de

---

[117] S. Borzutzky "Social Security and Health Policies in Latin America: The Changing Roles of the State and the Private Sector", *Latin American Research Review*, 28(2), pp. 254-255. Cabe mencionar que en ocasiones la duplicación es necesaria como mecanismo alternativo de financiamiento y redistribución del ingreso.

[118] En los países desarrollados muchas veces se promueve la limitación de la "libre elección" de toda clase de servicios médicos, porque se ha observado que esto incrementa significativamente el gasto innecesario en salud. Por ello, se sugiere que la regulación gubernamental permita la libertad de elección en aquellas áreas de la salud donde se favorezca la eficiencia microeconómica sin contravenir el objetivo de control macroeconómico del gasto. (Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care...cit.*, p. 56.)

información útiles. En caso de los recursos humanos, se propone el diseño de incentivos que premien la productividad de los trabajadores, que mejoren la calidad del ambiente laboral, y que procuren el compromiso del empleado con los objetivos de su organización.[119] En lo que se refiere a la construcción de nuevos sistemas de información, se busca que las organizaciones encargadas del financiamiento y provisión de los servicios médicos puedan responder a los cambios en la oferta (insumos, tecnologías) y demanda (envejecimiento, población educada), así como a las variaciones en la situación económica y laboral de sus respectivos países. En otras palabras, que sean flexibles. La conversión de sistemas contables es muy importante para saber el costo de los procesos que se realizan en una organización pública, y así proponer mejoras internas o decidir si es más conveniente prestar el servicio directamente o contratarlo de forma externa. De igual forma, se recomienda cambiar los mecanismos de apoyo a la investigación científica para hacer más eficiente la asignación de los recursos. Estas recomendaciones indudablemente van a incrementar los costos administrativos del sistema de salud en el corto plazo, pero si son útiles para cumplir con los objetivos de equidad, eficiencia y control de gasto en el futuro, el incremento en los costos administrativos podrían verse como inversiones a largo plazo.

[119] Véase los cambios realizados en el sistema británico de salud en E. Ferlie, L. Fitzgerald, *op. cit.*, p. 108.

2. LAS REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

El sistema nacional de salud (SNS) está compuesto por una variedad de instituciones públicas y privadas que regulan, financian y proveen servicios de salud. Este sistema está dividido en varios "segmentos" verticalmente integrados que atienden a diferentes grupos de la población.[120] En general, puede hacerse una división entre el segmento de seguridad social, los servicios médicos que provee la Secretaría de Salud y los servicios privados de salud. Los trabajadores del sector formal de la economía deben estar afiliados a alguna de las diferentes instituciones de seguridad social. El IMSS es el que provee de servicios de seguridad social a un mayor número de mexicanos. En el año 1999 cubría a 45.5% de la población total y a 35.8% de la PEA.[121] Este Instituto tiene asignado la cobertura dentro del "régimen obligatorio" de los empleados del sector privado, los empleados del IMSS y de los trabajadores del sector público que no están incorporados al ISSSTE y cubre a otros sectores de la población mediante seguros facultativos.[122] El Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se encarga de atender a los empleados del gobierno federal y seis gobiernos estatales. Hasta 1995 aseguraba a 5% de la PEA y cerca del 10% de la población total. Petróleos Mexicanos (PEMEX) tiene su propio sistema de seguridad social, al igual que las fuerzas armadas (ISSFAM). Estos institutos cubren a me-

---

[120] Estudios Económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 96.

[121] IMSS, *Reporte ...cit.*

[122] Los empleados del régimen obligatorio hacen aportaciones a alguno de los múltiples seguros del Instituto (SRT, SEM, SIVCM) según el esquema de financiamiento de cada uno. Sin embargo, a lo largo de la historia del IMSS se han incorporado trabajadores y sectores de la población por decreto presidencial. Las cuotas de estos seguros (con restricciones) las cubre alguna instancia de gobierno o el propio Instituto. Algunos de estos grupos son los estudiantes de universidades públicas, los productores de caña, los jornaleros agrícolas, entre otros. Por su parte, IMSS-Solidaridad sólo cubre un paquete limitado de servicios médicos y las cuotas las paga el gobierno federal. (E. Dávila y M. Guijarro, *Evolución y reforma del sistema de salud en México*, Santiago, CEPAL, 2000, pp. 30-37.)

nos del 1% de la población. En conjunto, los cuatro sistemas de seguridad social aseguraban en el año 2000 a cerca del 52% de la población total y a 44% de la PEA.[123] (Tabla 2.1)

La población no asegurada (o población "abierta") constituye un grupo muy heterogéneo de personas que van desde los habitantes de las zonas rurales y de algunas áreas marginadas, hasta trabajadores independientes de altos ingresos. Esta población tiene acceso a los servicios de salud que proporciona la Secretaria de Salud (SS), ya sea de manera directa o mediante los servicios de salud estatales, el Departamento del Distrito Federal, el Instituto Nacional Indigenista en las comunidades indígenas, y el Programa de Desarrollo Integral de la Familia para grupos vulnerables.[124] Nominalmente, este sistema provee servicios de salud a todos los que no están cubiertos por algún sistema de seguridad social; sin embargo, en el año 2000 sólo cubrió a 47.5% de la población total. Con el Programa de Ampliación de la Cobertura (PAC) que se instrumentó desde 1995 se extendieron los servicios básicos de salud a 99.5% de la población.[125] Si bien esto significa que el déficit de cobertura mínima de servios se redujo a 0.5%, es importante remarcar que todavía cerca de la mitad de la población (48%) no tiene acceso a la seguridad social.

El sector privado proporciona servicios de calidad variable a personas de todos los niveles de ingreso. En un extremo del espectro se encuentra la población de ingresos altos. En el otro extremo se encuentran las familias de bajos ingresos, quienes utilizan los servicios privados de salud mediante pagos directos.[126] El financiamiento de los servicios médicos a través de una compañía

---

[123] La suma de población cubierta por IMSS e ISSSTE y los otros sistemas no permite calcular la población cubierta por el sistema de seguridad social, ya que muchas veces hay duplicidad de cuotas donde ciertos cotizantes, se encuentran asegurados por más de un sistema de seguridad social.

[124] E. Dávila y M. Guijarro, *op.cit.*, p. 34.

[125] En 1995 el número de usuarios potenciales de los servicios de la SS era de 34 millones de personas (41% de la población). Sin embargo, con los programas de ampliación de la cobertura (PAC) los usuarios potenciales de estos servicios se incrementaron a 45% de la población total. (Presidencia de la República, *Sexto informe de gobierno*, México 2000, pp. 221-223 y Secretaría de Salud, *Encuesta nacional de salud II*, México, 1996, p. 31)

[126] De acuerdo con el INEGI, 33% de las consultas de los hogares pobres se llevan a cabo en el mercado privado. Hasta ahora, existe un subsidio a los gastos médicos vía la deducibilidad de impuestos. Sin embargo, como este sistema no está restringido, beneficia en mayor medida a las familias de mayores ingresos que al resto. (Instituto Na-

aseguradora privada es muy limitado. Hasta 1999, la cobertura de estos seguros alcanzaba a 3.1 millones de persona, 3% de la población total.[127] Cabe mencionar que hasta 1999 el sector privado operó en un ambiente poco regulado por el gobierno.

Tabla 2.1 Cobertura del sistema nacional de salud en el año 2000
(población en miles de personas)

Población 100,000	Población Económicamente Activa (PEA) 35,000	Sólo seguros privados	53	PEA con SS 15,553
		Sólo IMSS	8,400	
		IMSS+Otros	3,600	
		Sólo Públicos	3,500	
		Servicios de Salud Estatales	17,697	
		Población no cubierta	1,750	
	Población Económicamente Inactiva (PEI) 65,000	Sólo seguros privados	975	PEI con SS 36,425
		Sólo IMSS	21,000	
		IMSS+Otros	9,000	
		Sólo Públicos	5,450	
		Servicios de Salud Estatales	25,325	
		Población no cubierta	3,250	

Fuente: Elaboración propia con datos de R. Ham (1995) y *6to. Informe* (2000)

Nota: "IMSS+Otros" se refiere a derechohabientes del Instituto con coberturas de seguros públicos o privados. "Sólo Públicos" incluye a derechohabientes del ISSSTE federal y estatales, ISSFAM y PEMEX sin acceso al IMSS.

El SNS se financia con contribuciones a la nómina e impuestos generales, así como por aportaciones de los hogares.[128] Las instituciones de seguridad social se financian con contribuciones de empleados, patrones y gobierno. Los servicios médicos para la población abierta obtienen su

---

cional de Estadística, Geografía e Informática, *Encuesta nacional de ingreso-gasto de los hogares*, México, 1996. y Estudios Económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 106.)

[127] Los seguros médicos sólo ocupaban 2% del gasto total en salud y 7% del gasto privado (Organization for Economic Cooperation and Development *OCDE Health Data (1999)* (www.oecd.org). Según la Encuesta Nacional de Salud, la mitad de las personas que tienen seguro de salud de una compañía privada también tienen cobertura de algún instituto de seguridad social. (Secretaría de Salud, *Encuesta ...cit.*, p. 23.)

[128] Del gasto total en salud, el gobierno financia aporta 26%, los empresarios 28%, y los hogares 46%. (Organization for Economic Cooperation and Development, *OCDE...cit.*)

ingreso de impuestos generales y de fuentes alternativas de financiamiento. Éstas últimas están creciendo de forma importante, aunque se mantienen como una parte muy pequeña del total de ingresos.[129]

La coordinación entre las diferentes instituciones del SNS es baja. La SS y las diferentes instituciones de seguridad social tienen sus propios médicos, presupuesto y clínicas de los tres niveles de atención. Todavía no se tiene una reglamentación clara para remitir a los pacientes entre la SS, algún sistema de seguridad social y el sector privado; sin embargo, en ocasiones hay transferencias de un sistema de seguridad social hacia algún instituto especializado de la SS o en casos extraordinarios a hospitales privados.[130] Hasta el momento, el paciente todavía no puede seleccionar a su médico o la clínica a la que desea pertenecer en ningún esquema público del SNS. Sin embargo, como se verá en el cuarto capítulo, ya se están probando algunos proyectos piloto en el IMSS para que sus derechohabientes puedan seleccionar a su médico de familia.

PROBLEMAS DEL SNS

Si bien el SNS ha contribuido con la mejora en los indicadores de bienestar de los mexicanos, la organización vertical (Tabla 2.4) de este sistema ha provocado muchos de los problemas que se presentan en la actualidad. Por un lado, existe una baja productividad en los recursos públicos y privados destinados al sector. Por el otro, el país todavía tiene requerimientos de inversión adicional en salud para enfrentar el aumento de la demanda y cubrir a la totalidad de la población. Lo

[129] Los servicios de salud proporcionados en la SS (estatales y DF) cobran una cuota a los usuarios proporcional a su capacidad de pago (co-pago). El ingreso proveniente de estas cuotas se duplicó desde los años 80, hasta alcanzar 10% del gasto total de la SS en 1994. (Estudios Económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 105.)

[130] Antes ocurría principalmente por insuficiencia en los servicios médicos ofrecidos por algún sistema de seguridad social. Aún así, esta práctica aumenta cada vez más por cuestiones de costo-beneficio. (*Ibid.*, p. 98.)

que resulta paradójico es que muchos de los recursos ya disponibles para el SNS se desperdician por la duplicación de funciones y las ineficiencias en el uso de los recursos. (OCDE, 1998)

Inequidad en la distribución de los recursos

La idea de que los esquemas de seguridad social atienden a la clase media y que los servicios privados los utilizan categorías de mayor ingreso, liberando así recursos para los pobres, no es del todo cierta en el caso de México. El comportamiento real de la población no corresponde a la segmentación del mercado y existen demandas que se traslapan. Por un lado, unos beneficiarios de la seguridad social recurren a servicios médicos privados o a los servicios especializados de la SS, aunque este represente pagos múltiples de parte del consumidor. Por el otro, 48% de la población abierta no cuenta con cobertura suficiente de servicios médicos. (OCDE, 1998)

El primer tipo de desigualdades que se pueden encontrar en el SNS son las que existen entre instituciones y entre estados. La asignación del gasto público a las instituciones de atención a la salud todavía muestra un sesgo importante en favor de la población asegurada. Los esquemas de seguridad social que atienden a 50% de la población, representan cerca de 70% del total de los gastos en salud del sector público. El gasto *per cápita* de los asegurados del IMSS es cuatro veces superior al que se asigna en los sistemas coordinados por la SS.[131] Por su parte, la distribución de los recursos dentro de cada institución que compone el SNS difiere entre los estados. Al observar la inversión pública puede verse que en términos *per cápita* los estados más pobres reciben menos recursos del gobierno federal que el promedio nacional.[132]

---

[131] En 1995, la SS gastaban 50 pesos por paciente, en el IMSS se gastaban 200 y en PEMEX esta cifra llegaba a 533. (*loc. cit.*)

[132] Paradójicamente, la proporción del gasto que se asigna en los estados pobres para la salud preventiva es mayor que en lo estados ricos. En estos últimos se privilegia la salud curativa (Secretaría de Salud, *Encuesta..cit.*, p. 44)

El segundo tipo de desigualdad es la destinada a los diferentes tipos de atención. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en el primer nivel se pueden atender y resolver 85% de los problemas que se presentan en un grupo de población, en el segundo nivel 10% de las demandas, mientras que en el tercer nivel se resuelven de 3 a 5% de las necesidades de los pacientes.[133] En México la distribución de los recursos disponibles para la provisión de servicios de salud indica que se destina más de 60% de éstos a la atención de tercer nivel, 25% a la de segundo nivel y el resto a la atención de primer nivel donde se encuentra la medicina preventiva.[134] El porcentaje destinados a este último rubro, donde se incluyen las intervenciones más costo-efectivas, todavía es bajo al comparar a México con países similares.[135] Por lo anterior, la distribución del gasto indica que la mayor parte de los recursos se destinan a los niveles de atención más costosos y con el menor beneficio marginal para la sociedad.

Ineficiencia y baja calidad en los servicios

En el año 2000, México destinó 5.6% del PIB al gasto en atención a la salud (gasto público y privado).[136] Según estándares internacionales, el componente público del gasto era bajo (46%). Mientras que el componente privado está sujeto a una gran incertidumbre, y no se utiliza de forma eficiente por las fallas de mercado que caracterizan a un sistema de salud poco regulado. El SNS comparte características del *modelo voluntario sin aseguramiento* y el *modelo público integrado*

---

[133] En este nivel se llevan a cabo acciones de prevención de enfermedades, de promoción de la salud, vacunación y detección oportuna de enfermedades crónicas. (World Health Oranization, *WHO Statistical Information Systems* (www.who.int))

[134] Patricia Hernández, *et al.*, "Las cuentas nacionales de salud", en J. Frenk (coord), *El observatorio de la salud*, Funsalud, México, 1997, p. 123.

[135] J.Frenk (ed), *op. cit.*, pp. 166-167. Con el paquete básico de salud que se provee con el PAC se privilegia la salud preventiva, por lo tanto se ha otorgado mayor énfasis a este tipo de intervenciones en los últimos año.

[136] Este porcentaje es bajo al compararlo con otros países de América Latina. En Costa Rica se asigna 8.7% y en Colombia 9.3%, mientras que el promedio de toda la región es 6.1% (J. Frenk, " Mesa Redonda: Retos de la Reforma en México", Seminario: *Reforma a los sistemas de salud: Financiamiento y equidad*, CIDE-CEPAL, jueves 25 de enero de 2001.)

explicados en el primer capítulo. Por lo tanto, hay limitación en la parte de equidad y eficiencia por las fallas de mercado del primer modelo y por las fallas de gobierno en el segundo.

La organización vertical del sistema, el control casi monopólico de la mayoría de las instituciones públicas dedicadas a la salud, y la falta de libertad de elección por parte del consumidor son las principales causas de las ineficiencias.[137] El prestador de servicios es al mismo tiempo el regulador, así que los conflictos de intereses internos hacen que la supervisión y el control de calidad sean débiles. El método de "mando y control" que se utiliza en el SNS para administrar los servicios médicos han generado altos costos y baja satisfacción de los usuarios. En primer lugar, hay zonas médicas con equipo insuficiente mientras que en otras se encuentra subutilizado.[138] En segundo, hay una composición inadecuada del personal, mientras los médicos son suficientes en proporción a la población, las enfermeras y técnicos en la atención primaria son insuficientes.[139] El personal tiene un índice elevado de ausentismo (programado y no programado) y hay una mala distribución de éste entre las diferentes regiones. En tercer lugar, la mala planeación de los sistemas de distribución ha encarecido el abasto de medicamentos y otros insumos. Por último, los sistemas de referencia entre los diferentes niveles de atención son inadecuados. Con frecuencia los enfermos encuentran la manera de evadir el primer nivel de atención, para pasar al segundo nivel que es más costoso.[140] (OCDE, 1998)

El problema del sector salud señalado con más frecuencia en la Encuesta Nacional de Salud de 1994 fue la baja calidad de los servicios. De la población entrevistada, 62% consideraba que la

---

[137] Estudios Económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 105. Sobre la situación del SNS antes de 1994 véase Carreras L. y C. Matute "Seguridad Social: Elementos para su diagnóstico y reforma", *Revista del Colegio de Ciencia Política y Administración Pública, no.6*, 1996.

[138] Véase IMSS, *Diagnóstico*, México, 1994.

[139] En México hay un médico por cada 652 habitantes. Sin embargo hay una enfermera por cada 495 habitantes, la mitad de la proporción observada en casos similares al mexicano. La relación médico/enfermera en 1994 era de 1:1.5 en lugar de la recomendada 1:2. (World Development Report, *op. cit.*, p. 92.)

[140] La forma más común de evadir el acceso al primer nivel es a través de los servicios de urgencias.

calidad de los servicios de salud estatales era regular o mala.[141] El problema específico que más afectaban a los usuarios con los servicios médicos fueron los tiempos de espera. Mientras que el tiempo promedio de espera en las instalaciones de seguridad social era de 60 minutos, en las de la SS era de 43 minutos y en los servicios privados 17 minutos. En segundo lugar, el desabasto de medicamentos e insumos médicos era el otro asunto que reducía la satisfacción de los usuarios.

Muchos de los problemas descritos se generaron por la centralización que caracterizó al SNS en el pasado. En los últimos años se han hecho esfuerzos por descentralizar los servicios médicos hacia los gobiernos estatales y algunas funciones de los institutos de seguridad social en las delegaciones regionales. Sin embargo, la administración de los recursos a nivel local también ha generado algunos conflictos por su falta de capacidad de gestión, aunque éste fenómeno se manifestará siempre en las primeras etapas de la descentralización de los servicios médicos.[142]

FENÓMENOS EXTERNOS QUE AFECTAN AL SISTEMA DE SALUD

Independientemente de los problemas que se acumularon a lo largo del tiempo en el SNS, en los últimos años se han vislumbrado nuevas situaciones que obligarán a las autoridades a reformar la organización del SNS. Estos fenómenos son consecuencia del desarrollo actual de la economía y la sociedad mexicana y se verán reflejados en nuevas demandas de atención médica.

---

[141] Secretaria de Salud, *Encuesta...cit.*, p. 67

[142] Por ejemplo, en los últimos años se ha visto que en el caso de los sistemas de salud estatales existen conflictos de coordinación inter-institucional para la planeación, programación y ejercicio del gasto. Una vez que las Secretarias de Finanzas de los estados reciben los recursos de la Federación, existen retrasos importantes por los trámites que se deben cubrir para utilizar estos fondos. Lo anterior reduce el tiempo que tienen las secretarias de salud estatales para poder utilizarlos. Esta situación ha llevado a la existencia de sub-ejercicios importantes del presupuesto de salud en los estados y en observaciones a los gobiernos estatales por utilizar estos recursos en otras áreas de gasto público.

La transición demográfica en México

La transición demográfica es un fenómeno natural de la evolución de todos los países. Este proceso se caracteriza, en un principio, por la prevalencia de altas tasas de mortalidad y natalidad. Posteriormente, sigue un período de alta natalidad y baja mortalidad, como consecuencia del crecimiento económico y de las mejoras sanitarias. Finalmente, el desarrollo demográfico concluye cuando existe una baja tasa de mortalidad y natalidad. En México, la segunda etapa de la transición demográfica empezó en los años 30, cuando inició el descenso de la tasa de mortalidad. La reducción en el ritmo de crecimiento de los nacimientos comenzó hasta los años 70, cuando se aplicaron planes de control de la natalidad.[143] El crecimiento promedio de la población, que llegó a ser de 3.5% en los años 60, bajó hasta 1.8% en el año 2000, y se espera que llegue a 1.1% en el 2005.[144] De mantenerse estable esta última tasa, el reemplazo generacional (2.1 hijos por mujer) sería factible.[145] Lo importante en el caso mexicano es la rapidez de la transición demográfica. Mientras que en los países de Europa Occidental se llevaron de cien a ciento cincuenta años para que la tasa de fecundidad descendiera a sus niveles actuales, en México este proceso duró tan sólo tres décadas.

---

[143] Es probable que esta reducción no habría sido posible de no haberse incrementado significativamente el uso de métodos de control de la natalidad. En los años 70 sólo una de cada diez mujeres usaba métodos anticonceptivos y en la actualidad siete de cada diez los utiliza. (Consejo Nacional de Población, *La demanda de servicios de salud en México*, México, 1995, p. 28)

[144] 1.1% sería la tasa de crecimiento real, en la cual se toma en cuenta el crecimiento natural de la población (1.5%) menos la población que emigra a otros países. En el año 2000 se estima que hay 8 millones de mexicanos en el extranjero, principalmente en Estados Unidos. De mantenerse esta tendencia (que es difícil que cambie por la demanda de mano de obra con el perfil de la mexicana) se calcula que la migración continuará creciendo entre 300 mil y 500 mil mexicanos al año. En veinte años la cifra de mexicanos en Estados Unidos podría llegar a 20 millones. Con la posibilidad de la doble nacionalidad, 14% de los mexicanos podrían vivir fuera del territorio nacional. (*Excelsior*, "En el XXI la nación vivirá el envejecimiento demográfico", 1 de enero de 2000, pp. 1-3.)

[145] El número de hijos por mujer pasó de 7.3 a 2.5 en treinta años. Sin embargo, el número de mujeres en edad reproductiva se duplicó. (R. Ham, *The Elderly in Mexico: Another Challenge for Middle Income Country*, Malta, INIA/CIRED, 1995, P. 13.)

A esta situación se suma el aumento en la expectativa de vida de la población. En los años 50, la esperanza de vida promedio era de 49 años, mientras que en el año 2000 es de 75 años y en el 2020 se espera que sea de 82 años.[146] Por lo anterior, a pesar de la reducción en el ritmo de crecimiento de la población, el número de habitantes seguirá aumentando en términos absolutos. La población en el año 2000 llegó a cerca de 100 millones de habitantes[147], y para el año 2010 se espera que haya 112 millones. En el año 2030 las estimaciones fluctúan entre 129 y 135 millones, y para el 2050, entre 131 y 146 millones de habitantes.[148]

Como parte de este proceso, también ocurrirá un cambio en el promedio de edad de los mexicanos. En 1970, la estructura de la población era primordialmente joven, ya que los menores de 15 años representaban 46.5% de la población total, mientras que el grupo de más de 65 años era 3.5%. En 1990, esta composición comenzó a cambiar con la reducción en el ritmo de crecimiento de la natalidad. En este año, 37% del total de la población era menor de 15 años, 59% se encontraban en edad reproductiva, y 4% era mayor de 65 años (Tabla 2.2).[149] A su vez, la tasa de crecimiento de los menores de 15 años era de 0.4%, la del grupo de 15 a 64 años de 3%, y la de mayores de 65 años era de 4%.

Hoy en día, el grupo de edad que crece más rápidamente es el de la población mayor a 65 años de edad. Con la tasa de crecimiento proyectada de 4% anual este grupo se duplicará en un período de 15 a 17 años.[150] Todavía no se vive por completo el impacto de este fenómeno, ya que dos terceras partes del aumento de la población de la tercera edad que se tiene previsto para el 2050,

---

[146] Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de población 2000-2050*, (www.conapo.gob.mx)
[147] De no haberse aplicado los planes de control de la natalidad en los años 70, en el año 2000 la población de mexicanos viviendo en el territorio nacional sería de 142 millones aproximadamente (R. Ham, *op. cit.*, p. 13)
[148] Consejo Nacional de Población, *Proyecciones...cit.*, cap. 3. y United Nations Secretariat, *Sex and Age Distribuition of the World Population: 1998 Revision.* Nueva York, 1999, p. 581.
[149] Consejo Nacional de Población, *La demanda ...cit.*,, p. 25.
[150] Consejo Nacional de Población, *Proyecciones...cit.*, p. 2.

ocurrirá a partir del 2030. Este grupo de población es el que nació en la etapa de alta natalidad y baja mortalidad (entre 1970-1985), así que se espera que sea como una "ola" que incremente significativamente el ritmo de crecimiento de la tercera edad hasta el año 2050, y posteriormente se mantenga estable esta tasa, cuando la población que nació en el período de baja natalidad (1985-2000) inicie su ciclo de envejecimiento.[151]

Esta tendencia cambiará significativamente las características de la población, principalmente después del 2030. En el año 2000, uno de cada veinte mexicanos pertenece a la tercera edad, lo que corresponde a 4.7 millones de personas. Para el año 2020 este grupo de edad podría alcanzar 9.8 millones, para 2030 los 14.6 millones, en 2040 la cifra de 21.5 millones, y de 27.3 millones en el 2050.[152] Esta proyección indica que para 2050 uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años. Con este cambio demográfico, se modificará la edad promedio de los mexicanos; la cual pasó de 21 años en 1970 a 27 años en el 2000, y se espera que sea de 45 años en el 2050. Esta transición en la composición de la población tendrá implicaciones importantes en los servicios médicos y sociales que se destinan a la población de la tercera edad.

Tabla 2.2 Estructura de edades en México (porcentaje)

1970		1990		2020		2050	
Menores de 15 años	46.5	Menores de 15 años	37.0	Menores de 15 años	28.0	Menores de 15 años	24.0
15-65 años	50.0	15-65 años	59.0	15-65 años	64.5	15-65 años	56.0
Mayores de 65 años	3.5	Mayores de 65 años	4.0	Mayores de 65 años	7.0	Mayores de 65 años	20.0

Fuente: Elaboración propia con datos de CONAPO (1999) y UN (1999)

[151] Esta misma población de la "ola" que nació entre 1970 y 1985 (que marcó la cifra histórica de población menor de 15 años de edad) ya empezó a ejercer presión en el mercado laboral desde los años 80. Con la incorporación de la totalidad de esta población a la PEA en los próximos años, serán necesarios de 1.1 a 1.2 millones de empleos por año, sin tomar en cuenta los rezagos acumulados. Posteriormente, la presión por nuevos empleos comenzará a decrecer a partir del 2010 como reflejo de la caída en el crecimiento de la población más joven. Se calcula que la demanda por nuevos puestos de trabajo será de alrededor de 850 mil por año. Para 2020 y 2030 esta cifra va a disminuir hasta 500 mil o 600 mil nuevos empleos anualmente. (R. Ham, *op. cit.*, p. 47)

[152] Como puede observarse, entre el 2040 y el 2050 tiende a reducirse el ritmo de crecimiento de este grupo de edad (United Nations Secretariat, *op. cit.*, p. 581.)

La transición epidemiológica en México

El desarrollo económico y social posterior a la Revolución Mexicana se vio reflejado en un incremento en los niveles de escolaridad y urbanización.[153] Estos fenómenos junto con el aumento de la cobertura y servicios del SNS han contribuido al cambio en el patrón de morbilidad que se presenta en México. Desde hace 70 años, se ha observado que las enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias) o "comunicables" tienden a disminuir como porcentaje del total de las enfermedades que presenta la población. Por su parte, las enfermedades no transmisibles (crónico degenerativas y cánceres) así como los problemas derivados de lesiones, accidentes y adicciones, han aumentado su participación en el patrón morbológico de los mexicanos.

En 1930, las infecciones, parasitosis, diarreas y neumonías ocasionaban 60% de las defunciones, las enfermedades no transmisibles originaban 17%, los accidentes y homicidios causaban 5%, y 6% se debían a muertes perinatales, maternas y por desnutrición (12% eran muertes por causas "no definidas"). En 1992, 62% de las defunciones se debían a enfermedades no transmisibles, 21% a enfermedades transmisibles, perinatales, maternas y relacionadas con la nutrición, 15% a lesiones y sólo 2% a causas "no definidas". (Tabla 2.3) De seguir esta tendencia para el año 2020 las enfermedades transmisibles provocarán menos de 12% del total de las defunciones y las no transmisibles 72%, las lesiones podrían mantenerse entre 15 y 16%.[154]

El cambio en el patrón epidemiológico, también está asociado al cambio demográfico. Los perfiles epidemiológicos empiezan a reflejar mayores padecimientos en la edad adulta que en la infancia, en parte, por el cambio demográfico, pero también por la mejora en las condiciones sani-

[153] El sistema educativo nacional permitió instruir sobre los métodos de prevención de enfermedades. A su vez, los servicios públicos (agua potable, drenaje, electricidad) producto de la urbanización, mejoraron las condiciones sanitarias de la población. (Consejo Nacional de Población, *La demanda...cit.*, pp 29-30.)

[154] J. Frenk (ed), *op. cit.*, pp. 106-107

tarias.[155] Aún así, todavía se sigue presentando altas tasas de mortalidad por parto, así como problemas graves de nutrición en comparación con otros países de "ingreso medio" grupo al que pertenece México.[156] Asimismo, es necesario tomar en cuenta que los avances en mortalidad y morbilidad son reversibles y en ocasiones "se pierde terreno ganado".[157]

En la transición epidemiológica también hay matices, ya que en el país todavía se encuentran dos situaciones contrastantes entre el norte y el sur. En los estados del centro y norte, así como en las zonas urbanas, existen indicadores de salud similares a los de países desarrollados; y en las zonas marginadas, rurales y en los estados del sur siguen presentándose indicadores característicos de países subdesarrollados.[158] Este tipo de diferencias también puede encontrarse al observar el nivel de ingresos de la población, ya que pueden encontrarse mejores indicadores de salud entre más se asciende en la escala social. (OCDE, 1999)

En los próximos años, las enfermedades no transmisibles adquirirán mayor importancia como reflejo del envejecimiento de la población, incrementándose significativamente la necesidad de prevenir y tratar enfermedades crónico-degenerativas.[159] Aún así, las enfermedades transmisibles seguirán presentándose, no sólo por las condiciones de pobreza e insalubridad que se presentan en

---

[155] J.L. Bobadilla y C.A. Possas, *op. cit.*, p. 16.

[156] Estudios Económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 93. y J. Sepúlveda "Mesa Redonda: Retos de la Reforma en México", Seminario: *Reforma....cit.*

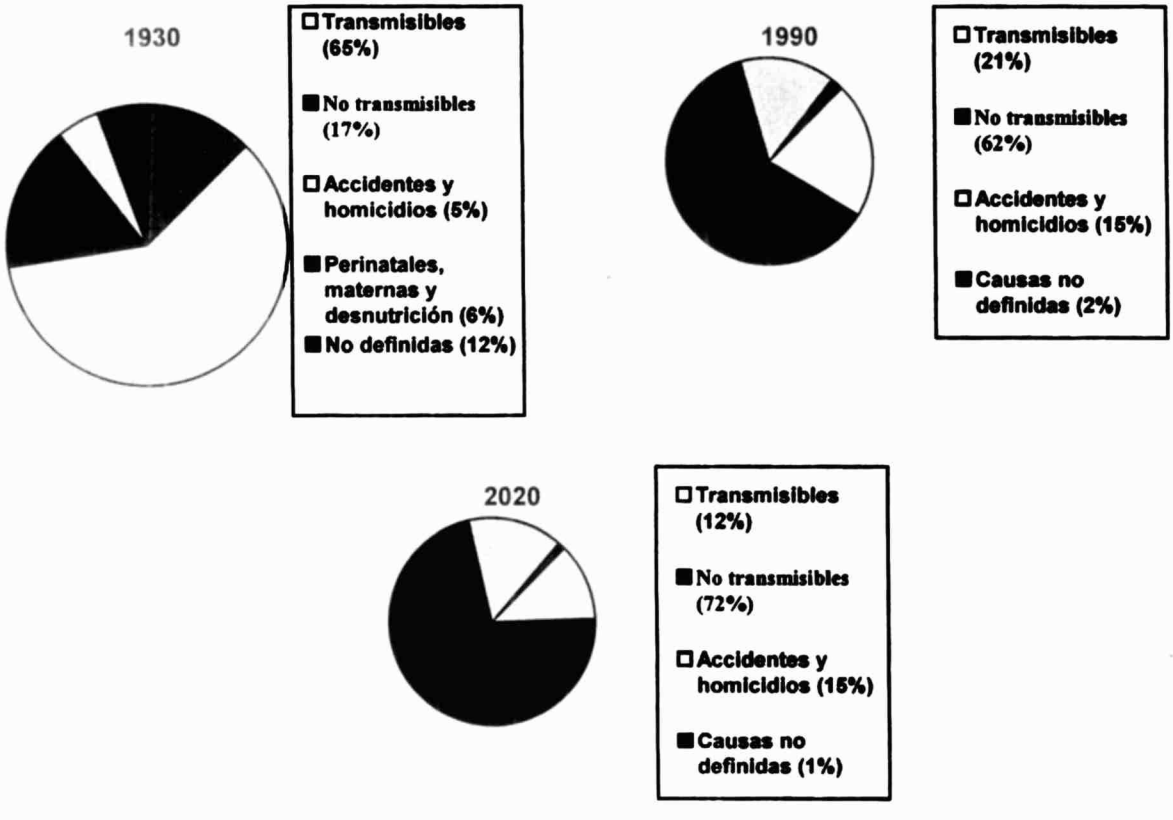
[157] Algunas enfermedades que se habían erradicado en el pasado como la tuberculosis o la poliomielitis suelen resurgir en ciertos periodos. Al combatirse, vuelven a erradicarse, pero siempre hay nuevos brotes. (IMSS, *Aportaciones....cit.*, p. 50.)

[158] En las zonas marginadas urbanas se presentan patrones de enfermedades pre y post transicionales. (Véase Secretaría de Salud, *Encuesta ...cit.*). Para ilustrar las diferencias entre el norte y el sur podría verse la reducción en la mortalidad infantil. En la región sur, en los años 60 había 147 defunciones por cada 1000 habitantes, mientras que en los años 80 bajaron a 92. En el norte en el mismo período era de 92 y 28, respectivamente. (J.L. Bobadilla y C.A. Possas, *op. cit.*, p. 18.)

[159] Las principales enfermedades crónico-degenerativas que se presentan en el país por orden de importancia son: las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, la patología renal, las enfermedades hepáticas, la diabetes y los trastornos mentales. Las enfermedades cardiovasculares en los años 40 causaban 17,000 muertes (3.7% del total) esta cifra se incrementó a 87,000 muertes (21% del total), y es la principal causa de muerte en el país en la actualidad. (J. Frenk (ed), *op. cit.*, p. 110.) Recientemente, la obesidad, la hipertensión y el tabaquismo son las enfermedades que más están creciendo en importancia. (J. Sepúlveda, *op. cit.*)

varias regiones del país, sino también por el resurgimiento y desarrollo de nuevos padecimientos.[160] El incremento en el gasto en salud como consecuencia del tratamiento y prevalencia de las enfermedades no transmisibles supera por mucho los ahorros generados por la reducción de enfermedades transmisibles, ya que el tratamiento de enfermedades no transmisibles involucra tratamientos intensivos en tecnología. A su vez, todavía no es del todo claro el ahorro que habrá en gastos de maternidad con respecto a la reducción en las mujeres embarazadas, ya que la tecnología se ha hecho más sofisticada y costosa.

Tabla 2.3 Causas de muerte en México



Fuente: J. Frenk (ed) (1995)

[160] El SIDA es una de las enfermedades transmisibles en plena expansión. Entre las enfermedades erradicadas que empiezan a resurgir estaría la enfermedad de los legionarios, el síndrome de choque tóxico y el cólera. (*loc. cit.*)

Cambios económicos

Los dos problema asociados a la situación económica del país son la restricción presupuestal y el aumento esperado en gastos de atención médica. Desde los años 80, se redujo significativamente el ritmo de crecimiento en la economía mexicana, lo cual restringió la cantidad de recursos públicos que el SNS tenía a su disposición para proveer servicios médicos. Por un lado, los períodos de alta inflación y de reducciones en los salarios reales de cotización se reflejaron en la disminución en las percepciones de los institutos de seguridad social administrados por alguna instancia de gobierno. Por el otro, los lineamientos de control del gasto y déficit público restringieron la cantidad de recursos que se podían asignar a las dependencias públicas para la provisión de servicios médicos para la población abierta.[161]

A esta situación de restricción presupuestal se suma el incremento en los gastos esperados en servicios médicos, como consecuencia del aumento que se anticipa como resultado de la transición demográfica.[162] Como ya se había mencionado los costos de atención de la población en edad avanzada es alto en comparación con otros grupos de edad, ya que requieren de tratamientos intensivos en capital por un período más largo de tiempo.[163] Por su parte, el crecimiento económico esperado y los programas de ampliación de la cobertura hacen suponer que el gasto nacional por habitante en salud crecerá por arriba del incremento del PIB en los próximos años.[164]

---

[161] El cociente del gasto en salud como porcentaje del PIB bajó más de 1% entre 1982 y 1988, como consecuencia de la caída en el ingreso real de las familias y de los recortes presupuestales para estabilizar las finanzas públicas. A partir de 1988, el gasto en salud se fue recuperando, y para 1992 se llegó de nuevo al nivel alcanzado antes de la crisis de la deuda. Entre 1988 y 1994 el incremento en los gastos en salud reflejan mayor asignación de fondos públicos y un financiamiento creciente de fuentes privadas. (Estudios Económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 105)

[162] R. Ham, *op. cit*, cap. 8.

[163] Según la simulación realizada por CONAPO en 1994 para el año 2010 se triplicará la demanda de servicios médicos por parte de la población de la tercera edad. Además, se estima una tasa de utilización mayor de los servicios de parte de los nuevos derechohabientes, principalmente de trabajadores de la economía informal (Consejo Nacional de Población, *La demanda...cit.*, pp. 61 y 67.)

[164] La salud es un bien superior que se valora más entre más aumenta el ingreso. Al existir una correlación directa entre crecimiento económico y gasto en salud, es previsible que esta predicción se cumpla. (IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 41.)

El tercer elemento que explica el aumento en los gastos médicos es el incremento en los precios de los servicios de salud. Este fenómeno tiene dos causas principales: el aumento en la demanda de servicios cuando la oferta no se ajusta a este cambio y los avances tecnológicos.[165] Desde las décadas de los 1980 y 90 hubo un aumento importante de la demanda de servicios médicos, sin un ajuste similar del lado de la oferta. Entre 1986 y 1993 el incremento en precios en el sector salud fue mayor que la registrada en el Índice General de Precios del Consumidor (IPC) del Banco de México. Entre 1981 y 1993 este índice se incrementó 172 veces, mientras que el de los bienes y servicios de salud aumentó 215 veces.[166] El incremento de los precios de la salud también se explica por la creciente complejidad y sofisticación del equipo médico y los medicamentos. Como ya se mencionó en el primer capítulo, el avance tecnológico en la medicina tiende a incrementar los costos en lugar de disminuirlos.

LA REFORMA AL SECTOR SALUD

En las décadas de los 80 y 90 se llevó a cabo un debate sobre la necesidad de reformar el sistema de salud en México. Muchos argumentaban que este sistema, que se había diseñado para enfrentar las necesidades de la población de los años 40 y 50, ya no podía satisfacer las necesidades y demandas futuras.[167] Las razones que motivaron esta discusión son similares a las que se presentaron en otros países del mundo: el cambio demográfico, el epidemiológico, la incapacidad del sistema de salud para enfrentar el aumento en la demanda, la restricción de recursos públicos, entre otros. Para adaptar el SNS a la nueva situación, en el Programa para la Reforma del Sector Salud 1995-2000 se establecieron los primeros lineamientos generales de cambio.

---

[165] J. Frenk (ed), *op. cit.*, p. 190. y D. Cutler, *Public...cit.*, p. 17.
[166] *Ibid.*, pp. 191-192.
[167] Una síntesis de este debate puede encontrarse en J. Frenk (ed), *op.cit.*, pp. 401.

A partir de la crisis de la deuda en América Latina los diferentes organismos internacionales han promovido modelos de reforma a los sistemas de salud. El Banco Mundial desde los años 70 promovió la reducción en la participación de los gobiernos centrales en el financiamiento y la provisión del servicio, al mismo tiempo que se construían mecanismos para incrementar los esquemas de prevención. Para ello, sugirió el incremento del gasto gubernamental en servicios básicos de salud que tienen una relación costo-efectividad más elevada, y que se disminuyera en los servicios médicos de segundo y tercer nivel que son más caros, y que tienen un menor beneficio marginal para la sociedad.[168]

En México se llevó a cabo un programa de reforma al sector en la administración del presidente Ernesto Zedillo.[169] Los tres objetivos explícitos fueron: proporcionar acceso a los servicios públicos de salud a la población no cubierta, hacer más eficiente la prestación de servicios para toda la población, y establecer un sistema de atención a la salud que no generara una futura explosión del gasto.[170] Al mismo tiempo, otros objetivos secundarios implícitos pretendían reducir las disparidades epidemiológicas entre las regiones, responder a las necesidades de una población cada vez más urbana y de grupos con mayores ingresos (principalmente de las clases medias), y prepararse para enfrentar la demanda de servicios de salud para los adultos mayores. Esta reforma es de muy largo plazo y se tiene planeado llevarla a cabo en fases sucesivas. En algunas áreas como en la descentralización de la SS, o como se verá a continuación en las reformas al IMSS, ya se están haciendo cambios tendientes a cumplir con este "plan". En otras (ISSSTE, PEMEX, ISS-

---

[168] Para la provisión de servicios más costosos se debía promover la diversidad y competencia, por medio de seguros públicos y privados que ofrecieran coberturas amplias. En México, se empezaron a privilegiar los servicios básicos de salud desde los años 80. El gasto en los servicios de atención primaria se expandió 11.4% y en los de segundo y tercer nivel se redujo en 4% entre 1970 y 1993. Sin embargo, como se vio anteriormente, todavía no se asigna una cantidad suficiente de recursos a la salud preventiva (V. Brachet y M. Sherrard, "Political Change and the Welfare State: The Case of Health and Food Policies in Mexico (1970-93)", *World Development*, 22, 1994, p. 1298.)

[169] Véase Secretaría de Salud, *Programa...cit.*

[170] *Ibid.*, p.13.

FAM), todavía no se definen las acciones gubernamentales a emprender para lograr el tránsito de un SNS organizado verticalmente (por instituciones) a uno organizado de forma horizontal (por funciones). (Tabla 2.4 y 2.5)

Tabla 2.4 Sistema mexicano de salud en la actualidad

Categoría / Funciones	Población asegurada				Población no asegurada		
	Priv.	Sistemas de S. Social			Con acceso a SS		Fuera
Regulación (normalización, c. de calidad)	privados	IMSS	ISSSTE	Otros	SS	Otros	tradicional
Financiamiento (seguros y cuotas)							
Provisión (servicios médicos)							
Porcentaje cubierto	3%	49%			47.5%		0.5%

Fuente: Secretaria de Salud (PRSS)

Nota: La mayoría del 3% cubierto por seguros privados también goza de algún sistema de seguridad social. "Otros" sistemas de seguridad social corresponden a PEMEX y a los sistemas de las fuerzas armadas. "Otros" sistemas de atención médica para población no asegurada corresponde al DIF, servicios del INI y Servicios del DF.

El modelo propuesto de organización horizontal requeriría de una gran coordinación entre diferentes organizaciones que llevan a cabo funciones específicas para poder articular adecuadamente los servicios médicos que requiriera la población. Algunos especialistas han tratado de

elaborar ampliamente esta propuesta como Julio Frenk con su modelo de "pluralismo estructurado" que se asemeja al de la Tabla 2.5 aunque incluye otras funciones.[171]

Tabla 2.5 Sistema mexicano de salud propuesto

Categoría	Población asegurada		Población no asegurada	
Funciones	Priv.	Sistemas de S. Social	Con acceso a SS	Fuera
Regulación (normalización, c. de calidad)	SS (Autoridad central)			
Financiamiento (seguros y cuotas)	Seguros médicos privados	Seguridad Social Consolidada	Sistemas estatales de salud	P A C
Provisión (servicios médicos)	Proveedores públicos y privados en competencia gestionada por la SS (hospitales y médicos)			
Porcentaje cubierto	Expansión	En Expansión	En Contracción	Contracción

Fuente: Secretaria de Salud (PRSS)

Nota: PAC corresponde al Programa de Ampliación de la cobertura.

Para el propósito de esta investigación sólo es necesario mencionar que el modelo propuesto implicaría que la SS y probalemente el IMSS (o el organismo que unifique las funciones del aseguramiento social en el futuro) se encargarían de la regulación y normatividad del SNS en su conjunto. El financiamiento provendría de varias fuentes: las contribuciones a seguros públicos y privados, cuotas por servicios, co-pagos, impuestos federales y estatales. En la parte de los servi-

[171] Véase gran parte de su producción de los últimos años. Un resumen de su propuesta se encuentra en J.Frenk, F. Knaul et al., "La seguridad social en salud: Perspectivas para la reforma" en F.S. Solís y F.A. Villagómez, *op. cit.*, pp.35-102.

cios de asistencia, se espera que sean totalmente descentralizados e integrados a los gobiernos estatales.[172] Para cubrir a la población en áreas muy alejadas se prevee mantener el PAC. En la parte de la provisión, existiría una pluralidad de organizaciones públicas y privadas que atenderían a diferentes sectores de la población según su plan de aseguramiento. La competencia entre estos sectores se espera que procure mayor eficiencia microeconómica y equidad en las prestaciones. En pocas palabras, se considera el tránsito de un modelo con características de *público integrado,* hacia un modelo de *contrato público,* según la clasificación descrita en el capítulo anterior. Sin embargo, esto dependerá de la situación económica del país y de la habilidad política de las nuevas administraciones federales.

LAS REFORMAS AL IMSS

El IMSS inició operaciones el 1 de enero de 1944, un año después de haberse expedido la LSS. En ese entonces cubrió los riesgos de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, invalidez, vejez y muerte, y desocupación en edad avanzada.[173] Estas prestaciones eran de carácter obligatorio para los empleados del sector formal de la economía y se tenía previsto ir extendiendo la cobertura a la par de la industrialización del país. En noviembre de 1944 se hicieron las primeras modificaciones al IMSS, en las que destaca el

---

[172] Para cumplir con este objetivo, entre 1995 y 2000 se continuo con la descentralización de los sistemas de salud, que ya se habían iniciado entre 1983 y 1987. Ahora se busca delegar mayores atribuciones y funciones a los estados (descentralización) y reducir el grado de control administrativo del gobierno federal (desconcentración). Para octubre de 1997 ya se habían formalizado acuerdos con todos los estados y el Distrito Federal, y se había diseñado una fórmula para corregir las disparidades en la asignación de las transferencias federales a los estados. Esta fórmula toma en cuenta el índice de pobreza, la mortalidad, la población y la capacidad estatal para recaudar fondos, con la intención de homogeneizar los recursos *per capita* que asignan todos los estados. Los únicos recursos etiquetados son ahora los que constituyen el paquete básico para la población más pobre (PAC). Con esta nueva estructura, la SS deja de responsabilizarse de la distribución de los recursos y se centra más en cuestiones regulatorias. Aún así, todavía queda pendiente la fusión entre IMSS-Solidaridad y los servicios estatales de salud. (Sobre esta parte de la reforma véase Estudios económicos de la OCDE, *op. cit.*, pp. 116-119)

[173] En ese entonces se decretó que las aportaciones al Instituto debían ser el 12% del salario (6% de los patrones, 3% de trabajadores y 3% del gobierno). (IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 10.)

aumento en las cuotas al ramo de enfermedades y maternidad que desde esa fecha presentó sus primeros problemas financieros.

En el período conocido como "desarrollo estabilizador" (años 50 y 60) se registraron altas tasas de crecimiento económico y demográfico, así como cambios en los indicadores sociales de la población (e.g. mayor nivel de escolaridad y urbanización). Aún así, el IMSS no pudo incorporar exitosamente a toda la población como se lo había propuesto.[174] Para los años 70, eran latentes los déficits de cobertura en algunos estados y entre determinados grupos sociales (como los trabajadores rurales o la creciente clase urbana de bajos ingresos). Así, surgió la intención de actualizar al IMSS de acuerdo con las nuevas características del país y de la población.

En 1973 se hizo una reforma importante, al promulgarse una nueva LSS, la cual pretendía atender las necesidades y demandas de los grupos excluidos de la seguridad social, y así encauzar los esfuerzos del Instituto hacia la cobertura universal de sus prestaciones. Desde ese entonces, para tratar de incorporar a los trabajadores de la economía informal se crearon nuevos esquemas de adscripción.[175] En esta nueva Ley, también se preveía la creación de un nuevo ramo de guarderías para facilitar la incorporación de las mujeres al mercado laboral. Si bien esta reforma fue parcialmente exitosa en los años 70, el acelerado cambio demográfico y epidemiológico así como

---

[174] La estructura de afiliación inspirada en industrias permitió una gran expansión en las décadas iniciales cuando se incorporaron trabajadores de las empresas manufactureras y mineras que eran relativamente fáciles de fiscalizar. Sin embargo, con el desarrollo del sector servicios en la economía mexicana, el cobro de las cuotas fue más difícil, y los incentivos para evadir aumentaron. (*Ibid.*, p.57.).

[175] Un esfuerzo muy importante que se llevó a cabo a partir de 1978 para ampliar la cobertura a grupos marginados del campo y las ciudades fue IMSS-COPLAMAR. Este programa se financiaba con aportaciones del gobierno federal para la provisión de prestaciones médicas básicas. Aún así, su fuente de financiamiento era muy endeble, ya que dependía del auge de recursos públicos producto del alto precio del petróleo y del endeudamiento externo. Una vez que estas fuentes se agotaron, el programa acotó su margen de acción y se volvió en lo que es hoy IMSS-Solidaridad que cubría a 9 millones de trabajadores en 1995. (Sobre el programa véase V. Brachet y M Sherrard, *op.cit.*, pp. 1295-1312 y P. Ward, "Social welfare policy and political opening in Mexico", *Journal of Latin American Studies*, 25, 1993, pp. 613-628.)

la inestabilidad en la situación económica del país hicieron que en poco tiempo las modificaciones propuestas fueran insuficientes para cumplir los objetivos propuestos. (IMSS, 1995)

El 12 de diciembre de 1995 se aprobó en el Congreso una nueva LSS. De forma similar a la de 1973, esta nueva Ley fue producto de un diagnóstico de los problemas del IMSS para hacer frente a la nueva situación económica y social que se vivía en el país.[176] A diferencia de la Ley anterior, la razón primordial de la reforma de 1995 era resolver los problemas financieros del IMSS y no tanto lograr la cobertura universal de sus prestaciones como lo fue en 1973. Sin embargo, se reconocía la incapacidad del Instituto para ampliar la cobertura de las prestaciones a toda la población potencial. En el diagnóstico resaltaba el deterioro de algunas de las prestaciones, principalmente las pensiones, así como la insatisfacción con la calidad y el desabasto de los servicios médicos. Asimismo, se reconocía el agotamiento del modelo de gestión seguido hasta entonces para sostener el crecimiento del IMSS en el futuro.

La nueva LSS incluía un nuevo marco de operación para los cuatro seguros en los que se dividen las funciones del IMSS. Su objetivo era solucionar las problemáticas acumuladas, consolidar el autofinanciamiento de cada rama de aseguramiento que se había instituido desde 1989, y responder a los nuevos cambios en la demanda (demográficos y epidemiológicos), en la situación económica del país y en la oferta de insumos médicos.[177] Esta Ley se aprobó con la mayoría del Partido Revolucionario Institucional en las dos cámaras; sin embargo, el proceso no fue fácil. En los debates que se realizaron previos a la reforma, el líder del Sindicato del IMSS, Antonio Rosado, manifestó su inconformidad con las reformas propuestas.[178] Por su parte, el presidente de la

---

[176] Véase IMSS, *Diagnostico...cit.*

[177] El autofinanciamiento de cada una de las ramas de aseguramiento se obtuvo al tener diferentes contabilidades y sistemas de administración separados. La Ley prohibe los subsidios cruzados (IMSS, *Ley...cit.*, art. 3)

[178] La inconformidad del Sindicato se demostró en movilizaciones, desplegados y una campaña que buscó el apoyo de otras organizaciones obreras para detener lo que consideraban la "privatización" de la seguridad social. Sin em-

Comisión de Seguridad Social, secretario de acción política del sindicato del IMSS, y diputado del PRI, Alejandro Audry también se opuso a la propuesta. Después de intensas negociaciones entre la dirección del IMSS y algunos actores claves, se logró la aprobación de la nueva LSS.[179] Esta Ley entró en vigor el 1 de julio de 1997. Sin embargo, es necesario recalcar que sólo influyó en el IMSS y en ningún momento se incluyó a otros institutos con problemas similares (ISSSTE, PEMEX).[180] A continuación se describe brevemente las modificaciones que la nueva LSS incluyó en los seguros del IMSS (excepto SEM que se verá en el siguiente capítulo).

Reforma al Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT)

Este seguro se creó desde 1944 para asistir al trabajador en caso de que sufriera alguna lesión o enfermedad provocada por el ejercicio de su trabajo. Al igual que el SEM otorga prestaciones en especie y en efectivo.[181] Las prestaciones en especie son la asistencia médica y las prestaciones en efectivo consisten en la retribución del salario del trabajador mientras dure la incapacidad temporal. En caso de incapacidad permanente se deben evaluar los daños para determinar el monto de la pensión que recibe.[182] En caso de que el trabajador muera, la pensión se le otorga a sus familiares.

---

bargo, en el Congreso del Trabajo no tuvieron mucho apoyo ya que 14 sindicatos manifestaron su respaldo a la Ley. (*El Financiero*, 11 de diciembre de 1995, p. 16)

[179] Tres días antes de que fuera aprobada la ley, el Sindicato del IMSS todavía se oponía a ella. Pero el 6 de diciembre el entonces líder del PRI, Santiago Oñate les aseguró que se modificarían algunos artículos que "lesionaban los derechos del trabajador". Los dirigentes aceptaron esta propuesta a pesar de que los cambios no modificaban substancialmente el sentido original de la ley. Una vez aprobada ésta, el presidente Ernesto Zedillo criticó a la fracción parlamentaria del PAN, por haber apoyado la iniciativa en privado y haberla criticado en público. (*loc. cit.*)

[180] Esta situación impidió que pudiera corregirse el problema de doble aportación entre sistemas de pensiones. Los trabajadores que cotizan un tiempo en un sistema de seguridad social, a la hora de cotizar en el Instituto tienen que comenzar de cero y *viceversa*.

[181] El SRT mezcla dos sistemas financieros. El de "reparto anual" que sirve para cubrir los costos de las prestaciones en especie, y los pagos de prestaciones en dinero de corto plazo. (R. Santoyo-Vistrain y H. Ogaz, "La reforma del seguro de riesgos de trabajo en México", en B.P. Ramírez López, *La seguridad social, reformas y retos*, México, MAP-IIE., 1999, p. 286)

[182] Estas evaluaciones se hacen a partir de una tabla que se encuentra en el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo. (*loc. cit.*)

A diferencia del SEM, las finanzas de este seguro se encontraban en equilibrio antes de que se aprobara la LSS de 1995; aún así, las reservas de este seguro tendían a decrecer. En el diagnóstico realizado por el IMSS se encontró que el equilibrio financiero no sería sustentable por mucho tiempo debido al incremento en las expectativa de vida de los pensionados del SRT, lo cual significaba una mayor duración del goce de las prestaciones de este seguro.[183] Otra deficiencia era la falta de incentivos para prevenir los riesgos de trabajo. Las empresas se clasificaban en cinco "clases" según el riesgo asociado a su actividad económica. Cada clase se subdividía en tres "niveles" (mínimo, medio, máximo) según el número de siniestros que se presentaban en cada empresa. (Tabla 2.6) Los pagos que debían hacerse se sumaban a la prima mínima que debían pagar todas las empresas correspondiente a 0.25% del SBC de cada trabajador. Este mecanismo reducía los incentivos a prevenir los riesgos de trabajo porque las empresas con bajo número de siniestros sólo pagaban la prima mínima de la "clase" a la que pertenecían, pero no podían cambiar de clase, hasta que todas las empresas de su rama económica lo hiciera.[184]

Tabla 2.6 Primas del SRT como % del SBC (incluye prima mínima)

Clase	*% de salarios*		
	Riesgo Mínimo	Riesgo Medio	Riesgo Máximo
I	0.34785	0.54355	0.73925
II	0.64140	1.13065	1.61990
III	1.32635	2.59840	3.87045
IV	3.18550	4.65325	6.12100
V	5.14250	7.58875	10.03500

Fuente: IMSS (Aportaciones)

[183] En el transcurso de los años, se fueron otorgando beneficios adicionales a los derechohabientes sin que estos fueran acompañados por un incremento en las cuotas. Por ejemplo, en 1989 se indexaron las pensiones al salario mínimo, se les sumó el aguinaldo, se incrementó la pensión de viudez y aumentó la edad de la pensión de "orfandad" de 16 a 25 años. (IMSS, *Aportaciones...cit.*, pp. 20-21.)

[184] Por ejemplo, si una empresa pertenecía a la industria refresquera (alto riesgo), por menos accidentes de trabajo que presentara sólo pagaría la cuota mínima de las industrias de alto riesgo. (G. Martínez, C. Soto, *et. al*, "El seguro de riesgo de trabajo en el contexto de la reforma a la seguridad social de 1995", en F. Solís y F.A. Villagómez, *op. cit.*, pp. 334-335.)

El otro problema diagnosticado en este seguro fue el bajo valor de las pensiones del SRT en relación con las contribuciones realizadas por los cotizantes en el pasado.[185] Al igual que en el sistema de pensiones y de guarderías, los recursos del SRT se utilizaron durante cinco décadas para cubrir los déficits que se presentaron en el ramo de enfermedades y maternidad.[186] Este comportamiento, sumado a los períodos inflacionarios de los últimos años, contribuyó con la reducción en términos reales de las pensiones otorgadas por el SRT. (IMSS, 1994)

La reforma a este seguro fue principalmente financiera. En lo que corresponde al pago de primas, se creó un nuevo sistema que premia a las empresas modernas y eficientes y deja de subsidiar a las empresas atrasadas y que no invierten en prevención de riesgos. En la actualidad, cada caso se evalúa de forma individual y se determinan sus aportaciones según su historial de seguridad. Con este esquema ya no importa la actividad económica de una empresa más que en el momento de su creación.[187] Pero a diferencia del régimen anterior a 1997, estas empresas pueden subir o bajar de clase según los siniestros que se presenten y según la inversión en seguridad e higiene en el trabajo. El primer ajuste de primas se hizo en 1999 y en adelante se hará cada año según los siniestros acumulados en períodos de 12 meses.[188] Con la nueva Ley, el rango en que se podrá clasificar a las empresas según su grado de siniestralidad irá de 0.25% a 15% del SBC de cada trabajador. Lo anterior indica que el tope máximo a pagar se amplió de 10.25 a 15%.

---

[185] Para 1994, 90% de los pensionados por este seguro recibían la cantidad mínima (salario mínimo), así que este sistema no estaba retribuyendo equitativamente a los trabajadores, porque no tomaba en cuenta las aportaciones realizadas por los trabajadores de mayores ingresos. (R Santoyo-Vistrain y H Ogaz, *op. cit.*, pp. 284-285.)

[186] El problema con este comportamiento fue el de haber invertido los recursos en infraestructura médica con una tasa de retorno cuestionable, y de que el SEM nunca estuvo obligado a pagar una renta financiera a los demás seguros del IMSS por los recursos que recibía para su operación y expansión. (IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 22.)

[187] Para ubicar a estas empresas se utiliza el nivel de riesgos "medio" de la Tabla 2.6.

[188] La banda "móvil" que se utiliza para ajustar el pago de cuotas se hace con base en la cuota que pagaba un año antes y los ajustes no pueden ser mayores o menores a 1% del SBC. Por ejemplo si este año una empresa que paga 3% del SBC reporta un grado de siniestros superior al año anterior, la cuota que deberá pagar no podrá exceder 4% del SBC de cada trabajador. (G. Martínez, C. Soto, *et. al*, *op. cit.*, p. 335.)

Este sistema de cobro es más flexible que el anterior, por lo que se mantendrá el equilibrio en las finanzas del SRT al establecer una relación directa entre la prima pagada y el número de accidentes de cada empresa. Aún así, con el nuevo esquema se reduce el subsidio (entre empresas eficientes e ineficientes) al pago mínimo que debe hacerse (0.25% del SBC). Este sistema podría llevar a los patrones a atender los accidentes de trabajo en el sector privado y subdeclarar el número real de accidentes al SRT para evitar un incremento en la cuota el próximo año.

Las prestaciones en especie y en efectivo que recibe el trabajador y sus beneficiarios se mantuvieron sin cambios, y respetan los términos de la Ley Federal del Trabajo (LFT). Sin embargo, se reformó la modalidad del pago de las prestaciones en efectivo para ajustarse al mecanismo de cuentas individuales que se creó en el sistema de jubilaciones. En adelante, se seguirán pagando las pensiones que marca la LFT, pero ahora esta pensión se compondrá de los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador y los recursos complementarios que aporte el SRT.[189] A su vez, hubo un cambio en la indexación de las pensiones del SRT. En el régimen anterior, éstas se ajustaban a los cambios en el salario mínimo. Con el nuevo sistema, las pensiones se ajustan al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), con lo que se protege a las pensiones de los efectos de la inflación.

Para cubrir los costos de transición asociados con el nuevo sistema de prestaciones en efectivo del SRT, el gobierno federal absorbió el costo de las pensiones "en curso de pago". Esta decisión se tomó por la elevada capitalización que requiere el nuevo régimen en sus primeros años de operación. Aún así, el equilibrio financiero de este seguro estará relacionado con las medidas pre-

[189] Si la incapacidad determinada es superior a 50%, el trabajador deberá contratar una renta vitalicia (que se explicará más adelante) o un programa de retiros programados, también, un seguro para que sus familiares tengan derecho a los beneficios de su pensión cuando el trabajador muera. Tanto la pensión como el seguro debe contratarse con la compañía aseguradora que el trabajador elija. Si la incapacidad determinada fuera menor a 25% se paga, en substitución de la pensión, una indemnización equivalente a cinco anualidades. Si la incapacidad se encuentra entre 25% y 50% el trabajador podrá elegir entre la indemnización o la pensión. (IMSS, *Ley.....cit.*, p. 124.)

ventivas que se lleven a cabo para contener el crecimiento en los gastos. En los primeros años de operación de este programa se han observado resultados favorables como la reducción en el ritmo de crecimiento de los accidentes de trabajo, así como en el pago de pensiones por el nuevo sistema de cuentas individuales.[190]

Reforma al Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (SIVCM)

Hasta el momento, la parte más polémica de la reforma al IMSS ha sido la modificación al sistema de pensiones.[191] El SIVCM se creó junto con el Instituto, en 1944, con el objetivo de otorgar pensiones por edad avanzada e invalidez. Hasta 1996, la aportación correspondió a 8.5% del SBC. Este seguro se dividía en dos, la parte de cesantía en edad avanzada destinada al sistema de pensiones para los jubilados, y la parte de invalidez y muerte que protegía el ingreso de los derechohabientes que sufrieran algún accidente o enfermedades que no ocurrieran en el trabajo.

Originalmente, el SIVCM se organizaba de acuerdo con el modelo de primas escalonadas, que consistía en la acumulación de reservas para cubrir el pago de pensiones en un período corto de tiempo. Sin embargo, las características demográficas del país y los criterios administrativos del IMSS hasta 1989 hicieron que el régimen de jubilaciones evolucionara en un sistema de reparto (*pay-as-you-go*).[192] La estructura de beneficios para las pensiones por cesantía e invalidez tenía

---

[190] Esta tendencia se ha visto reflejada en el comportamiento financiero del seguro. En 1997, el SRT obtuvo un superávit de operación de 2,464 millones de pesos, el segundo mayor entre los cuatro seguros del IMSS. En 1998, el mayor excedente ingresos/gastos se registró en el SRT, llegando a 4,096 millones de pesos. Para el año 2001, se estima que este superavit será de 5,181 millones de pesos (IMSS, *Memorias institucionales 1999*, México, 2000, pp. 315-316. e IMSS, *Perpectivas para el debate*, México, 2000, p. 76.)

[191] Para estudios más completos sobre este tema véase a C. Sales, A. Villagómez, *et. al.*, *Pension System Reform: The Mexican Case*. Washington, National Bureau of Economic Research, 1996. y C. Serrano, *Social Security Reforms in Mexico*, Tesis, Berkely, 1999.

[192] Al existir una población mayoritariamente joven entre los años 50 y 70, el sistema de pensiones gozaba de superávits por el bajo índice de pensionados y el alto índice de contribuyentes. Sin embargo, los recursos acumulados en las reservas de corto plazo se extinguieron rápidamente. Como ya se mencionó, las reservas se utilizaron en subsidios cruzados al SEM y en otras inversiones en infraestructura poco redituable. Esto hizo que con el tiempo el modelo original de primas escalonadas evolucionara en un sistema de reparto. (M Queisser, *The Second Generation Pension*

objetivos redistributivos en favor de los cotizantes que percibían menores salarios. Sin embargo, en la práctica esto generó incentivos para manipular los historiales de cotización, para que el trabajador obtuviera el mayor beneficio del programa de pensiones. Este comportamiento representó mayores costos para el IMSS y menores aportaciones al sistema de pensiones en su conjunto. Al final, el objetivo de redistribución del ingreso se cumplía de dos maneras: de los cotizantes que trabajaban más en favor de los que trabajaban menos, y de los que declaraban con veracidad su SBC en favor de aquellos que manipulaban su historial o evadían el pago de sus cuotas.

El otro problema asociado con el SIVCM fue la poca capacidad del sistema para mantener el valor real de las pensiones en los períodos inflacionarios que se presentaron a partir de los años 70. Aún así, el deterioro de las pensiones por los efectos inflacionarios no fue homogéneo, ya que algunas generaciones de pensionados resultaron más perjudicadas que otras.[193] Con el cambio en la estructura demográfica del país, también se vislumbraron problemas para el sistema de pensiones hacia el futuro, ya que el número de jubilados crecería con mayor rapidez en relación con el ritmo de crecimiento de los aportantes. Este fenómeno pronosticaba que en el largo plazo el equilibrio entre cotizantes y jubilados iba a romperse.[194] A pesar de este diagnóstico, debe mencionarse que la situación financiera del SIVCM no era tan crítica en los años 90. Con algunas modificaciones parciales, el antiguo sistema de pensiones habría sido sostenible por algunos años más.

Reform Lessons from Latin America, Paris, OCDE, 1999, p. 123.). Según la estimación de F. Solís y A. Villagómez, de haberse invertido las reservas de los fondos de pensiones en instrumentos más redituables, las reservas en 1994 habrían representado 11% del PIB. En cambio, en ese año representaron sólo 0.4% del PIB por haber utilizado los fondos para otros fines menos lucrativos. ("Las pensiones...*cit.*, p. 126.)

[193] La generación más afectada fue la que se jubiló en la década de los 80. Sin embargo es necesario aclarar que desde que se fundó el IMSS ninguna generación tuvo alguna vez una pensión que mantuviera su valor real a lo largo del tiempo. (*Ibid.*, p. 77.).

[194] De haberse mantenido el antiguo régimen del SIVCM habría sido necesario incrementar las contribuciones tripartitas a este ramo de aseguramiento. Según la estimación de F. Solís y A. Villagómez las contribuciones de 8.5% sobre el SBC tendrían que haber aumentado hasta 23.3% en el año 2020. En caso de que el gobierno hubiese asumido toda la carga, el costo fiscal habría representado 5.4% del PIB en 2022 y 14% en 2047. ("Las pensiones...*cit.*, p. 127 y 132)

Sin embargo, el costo fiscal de reformarlo en el futuro habría sido mayor, ya que los pasivos y el costo de oportunidad del dinero utilizado habrían aumentado.

El primer paso en la reforma al sistema de pensiones fue la introducción del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) en 1992, en el que se crearon cuentas individuales de ahorro que servirían de complemento para las jubilaciones futuras. Esta política, de carácter obligatorio, estaba compuesta de dos subcuentas: la que correspondía al retiro, y la destinada al Instituto del Fondo Nacional de Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT).[195]

Con la nueva LSS de 1995 se determinó que a partir de 1997 el SIVCM se organizaría de forma distinta.[196] Primero se dividió este seguro en dos, la parte correspondiente a las jubilaciones se le llamó Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV) y la correspondiente a la invalidez se le denominó Seguro de Invalidez y Vida (SIV). El nuevo sistema de jubilaciones consiste en la acumulación de las aportaciones al SRCV en cuentas individuales que son administradas por organizaciones privadas, a las que se les llamó Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES).[197] El IMSS es el encargado de cobrar las contribuciones que posteriormente se distribuyen entre las diferentes administradoras.

---

[195] La parte correspondiente al retiro se financiaba con 2% del SBC de cada empleado, y se depositaban en un banco privado que se encargaba de invertirlo en bonos gubernamentales. Los recursos que correspondían a la parte de vivienda se cobraban junto con los de pensiones pero se transferían al INFONAVIT. (M. Queisser, *op. cit.*, p.3)

[196] Un aspecto relacionado con las pensiones que se omitió en la reforma de 1995 fue el sistema paralelo de pensiones para los trabajadores del IMSS. A lo largo de su historia, el Sindicato del IMSS al negociar los contratos colectivos convenía con las autoridades del Instituto pensiones por arriba de las establecidas por la LSS que pagaban los trabajadores del Instituto. En 1999, el déficit acumulado para el pago de estas pensiones complementarias era de 140,000 millones, por lo que ha sido necesario ir aumentando la cuota que aportan los trabajadores del IMSS. De seguir esta tendencia en 15 años el pago de pensiones y jubilaciones podría igualar la nómina de los trabajadores activos del Instituto. (Entrevisa A.)

[197] Estas entidades compiten entre si por la adscripción de trabajadores, y el trabajador puede cambiar de AFORES una vez al año. Las AFORES podrán operar varios fondos de inversión denominados SIEFORES que en el futuro ofrecerán diferentes niveles de riesgo a cada ahorrador. La nueva LSS permite que organizaciones privadas, sindicatos y el IMSS puedan gestionar AFORES. Originalmente se crearon 17 AFORES, pero dos de ellas se fusionaron en 1998. Las AFORES son operadas generalmente por bancos y aseguradoras; sin embargo, el IMSS tiene una participación minoritaria (49%) en la AFORE SXXI. La LSS, permite que compañías extranjeras tengan fracciones mayoritarias en las AFORES, restringe los instrumentos en que pueden invertirse los recursos, establece los montos mínimos de capital y prohíbe que una AFORE incluyan a más de 20% del mercado. La Comisión Nacional del Sistema de

El financiamiento del nuevo sistema de pensiones proviene de varias fuentes. Una aportación de 6.5% del SBC se deposita en la cuenta individual de cada trabajador.[198] A esta contribución se le suma la aportación fija que hace el gobierno de 5.5% de un SMGDF a la cuenta de cada trabajador.[199] La segunda subcuenta se compone de 5% del SBC para el INFONAVIT. Estos recursos se siguen transfiriendo a dicho Instituto de vivienda. La tercera subcuenta se compone de los depósitos voluntarios que haga cada trabajador. Finalmente, otro 4% corresponde a la aportación del SIV (2.5%) y al financiamiento de los gastos médicos de los pensionados del IMSS (1.5%), monto que se mantuvo sin cambios. A diferencia del régimen anterior, el tope de aportación pasó de diez salarios mínimos a 25. (IMSS, 1998)

Las nuevas condiciones para el retiro consisten en haber cumplido 65 años y un mínimo de 25 años de contribución, a diferencia de los 60 años de edad y un mínimo de diez años de contribución a los que obligaba el antiguo sistema. El nuevo sistema reduce el incentivo al retiro prematuro. En el momento en que un trabajador decide jubilarse recibe los recursos acumulados en su cuenta de ahorro. El volumen de la contribución y el lapso en el que se cotizó en el sistema determinarán el monto de la pensión. Si el trabajador contribuyó al menos 1250 semanas (24 años) puede elegir entre adquirir una "renta vitalicia" de una compañía privada de seguros que le garantice una pensión mensual para él y sus familiares, o bien recibir retiros programados por parte de la AFORE.[200]

Ahorro para el Retiro es el organismo público encargado de regular el nuevo sistema. (F. Solís y A. Villagómez, "Las pensiones...cit., p. 140.)

[198] 4.5% corresponde al SIVCM y 2% al SAR que se incluyó en el nuevo sistema de pensiones. (*Ibid*, p. 125)

[199] Se tomó como referencia el salario mínimo de 1997, y se indexó esta aportación al INPC. (*loc cit.*)

[200] La "renta vitalicia" es una nueva figura jurídica en la cual el trabajador contrata con una compañía aseguradora privada una pensión por el resto de su vida o la de sus beneficiarios directos. Las compañías aseguradoras harán ofertas al trabajador según sus propias evaluaciones, y éste podrá elegir la que más le convenga. Una vez realizado el contrato, la AFORE transferirá los recursos acumulados en la cuenta del trabajador a la aseguradora. (IMSS, *Ley...cit.*, pp. 146-151)

Si la renta vitalicia es menor a la pensión mínima garantizada por el gobierno federal, se aplica la segunda opción, y el trabajador recibirá la pensión mínima con los recursos acumulados en su cuenta individual. Una vez que estos recursos se agoten, el gobierno pagará la pensión al trabajador y sus beneficiarios.[201] El derecho a la pensión mínima se pierde cuando el periodo de contribución es menor a 1250 semanas. En estos casos se podrán retirar los recursos acumulados en la cuenta individual en una sola exhibición. También existe la posibilidad de un retiro prematuro si el saldo acumulado por el trabajador le permite obtener una renta vitalicia al menos 30% mayor que la pensión mínima.[202] Si el trabajador no recibe algún crédito para la vivienda, los recursos acumulados en la subcuenta del INFONAVIT se le devolverán.[203]

A partir de 1997, el gobierno es el encargado de pagar las pensiones de los trabajadores que se pensionaron antes de 1995. En el caso de los trabajadores que empezaron a trabajar después de 1997, estarán obligados a cotizar en el nuevo sistema de pensiones. Los "trabajadores en transición", (que cotizaron en el viejo sistema de pensiones y que continúan trabajando), también tendrán una cuenta individual para el retiro donde continuarán haciendo sus aportaciones para la jubilación el resto de su vida laboral. A la hora de retirarse tendrán que elegir entre la jubilación que recibirían en el antiguo sistema de pensiones o la pensión que recibirían con los recursos acumulados en su cuenta de AFORE.[204]

---

[201] La pensión mínima garantizada por el Estado corresponde a un salario mínimo general vigente de 1997 ajustada al INPC. (F. Solís y A. Villagómez, *op. cit.*, p. 138)

[202] Mientras el trabajador se encuentra trabajando, también puede hacer retiros de su cuenta de AFORE después de 45 días de desempleo y en caso de haber contribuido al menos 250 semanas. O bien, en caso de matrimonio puede hacer un sólo retiro equivalente a un salario mensual, siempre y cuando se cuente con al menos 150 semanas de contribución. (*loc. cit.*).

[203] El INFONAVIT seguirá pagando intereses según su remanente de operación, aunque garantizará su valor real (M. Queisser, *op cit.*, p. 124.).

[204] En caso de que el trabajador opte por el antiguo sistema, el gobierno federal tendrá que cubrir la diferencia entre los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador y la cantidad necesaria para que reciba una pensión correspondiente al antiguo sistema de jubilaciones. En un principio, estos recursos se cubrirán con las reservas con las que contaba el antiguo sistema de pensiones. En el momento en que se agoten se utilizarán los recursos fiscales. (F. Solís y A. Villagómez, "Las pensiones...*cit.*, p. 149.)

En el caso del SIV, con la nueva LSS, se requiere de 250 semanas de haber contribuido o bien de 175 semanas si la invalidez es mayor a 75%. En caso de muerte del trabajador, se mantuvo el monto de contribución en 150 semanas. En las reformas a los sistemas de pensiones de otros países, la parte correspondiente a las pensiones por invalidez también se transfirieron al sector privado, pero en México no ocurrió así.[205] La rama de aseguramiento correspondiente al SIV sigue siendo competencia exclusiva del IMSS aunque se recurre a las aseguradoras privadas en el momento de proveer una pensión. De forma similar al SRT, el IMSS contrata una renta vitalicia con una compañía aseguradora, para la cual se utilizan los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador. Cuando la renta es menor a la pensión mínima, el gobierno cubre la diferencia con los recursos del SIV.

El costo fiscal promedio del nuevo sistema de pensiones se estima en 2% del PIB anualmente hasta 2020. Aún así existe una gran incertidumbre relacionada con el número de trabajadores en transición que opten por el antiguo sistema, el aumento de la cobertura, y las pensiones mínimas que tengan que cubrirse. En lo que respecta al trabajador, existe la posibilidad de que bajo el nuevo sistema de pensiones pueden obtenerse mejores pensiones que en el antiguo, aunque esto no será una regla generalizada.[206] Si bien el nuevo sistema de pensiones queda protegido de los

---

[205] La ventaja de que el IMSS administre esta rama de aseguramiento se encuentra en el superávit que empezará a presentarse a lo largo del tiempo. Cuando los recursos acumulados en las cuentas individuales del trabajador aumenten y la cantidad que aporta el Instituto disminuya, estos recursos se podrían utilizar para cubrir otras áreas deficitarias. (Entrevista A.)

[206] Habrá algunos casos en que el nivel de pensión puede llegar a ser menos favorable bajo el nuevo régimen. Esto dependerá de la AFORE que se elija y del nivel de salario y riesgo seleccionado, ya que en México, a diferencia de otros países, no se garantiza una tasa de retorno mínima de las AFORES. En caso de que una persona pierda su ahorro por elegir un fondo muy riesgoso, sólo tendrá derecho a la pensión mínima garantizada por el gobierno federal. (Estudios económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 76.) Todavía se cuestiona si los recursos acumulados en las AFORES serán suficientes para que la mayoría de los trabajadores obtengan una pensión que supere la pensión mínima. Ésta es la eterna disputa entre actuarios y economistas que participaron en la reforma a este sistema. Para los primeros el monto de ahorro es insuficiente y es necesario incrementar sus fuentes de financiamiento (probablemente sumar los recursos que se destinan al INFONAVIT) mientras los segundos confían que los rendimientos financieros de las AFORES harán atractivas las aportaciones voluntarias de los trabajadores a sus cuentas individuales para el retiro.

cambios demográficos al depender únicamente del ahorro individual, la desventaja se encuentra en el trato no diferenciado entre las expectativas de vida entre hombres y mujeres.[207]

Una de las justificaciones más fuertes de la reforma al régimen de pensiones fue el aumento en el ahorro interno, sin embargo, este resultado es aún incierto. En el momento en que un trabajador vea que los recursos que tiene acumulados en su cuenta individual del retiro son de su propiedad, puede dejar de ahorrar por otras vías. Aunque podría suceder lo contrario y aumentar el ahorro individual. La magnitud en que un trabajador reduzca o aumente su ahorro voluntario es todavía impreciso.[208] Lo cierto es que la demanda creada por los fondos de pensión estimulará el desarrollo de un mercado de valores más activo y diversificado.

Reforma al Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS)

Este seguro se creó con la nueva LSS de 1995, aunque el servicio de guarderías ya lo venía proporcionando el IMSS desde 1974 a las madres trabajadoras aseguradas en el régimen obligatorio. Desde entonces, se financió con la aportación patronal de 1% del SBC del trabajador.[209] En sus primeros años de operación, este servicio tuvo una gran demanda, sin embargo, el Instituto no pudo responder con la oferta suficiente de guarderías administradas directamente por el IMSS (guarderías ordinarias). La situación económica posterior a 1982 redujo la cantidad de recursos disponibles para ampliar la oferta. Por lo tanto, se diseñó un nuevo esquema denominado

---

(Coloquio: *Perspectivas económicas del sistema de penesiones y de la atención a la salud para la población envejecida*, Colegio Nacional de Actuario, 30 de octubre de 2000)

[207] Al existir mayor esperanza de vida para las mujeres que para los hombres, es probable que las aseguradoras ofrecerán rentas vitalicias más elevadas al hombre. (Entrevista A)

[208] Este es un debate que ocurre principalmente entre economistas. En la teoría económica existen dos efectos, el efecto ingreso y el efecto substitución. Todavía no se sabe con exactitud la magnitud de cada uno de estos efectos con respecto al ahorro. (Véase M.S. Feldstein, "Should Social Security Benefits be Means Tested?", *Journal of Political Economy*, 95(3), pp. 468-484.)

[209] Este es un pago que debe realizar el patrón sin importar si emplea mujeres. (IMSS, *Ley...cit.*, p. 40)

"participativo" para abatir los altos costos de operación de las guarderías y permitir un crecimiento sostenido de la oferta. Este esquema consiste en crear asociaciones civiles que reciben asistencia material, y apoyo pedagógico y administrativo del IMSS.

Aunque esta modalidad ha permitido ampliar los servicios de guarderías, el porcentaje de la demanda potencial que se cubre es todavía muy bajo.[210] En los próximos años, este ramo de aseguramiento crecerá en importancia como consecuencia de la creciente integración de la mujer en el mercado laboral.[211] El salario de la mujer es cada vez más un complemento del ingreso familiar, y en muchas ocasiones es la única fuente de ingresos debido al desempleo masculino o al fenómeno creciente de madre soltera.[212] Al mismo tiempo, el aumento en la tasa de separación y divorcios hace que los padres de familia también requieran de servicios de guardería para sus hijos.

En la nueva LSS de 1995 el nuevo SGPS preserva los beneficios para las madres trabajadoras aseguradas y lo amplía a los viudos o divorciados que conserven la custodia de sus hijos. En este ramo no se modificó su financiamiento (se mantuvo la aportación de 1% del SBC), sin embargo, la cancelación de subsidios al SEM hace suponer que el SGPS podrá utilizar todos los recursos disponibles para cubrir la demanda pendiente y la que se avecina en los próximos años.

En la nueva LSS se elimina la obligación del IMSS de prestar el servicio de guarderías ordinarias, así que los recursos disponibles se utilizarán en guarderías participativas y esquemas afines

---

[210] Para 1995 se estimaba que tan sólo se cubría a 20% de la demanda potencial. (M.L. Mussot, "Hacia una alternativa de reforma al seguro de enfermedad y maternidad del IMSS", en B.P. Ramírez, *op. cit.*, p. 106.)

[211] La tasa de participación femenina en el mercado laboral pasó de 17.6% en 1970 a 38% en 1998. Si bien la población femenina trabajadora está alcanzando mayor experiencia y educación, así como puestos mejor remunerados y de mayor responsabilidad, en los últimos años ha crecido el número de mujeres trabajadoras sin prestaciones sociales. (IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 107.)

[212] Para 1990 los hogares en los que se estimaba que la madre era el principal sustento llegó a 17.3% del total. Aún así, la mayoría de estos hogares eran de estrato socioeconómico "bajo", lo que obliga a trabajar a los menores en 45% de los hogares donde el padre no está presente. (Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática, *Censo general de vivienda 1990*, México, 1991.)

como guarderías infantil-comunitarias e infantil-vecinales.[213] Este cambio significa que, en lo sucesivo, el IMSS contratará de forma externa (subrogación de servicios) los servicios de guardería con organizaciones sociales.[214] Este esquema permitirá reducir aún más los costos de operación (que serían mayores en caso de que Instituto las administrara directamente) aunque el IMSS no dejará de prestar asistencia ni de regular la provisión de este servicio.

Finalmente, todas las demás actividades que realiza el IMSS se concentraron en la parte de "prestaciones sociales" del SGPS. Al igual que en otros países de América Latina, este ramo tuvo su origen en los superávits de recursos que tuvo el sistema de pensiones entre 1950 a 1970. Como ya se vio en el SRT y SIV, estos recursos se utilizaron en el SEM y en otras prestaciones para la población urbana[215], muchas de las cuales se crearon de forma discrecional y se fueron modificando a lo largo del tiempo.[216]

La tasa de retorno de estas "inversiones" era muy baja (sino es que negativa), así que nunca pudieron restituir los recursos tomados al fondo de pensiones. Con la modificación a la LSS quedaron canceladas las transferencias entre seguros, así que el imperativo fue el autofinanciamiento de muchas prestaciones sociales.[217] En la actualidad las más relevantes son las tiendas de autoservicio, los centros vacacionales y deportivos, así como los servicios funerarios. La nueva Ley

---

[213] Las guarderías infantil-comunitarias y las infantil-vecinales son variantes de las guarderías participativas, donde miembros de una comunidad o bien los vecinos de determinada colonia se encargan de administrar la guardería (IMSS, *Ley...cit.*, p. 42.)

[214] El tema de la subrogación de servicios y los nuevos arreglos público-privados en la nueva ley del IMSS se tratará con mayor profundidad en el último capítulo de la tesis, también, se discutirán las posiciones a favor y en contra de estos arreglos.

[215] En lugar de ampliar los servicios médicos a toda la población excluida de la seguridad social, o invertir los recursos de las pensiones en áreas más redituables de la economía, se optó por crear mayores beneficios, muchas veces superfluos. (C Mesa-Lago, op. *cit.*, pp. 213-214)

[216] En el pasado con este ramo se apoyaron créditos a la vivienda, espectáculos artísticos, deporte de alto rendimiento y se crearon programas de capacitación en ciertas profesiones. (IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 115.)

[217] Este fue un esfuerzo que se inició en los años 80, sin embargo, no fue muy efectivo. En la actualidad, se han buscado nuevas alternativas para lograr el autofinanciamiento. Por ejemplo, en el centro vacacional de Oaxtepec se subrogaron las albercas a un administrador privado. Esto significó un ahorro al Instituto y contribuyó a la mejora en los servicios de dicho centro vacacional. (Entrevista A.)

fijó un tope máximo de 20% del total de recursos recaudados por el SGPS para el financiamiento de las prestaciones sociales.[218]

Tabla 2.7 Síntesis de las reformas al IMSS (excepto SEM)

Seguro	*Antes de la reforma*	*Después dela reforma*	*Ventajas del nuevo sistema*	*Desventajas del nuevo sistema*
SRT	Empresas cotizaban según su actividad económica.	Empresas cotizan según sus riesgos y acciones preventivas.	1) Mejor administración de los fondos y pensiones. 2) Incentivos a prevenir riesgos de trabajo. 3) No se subsidia el SEM	1) Incentivos a subdeclarar accidentes de trabajo.
SRCV y SIV	Individuos cotizaban en un sistema de reparto.	Individuos cotizan en un sistema de capitalización individual.	1) Reduce incentivos a retiro temprano. 2) Viabilidad financiera del sistema de pensiones 3) Probable aumento en el ahorro interno. 4) Mejora administración de los fondos y pensiones. 5) No se subsidia el SEM	1) No se garantiza tasa mínima de retorno. 2) Incertidumbre con respecto a costos y beneficios.
SGPS	Las aportaciones a este ramo se utilizaban en otros seguros.	Aportaciones sin cambio. Sin embargo, ya no se desvían al SEM.	1) Mejora administración de los fondos y prestaciones. 2) Se limita el monto que puede asignarse a prestaciones sociales.	1) Oferta insuficiente de guarderías a pesar del sistema de guarderías participativas.

Fuente: Elaboración propia con varias fuentes.

[218] Esta tope permite contener los recursos que se utilizan en este ramo, Además, ayuda a financiar algunas prestaciones que difícilmente pueden ser autofinanciables pero que tienen externalidades positivas, como el apoyo a los equipos deportivos de alto rendimiento. (IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 115.)

3. EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS EN EL IMSS

La modificación a las aportaciones que recibía el SEM trató de resolver dos problemas básicos, los déficits de operación y la reducción en la tasa de crecimiento de la cobertura. Aunque estos fenómenos ya se venían presentando desde la fundación del IMSS, se acentuaron con la crisis de la deuda. Entre 1982 y 1987 los cotizantes al Instituto crecieron apenas 5% en promedio, mientras que los ingresos reales totales disminuyeron 41%.[219] La reducción en los salarios reales de cotización fue la causa principal de la baja en los ingresos. Este problema trató de resolverse aumentando las aportaciones al SEM en 1985 y 1989, sin embargo, esto generó mayores incentivos a evadir y retrasar las cuotas y generó mayores distorsiones económicas al incrementar el costo del empleo formal.[220]

Antes de la reforma al esquema de aportaciones, este seguro se financiaba con cuotas tripartitas (gobierno 0.65%, empleado 3.125%, patrón 8.75%) que ascendían a 12.5% del salario base de cotización (SBC).[221] Sin embargo, este monto era insuficiente para cubrir los gastos del seguro. Como ya se había mencionado, el SEM tuvo déficits de operación desde su creación, excepto en los años en que aumentó el porcentaje de aportaciones al seguro.[222] (Fig 3.1) Para cubrirlos, se utilizaron recursos provenientes de los sistemas de pensiones y de guarderías hasta 1989 cuando

---

[219] El crecimiento de la cobertura se mantuvo alto en este período por la creación de esquemas de aseguramiento "desfinanciados", es decir programas mediante los cuales se amplía la cobertura sin cobrar a los nuevos derechohabientes. Por ejemplo, al incluir a los campesinos. (IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 39.)

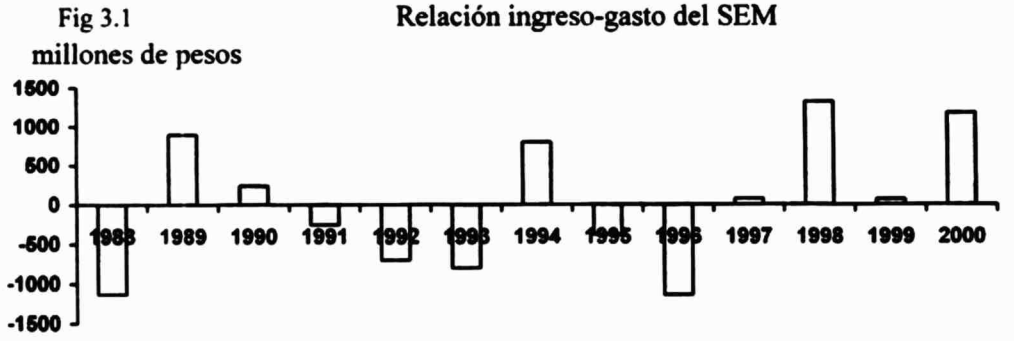
[220] En 1993 uno de cada cinco trabajadores contribuía al IMSS sobre la base de ingresos iguales a un salario mínimo o menos, mientras que en la Encuesta de Empleo, sólo uno de cada 40 trabajadores percibía un ingreso tan bajo. (Estudios económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 136)

[221] *Ibid.*, p. 114.

[222] Entre 1988 y 1996 (antes de la aplicación de la reforma) hubo mayores gastos que ingresos con excepción de 1989, 1990 y 1994. En 1996 el déficit de operación llegó a $1,146 millones de pesos. Si se considera el costo financiero en estos años entonces se puede afirmar que en ningún año hubo superávit. (M Queisser, *Aportaciones y financiamiento de la atención a la salud en la seguridad social en México*, cit en Julio Frenk (ed), *op. cit.*, p. 192. e IMSS, *Memorias...cit.*, p. 314.)

se prohibieron los subsidios cruzados entre seguros. A partir de esta fecha y hasta 1997 los déficits se cubrieron con deuda contraida con base en las aportaciones futuras al SEM.

Fig 3.1 Relación ingreso-gasto del SEM



Datos en términos nominales.
Fuente: Elaboración propia con cifras de IMSS (Memorias Institucionales).

El otro problema asociado con la estructura financiera del SEM era la reducción en el ritmo de crecimiento de la afiliación. Entre 1990 y 1994 el crecimiento de cotizantes al IMSS fue de apenas 3%, mientras que la PEA creció 15%.[223] Incluso después de la crisis de 1995 hubo una caída de 1.76% en el número de asegurados. Uno de los principales factores que se atribuyen a la baja tasa de crecimiento en el número de afiliados al SEM fue la elevada tributación a la nómina mediante contribuciones obligatorias, lo cual encarecía significativamente el empleo formal .[224]

La nueva LSS de diciembre de 1995 en su artículo 105 modificó el financiamiento del SEM a partir del segundo semestre de 1997. El objetivo primordial de este cambio fue resolver el problema estructural de los déficits y diseñar una nueva estructura financiera que le permita al IMSS ampliar la cobertura de los servicios médicos. Por un lado, existía la imposibilidad de cubrir los faltantes del SEM con los recursos del sistema de pensiones y de otros seguros. Por el otro, las autoridades del IMSS y del gobierno federal afirmaban que ya no podía incrementarse el 12.5%

[223] IMSS, *Aportaciones... cit.*, p. 38.
[224] En 1986 los impuestos a la nómina correspondían a 23% del salario de un trabajador. En 1995, correspondían a 31.5%. (*Ibid.*, p. 53.)

de aportaciones, porque se generarían mayores distorsiones en la economía y haría la afiliación al SEM menos atractiva.[225]

Con la nueva fórmula de financiamiento, se incrementó la participación de los impuestos generales y se redujo la de impuestos a la nómina, lo que se vio reflejado en una reducción en las contribuciones de empleados y patrones, y un aumento significativo en las aportaciones gubernamentales.[226] Ahora, el patrón aporta una cuota fija (CF) por cada empleado de 13.9% de un salario mínimo de diciembre de 1995 (proporción indexada al salario mínimo general en el DF (SMDF)), siempre que el monto del salario de un trabajador no exceda los tres salarios mínimos. Cuando esto ocurre, se debe pagar una cuota adicional (6% el patrón y 2% el empleado) por la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario del trabajador y los tres salarios mínimos comprendidos en la CF. Además, se tiene proyectado que la CF del patrón aumente el 1 de julio de cada año entre 1997-2007 en 47 centésimas de punto (de 13.9% pasará a 20.4% de un SMGDF para el año 2007), al mismo tiempo que se reduce la contribución adicional de 8% a 1.5% (1.1% del patrón y 0.4% empleado) cuando se ganan más de tres salarios mínimos.[227]

La nueva aportación mensual del gobierno también es una CF por cada trabajador afiliado, que corresponde a 13.9% del salario mínimo de diciembre de 1995 (indexada al INPC).[228] En 1995 la CF del gobierno correspondió a 84 pesos, como esta cifra se ajusta a la inflación, en 1997 fue de 125.9 pesos. (Fig 3.2) En el caso de la CF que pagaron los patrones, en 1995 también fue de 84

---

[225] Según el diagnóstico que hizo el IMSS, la cuota de equilibrio previa a la reforma debía ser de 13.5 del SBC, para que no existiera déficit. (IMSS, *Diagnóstico...cit.*, p. 34.)

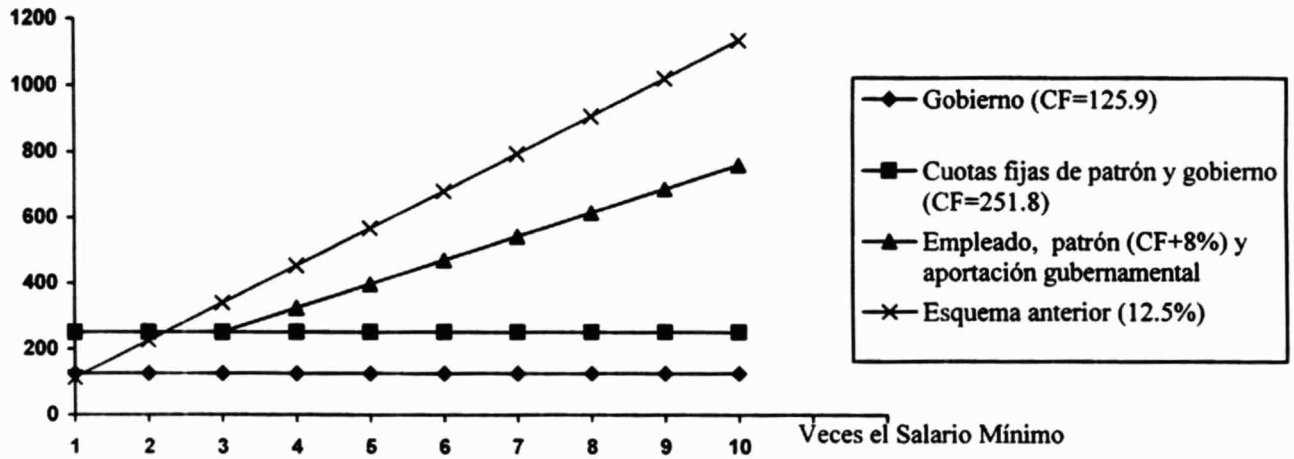
[226] El aumento de las aportaciones entre 1996 y 1997 fue de 790% en términos nominales y 680% en términos reales (H Taracena, *Implicaciones de la reforma al seguro social en un contexto dinámico*, tesis, México, ITAM, 1996, p.49.)

[227] IMSS, *Ley..., cit.*, p. 245. Véase *Laboralia*, "Conozca el nuevo esquema de pagos de cuotas en materia de seguridad social, 1 de julio de 1998. pp. 1-7.

[228] Al indexar la aportación gubernamental al INPC se protege esta aportación al IMSS de los efectos inflacionarios. Sin embargo, obliga a los prestadores de servicios médicos a mantener la inflación de los servicios de salud a la par de la inflación general de la contribución del gobierno. Al indexar las contribuciones de los patrones al salario mínimo se pretende unir los costos del trabajo a las variaciones en el salario mínimo. (IMSS, *Aportaciones... cit.*, p. 61.)

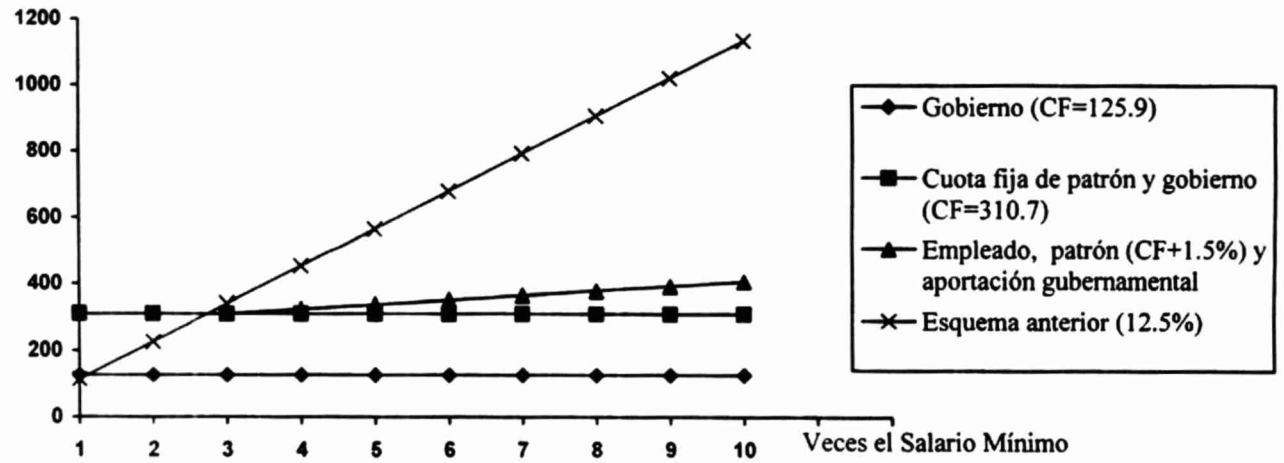
pesos. Con el aumento progresivo en los diez años de transición, la CF llegará en el 2007 a 184.8 pesos de 1997(Fig 3.3).[229] Las cuotas para las prestaciones en efectivo se fijaron en 1% de los salarios brutos (75% patrones, 20% empleados y 5% gobierno).[230]

Fig 3.2 Primera etapa de la reforma: 1997.
Pesos de dic 1997.



Fuente: IMSS (LSS)

Fig 3.3 Segunda etapa de la reforma: 2007.
Pesos de dic 1997.



Fuente: IMSS (LSS)

[229] Estudios Económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 115.
[230] IMSS, *Ley... cit.*, art 146, 147,148. cit en Goodrich, Riquelme y Asociados S.C. (Despacho) "Nueva Ley del Seguro Social: Análisis", *Práctica Fiscal*, 1 de junio de 1997. pp. 1-17.

Ventajas y desventajas del nuevo esquema financiero

Con la reducción de la tasa impositiva al salario, el nuevo esquema financiero trata de promover la incorporación de nuevos grupos de trabajadores. Al establecerse una CF se busca que las cuotas sean más fáciles de administrar y no existan incentivos para evadir, al dejar de ser proporcionales al ingreso.[231] La justificación para reducir los impuestos a la nómina fue que "las altas tasas marginales (de tributación) inducían a una menor participación en el empleo formal al encarecer el aumento del empleo y de los salarios conforme aumentaba la productividad".[232] Así que el incremento en las aportaciones gubernamentales tuvo dos objetivos, por un lado, reducir las distorsiones económicas que generaba una alta tasa de tributación al trabajo, y por el otro, proporcionar parte de los recursos que el SEM ya no recibiría del sistema de pensiones y de otros seguros.

Con la reforma al esquema financiero, una parte significativa de los ingresos del IMSS estará protegida de los efectos inflacionarios y de los desajustes económicos. Esta parte corresponde a las aportaciones gubernamentales que superan 30% de la totalidad de los recursos destinados al SEM en 1997.[233] Esta aportación permitirá al IMSS hacer una mejor planeación de su gasto (principalmente de medicamentos y equipo médico) al tener mayor certidumbre de su ingreso. Sin embargo, con el incremento paulatino de la aportación patronal hasta el 2007 para los trabajadores que ganan menos de tres SMGDF, la proporción de la aportación gubernamental disminuirá como total de las aportaciones al SEM al mantenerse constante desde 1997. (IMSS, 1996)

---

[231] Como ya se había mencionado en el primer capítulo, los impuestos de cuantía fija son menos distorsionantes que los impuestos al trabajo, porque son más fáciles de cobrar y además minimizan el impacto negativo de la tributación en el trabajo, el ahorro y la inversión.

[232] Estudios Económicos de la OCDE, *op.. cit.*, p. 111.

[233] Que es siete veces más de lo que antes se erogaba (H. Taracena, *op. cit.* p. 40 y M.L. Mussot, "Hacia una alternativa de reforma al seguro de enfermedad y maternidad del IMSS", en B. Ramírez, *op. cit.*, p113.)

En los primeros tres años de funcionamiento de la nueva estructura financiera (1997-2000), puede observarse que hubo un cambio en la relación gasto ingreso del SEM (Fig 3.1). En el último período del régimen anterior (enero-junio) hubo un déficit de operación de 95.9 millones de pesos, mientras que en el primer semestre de aplicación del nuevo esquema financiero (julio-diciembre) hubo un superávit de 169.2 millones de pesos. En 1998 hubo un superávit de 1,314.2 millones de pesos, en 1999 de 3,147 millones y en el año 2000 de 1,175 millones de pesos.[234] Sin embargo, se debe ser cautelosos con estas cifras, ya que se observó el mismo fenómeno en otros años cuando se incrementaban los ingresos del SEM (e.g. 1985 y 1989).

Hasta el momento hay situaciones estructurales y coyunturales que ponen en riesgo el equilibrio financiero del SEM hacia el futuro. En el primer caso, como ya se había mencionado, es difícil cuantificar los costos esperados de atención médica, ya que éstos dependen de las características de los usuarios en determinado momento. En el futuro los gastos en salud pueden llegar a ser mayores a los esperados por la transición demográfica y epidemiológica. En la segunda situación, los riesgos se encuentran tanto en la prórroga que se otorgó a los patrones que emplean jornaleros[235], como en la propuesta para extender el cobro del impuesto al valor agregado a las medicinas. Al ser el IMSS el comprador más grande de medicinas en el país, el impuesto a este rubro significaría una transferencia de recursos del gasto en salud a otras áreas.[236]

---

[234] IMSS, *Memorias...cit.*, p. 314. e IMSS, *Perspectivas...cit.*, p. 76.

[235] En el esquema financiero anterior, este grupo de empresarios pagaban menos por asegurar a sus trabajadores en el régimen obligatorio del IMSS que el resto de los patrones. Con la reforma financiera al SEM, los empresarios agrícolas tienen que pagar lo mismo que otros, así que han ejercido presión para evitar el incremento en las cuotas. El IMSS respondió con una modificación al reglamento de afiliación en 1998, donde establece una prorroga hasta el año 2001, principalmente para cañeros y cafetaleros. Sin embargo, gran parte de este grupo de empresarios están representados por el Consejo Nacional Agrícola, que apoyó a Vicente Fox en su campaña presidencial. Habrá que ver si en los próximos años la prorroga no se extiende indefinidamente, y el SEM deja de recibir las cuotas completas de 200,000 jornaleros agrícolas (1.6% de cotizantes al SEM) y sus familias (Entrevista J., Véase *Práctica Fiscal*, "Siete nuevos reglamentos en materia de seguridad social. Comentarios", 1 de agosto de 1998. pp. 1-8.)

[236] En caso de generalizar el IVA a alimentos y medicinas para elevar la recaudación fiscal, la transferencia de recursos del sector salud a otros rubros del gasto público podría resolverse exentando del pago del IVA al IMSS y otras instituciones públicas de salud o bien resarcirles el pago del IVA de las medicinas que compren.

Al hacer el ejercicio sobre la aplicación del nuevo esquema de financiamiento del SEM en años anteriores (1991-1995) puede observarse que en todos los años la cantidad recaudada habría sido mayor de haber estado en vigor las modificaciones de la LSS. (Tabla 3.4) En esta tabla puede observarse que las recaudaciones obrero-patronales son menores en el nuevo esquema que en el antiguo y que las aportaciones del gobierno se incrementan significativamente. Como ya se recalcó, esta reducción en la carga fiscal en el trabajo busca promover el empleo en la economía formal y suplir los recursos que se tomaban del sistema de pensiones del IMSS.

Tabla 3.4 Nueva estructura financiera en años anteriores a la reforma

(Millones de pesos de 1995)

Año	*1991*	*1992*	*1993*	*1994*	*1995*
Sistema Vigente	21.298	21.202	23.022	30.144	20.274
Recaudación obrero-patronales	20.233	20.141	21.871	28.637	19.260
Aportación del Gobierno	1.065	1.060	1.151	1.507	1.014
Reforma si estuviera vigente en 1991 Recaudación total	24.910	25.373	25.960	30.432	24.487
Recaudación obrero-patronal	14.333	14.845	15.640	19.894	13.762
Aportación del Gobierno	10.577	10.527	10.320	10.537	10.725
Diferencia de ambos esquemas	-3.612	-4.171	-2.938	-2.88	-4.213

Fuente: IMSS (Aportaciones al debate)

Aunque en general las cuotas obrero-patronales son menores, hay un impacto diferenciado según el monto de salario de cotización.[237] Con respecto a las aportaciones de los trabajadores, en las tablas 3.5 y 3.9 puede observarse que el trabajador que gana menos de tres salarios mínimos no hace ningún pago de su salario al SEM, a diferencia de la Ley anterior donde tenían que hacer

[237] H. Taracena, *op. cit.*, p. 43.

una aportación directa.[238] En el caso de los trabajadores que ganan entre cuatro y veinticinco salarios mínimos puede observarse que al aumentar el salario del trabajador, la aportación proporcional que hace al SEM aumenta. La aportación que harán los trabajadores que ganan cuatro salarios mínimos al ramo de enfermedades y maternidad en 2007 representará 0.09% de su salario, mientras que la de los trabajadores que ganan 25 salarios mínimos representará 0.33% de su salario.

En lo que se refiere a las aportaciones patronales, dependerá del salario promedio de cotización de las personas que emplean. Entre menos gane el conjunto de trabajadores, la cantidad que se aporta al SEM será mayor (como porcentaje del salario de los trabajadores). En las tablas 3.5 y 3.9 puede observarse que la cuota de los patrones aumentó con respecto a los trabajadores que ganaban de uno a tres salarios mínimos y se redujo en los pagos que realizaban por los empleados que ganaban más de cuatro salarios mínimos. Lo que al final hace que las aportaciones patronales sean menores bajo la nueva Ley. En 1997 el pago de los patrones por los trabajadores que ganaron un salario mínimos representó 13% del salario del empleado y se incrementará en 2007 hasta 34%. En cambio los pagos que los patrones realizaron en 1997 por los trabajadores que ganaron 25 salarios mínimos fue de 1.77% y disminuirá en 2007 hasta 0.01% de su salario. (Fig. 3.10)

[238] En este punto hay que ser cuidadosos, porque en las industrias donde la elasticidad del trabajo es baja (demanda de trabajo inelástica), el cobro de impuestos al salarios que se le hace al patrón lo terminan pagando los trabajadores. (Véase J. Stiglitz, *op. cit.*, cap. 4) En otras palabras, hay ciertas actividades donde el trabajador dejó de pagar directamente sus aportaciones al SEM, pero indirectamente las paga, cuando el patrón se las descuenta de su salario.

Tabla 3.5

Contribuciones al SEM en 1997

		Esquema de contribuciones vieja Ley				Esquema de contribuciones Nueva Ley					Patrón	Patrón	Trabajador	Trabajador	Gob	Gob
	Salario mensual	Patrón	Trabajador	Gobierno	Total	Cuota fija patrón	Cuota fija gobierno	Parte proporc patrón	Parte proporc trabaj	Total	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
Veces el SMG		8.75%	3.125%	0.625%	12.50%											
1	906.0	79.3	28.3	5.7	113.3	125.9	125.9	*0.0*	*0.0*	251.9	79.3	125.9	28.3	0.0	5.7	125.9
2	1812.0	158.6	56.6	11.3	226.5	125.9	125.9	*0.0*	*0.0*	251.9	158.6	125.9	56.6	0.0	11.3	125.9
3	2718.0	237.8	84.9	17.0	339.8	125.9	125.9	0.0	0.0	251.9	237.8	125.9	84.9	0.0	17.0	125.9
4	3624.0	317.1	113.3	22.7	453.0	125.9	125.9	54.4	18.1	324.3	317.1	180.3	113.3	18.1	22.7	125.9
5	4530.0	396.4	141.6	28.3	566.3	125.9	125.9	108.7	36.2	396.8	396.4	234.7	141.6	36.2	28.3	125.9
6	5436.0	475.7	169.9	34.0	679.5	125.9	125.9	163.1	54.4	469.3	475.7	289.0	169.9	54.4	34.0	125.9
7	6342.0	554.9	198.2	39.6	792.8	125.9	125.9	217.4	72.5	541.8	554.9	343.4	198.2	72.5	39.6	125.9
8	7248.0	634.2	226.5	45.3	906.0	125.9	125.9	271.8	90.6	614.3	634.2	397.7	226.5	90.6	45.3	125.9
9	8154.0	713.5	254.8	51.0	1019.3	125.9	125.9	326.2	108.7	686.7	713.5	452.1	254.8	108.7	51.0	125.9
10	9060.0	792.8	283.1	56.6	1132.5	125.9	125.9	380.5	126.8	759.2	792.8	506.5	283.1	126.8	56.6	125.9
11	9966.0	872.0	311.4	62.3	1245.8	125.9	125.9	434.9	145.0	831.7	872.0	560.8	311.4	145.0	62.3	125.9
12	10872.0	951.3	339.8	68.0	1359.0	125.9	125.9	489.2	163.1	904.2	951.3	615.2	339.8	163.1	68.0	125.9
13	11778.0	1030.6	368.1	73.6	1472.3	125.9	125.9	543.6	181.2	976.7	1030.6	669.5	368.1	181.2	73.6	125.9
14	12684.0	1109.9	396.4	79.3	1585.5	125.9	125.9	598.0	199.3	1049.1	1109.9	723.9	396.4	199.3	79.3	125.9
15	13590.0	1189.1	424.7	84.9	1698.8	125.9	125.9	652.3	217.4	1121.6	1189.1	778.3	424.7	217.4	84.9	125.9
16	14496.0	1268.4	453.0	90.6	1812.0	125.9	125.9	706.7	235.6	1194.1	1268.4	832.6	453.0	235.6	90.6	125.9
17	15402.0	1347.7	481.3	96.3	1925.3	125.9	125.9	761.0	253.7	1266.6	1347.7	887.0	481.3	253.7	96.3	125.9
18	16308.0	1427.0	509.6	101.9	2038.5	125.9	125.9	815.4	271.8	1339.1	1427.0	941.3	509.6	271.8	101.9	125.9
19	17214.0	1506.2	537.9	107.6	2151.8	125.9	125.9	869.8	289.9	1411.5	1506.2	995.7	537.9	289.9	107.6	125.9
20	18120.0	1585.5	566.3	113.3	2265.0	125.9	125.9	924.1	308.0	1484.0	1585.5	1050.1	566.3	308.0	113.3	125.9
21	19026.0	1664.8	594.6	118.9	2378.3	125.9	125.9	978.5	326.2	1556.5	1664.8	1104.4	594.6	326.2	118.9	125.9
22	19932.0	1744.1	622.9	124.6	2491.5	125.9	125.9	1032.8	344.3	1629.0	1744.1	1158.8	622.9	344.3	124.6	125.9
23	20838.0	1823.3	651.2	130.2	2604.8	125.9	125.9	1087.2	362.4	1701.5	1823.3	1213.1	651.2	362.4	130.2	125.9
24	21744.0	1902.6	679.5	135.9	2718.0	125.9	125.9	1141.6	380.5	1773.9	1902.6	1267.5	679.5	380.5	135.9	125.9
25	22650.0	1981.9	707.8	141.6	2831.3	125.9	125.9	1195.9	398.6	1846.4	1981.9	1321.9	707.8	398.6	141.6	125.9
26	23556.0	1981.9	707.8	141.6	2831.3	125.9	125.9	1195.9	398.6	1846.4	1981.9	1321.9	707.8	398.6	141.6	125.9

Fuente: IMSS (Estimaciones)

Fig. 3.6 Contribuciones Patronales (1996 vs. 1997)

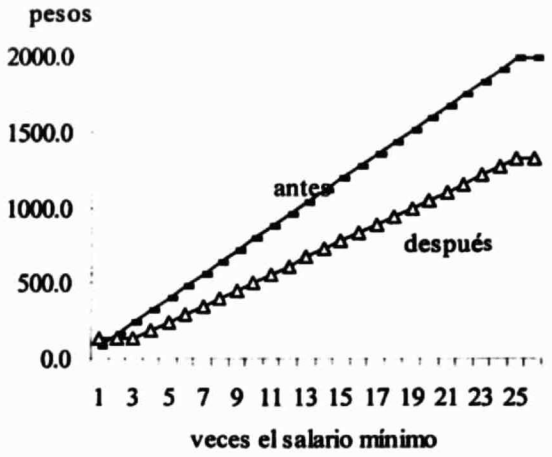


Fig. 3.7 Contribuciones del Gob (1996 vs. 1997)

Fig. 3.8 Contribuciones Trabajador (1996 vs. 1997)

Fuente: IMSS (Estimaciones)

Tabla 3.9 Contribuciones al SEM en 2007.

		Esquema de contribución con vieja Ley				Esquema de contribución Nueva Ley					Patrón	Patrón	Trabajador	Trabajador	Gobierno	Gobierno
Veces SMG	Salario mensual (1997)	Patrón 8.75%	Trabajador 3.125%	Gobierno 0.625%	Total 12.50%	Cuota fija patrón	Cuota fija gobierno	Parte proporc patrón	Parte proporc trabaj	Total	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
1	906.0	79.3	28.3	5.7	113.3	184.8	125.9	*0.0*	*0.0*	310.8	79.3	184.8	28.3	0.0	5.7	125.9
2	1812.0	158.6	56.6	11.3	226.5	184.8	125.9	*0.0*	*0.0*	310.8	158.6	184.8	56.6	0.0	11.3	125.9
3	2718.0	237.8	84.9	17.0	339.8	184.8	125.9	0.0	0.0	310.8	237.8	184.8	84.9	0.0	17.0	125.9
4	3624.0	317.1	113.3	22.7	453.0	184.8	125.9	10.2	3.4	324.3	317.1	195.0	113.3	3.4	22.7	125.9
5	4530.0	396.4	141.6	28.3	566.3	184.8	125.9	20.4	6.8	337.9	396.4	205.2	141.6	6.8	28.3	125.9
6	5436.0	475.7	169.9	34.0	679.5	184.8	125.9	30.6	10.2	351.5	475.7	215.4	169.9	10.2	34.0	125.9
7	6342.0	554.9	198.2	39.6	792.8	184.8	125.9	40.8	13.6	365.1	554.9	225.6	198.2	13.6	39.6	125.9
8	7248.0	634.2	226.5	45.3	906.0	184.8	125.9	51.0	17.0	378.7	634.2	235.8	226.5	17.0	45.3	125.9
9	8154.0	713.5	254.8	51.0	1019.3	184.8	125.9	61.2	20.4	392.3	713.5	246.0	254.8	20.4	51.0	125.9
10	9060.0	792.8	283.1	56.6	1132.5	184.8	125.9	71.3	23.8	405.9	792.8	256.2	283.1	23.8	56.6	125.9
11	9966.0	872.0	311.4	62.3	1245.8	184.8	125.9	81.5	27.2	419.5	872.0	266.4	311.4	27.2	62.3	125.9
12	10872.0	951.3	339.8	68.0	1359.0	184.8	125.9	91.7	30.6	433.1	951.3	276.6	339.8	30.6	68.0	125.9
13	11778.0	1030.6	368.1	73.6	1472.3	184.8	125.9	101.9	34.0	446.7	1030.6	286.7	368.1	34.0	73.6	125.9
14	12684.0	1109.9	396.4	79.3	1585.5	184.8	125.9	112.1	37.4	460.2	1109.9	296.9	396.4	37.4	79.3	125.9
15	13590.0	1189.1	424.7	84.9	1698.8	184.8	125.9	122.3	40.8	473.8	1189.1	307.1	424.7	40.8	84.9	125.9
16	14496.0	1268.4	453.0	90.6	1812.0	184.8	125.9	132.5	44.2	487.4	1268.4	317.3	453.0	44.2	90.6	125.9
17	15402.0	1347.7	481.3	96.3	1925.3	184.8	125.9	142.7	47.6	501.0	1347.7	327.5	481.3	47.6	96.3	125.9
18	16308.0	1427.0	509.6	101.9	2038.5	184.8	125.9	152.9	51.0	514.6	1427.0	337.7	509.6	51.0	101.9	125.9
19	17214.0	1506.2	537.9	107.6	2151.8	184.8	125.9	163.1	54.4	528.2	1506.2	347.9	537.9	54.4	107.6	125.9
20	18120.0	1585.5	566.3	113.3	2265.0	184.8	125.9	173.3	57.8	541.8	1585.5	358.1	566.3	57.8	113.3	125.9
21	19026.0	1664.8	594.6	118.9	2378.3	184.8	125.9	183.5	61.2	555.4	1664.8	368.3	594.6	61.2	118.9	125.9
22	19932.0	1744.1	622.9	124.6	2491.5	184.8	125.9	193.7	64.6	569.0	1744.1	378.5	622.9	64.6	124.6	125.9
23	20838.0	1823.3	651.2	130.2	2604.8	184.8	125.9	203.9	68.0	582.6	1823.3	388.7	651.2	68.0	130.2	125.9
24	21744.0	1902.6	679.5	135.9	2718.0	184.8	125.9	214.0	71.3	596.1	1902.6	398.9	679.5	71.3	135.9	125.9
25	22650.0	1981.9	707.8	141.6	2831.3	184.8	125.9	224.2	74.7	609.7	1981.9	409.1	707.8	74.7	141.6	125.9
26	23556.0	2061.2	736.1	147.2	2944.5	184.8	125.9	234.4	78.1	623.3	2061.2	419.3	736.1	78.1	147.2	125.9

Fuente: IMSS (Estimaciones)

Fig. 3.10 Contribuciones Patronales (1996 vs. 2007)

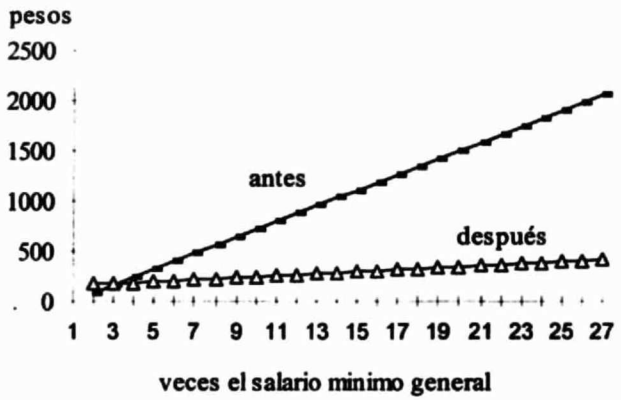


Fig. 3.11 Contribuciones del Gob (1996 vs. 2007)

Fig. 3.12 Contribuciones Trab. (1996 vs. 2007)

Fuente: IMSS (Estimaciones)

El mayor aumento para el SEM fue de parte de las aportaciones gubernamentales. Esto supuso un efecto regresivo de las aportaciones al sector salud, ya que el gobierno incrementó su contribución a los servicios médicos de los trabajadores de la economía formal que son los más privilegiados. Bajo el escenario de un aumento en la cobertura de los servicios médicos del IMSS, el efecto regresivo de las aportaciones gubernamentales se iría reduciendo conforme se fueran incorporando nuevos derechohabientes que anteriormente no podían acceder a la seguridad social.

En la nueva LSS, las aportaciones gubernamentales son mayores para los trabajadores que ganan entre uno y 22 salarios mínimos (Tablas 3.5 y 3.9 y Fig 3.7 y 3.11). Como la contribución es una CF, el gobierno aporta más como porcentaje del ingreso de los trabajadores que ganan menos que del de los trabajadores con mayor nivel salarial. Mientras que para los trabajadores que ganan un salario mínimo, la aportación gubernamental representa 13% del salario, para los trabajadores que ganan 21 salarios mínimos representa sólo 0.55% del salario. Como ya se mencionó, al incrementarse la aportación patronal en diez años para los trabajadores que ganan menos de cuatro salarios mínimos, la cuota del gobierno como porcentaje de la contribución tripartita disminuirá a pesar de que su contribución se mantenga constante en términos reales.

En síntesis, la nueva estructura financiera del SEM afecta a las empresas pequeñas con trabajadores de bajos ingresos, y beneficia a las empresas grandes con cotizantes de altos ingresos. El aumento real en las cuotas del SEM que pagan las empresas con menos de cinco trabajadores (que ganan menos de tres salarios mínimos) se calcula en alrededor de 80% en comparación con lo que pagaban en el esquema anterior.[239] A su vez, se estima que las grandes empresas tienen un ahorro real de 33% con la nueva estructura financiera en comparación con las aportaciones que

[239] M.L. Mussot, *op. cit.*, pp.112-113.

hacían en el pasado.[240] En el futuro habrá que ver cómo afectan estos costos la inscripción de derechohabientes al SEM y si el IMSS podrá evitar los vicios que estos costos generaban en el pasado (e.g. la mora o la evasión de cuotas). De igual modo, habrá que ver si la reducción en las cuotas reales que pagan las grandes empresas se traducen en beneficios para la economía en términos de ahorro, inversión, consumo y empleo.[241]

El financiamiento del SEM mediante CF suele generar posiciones encontradas, ya que unos la ven como ventaja y otros como desventaja. Para algunos, la ventaja sería que la CF facilita la recaudación de los recursos del SEM y hace que los usuarios de los servicios médicos del IMSS paguen la cuota promedio que les corresponde.[242] Así, el individuo paga por lo que podría consumir, y hace consientes a todos los cotizantes de los costos que involucra la atención médica.[243] Para las organizaciones opuestas a la nueva LSS, la desventaja en la CF es la reducción entre los subsidios que caracterizaban a la seguridad social, que idealmente era de los cotizantes ricos en beneficio de los pobres.

---

[240] IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 34.

[241] En una simulación realizada sobre el posible impacto del nuevo esquema financiero del SEM en la economía mexicana, se concluye que es probable que se refleje en mayores niveles de ahorro y consumo. Mas adelante se ve qué hubiera pasado de haberse mantenido el esquema financiero anterior. Al final se observa una clara ventaja del nuevo esquema financiero. Aún así, habrá que esperar lo que pase en el futuro. (Véase H. Taracena, *op. cit.*)

[242] Al pagarse la CF por trabajadores que ganan menos de 3 salarios mínimos se está abarcando a la mayoría de los cotizantes del IMSS. Hasta diciembre de 1999, 69.23% (17.76% hasta un salario mínimo, 33.51 entre uno y dos, y 17.96 entre dos y tres) del total de aportantes al Instituto ganaban menos de tres salarios mínimos, y el salario promedio de cotización de este seguro era de 3.09 SMGDF. (IMSS, *Memorias...cit.*, p. 306)

[243] Al sumar las cuotas tripartitas bajo el viejo y el nuevo esquema puede observarse que son mayores para los trabajadores que ganan menos de dos salarios mínimos. (56% de los cotizantes al IMSS) ya que para los empleados que ganan un salario mínimo bajo el viejo esquema aportaban en total 113.3 pesos (de 1997) al SEM, mientras que bajo la nueva Ley pagaron (gobierno y patrón) 251.8 pesos en 1997 y en 2007 pagarán 310.7 pesos (de 1997). En el caso de los trabajadores que ganan entre uno y dos salarios mínimos, bajo el viejo esquema aportaban 226.5 pesos (de 1997), y bajo la nueva Ley aportaban (gobierno y patrón) 251.8 pesos en 1997 y en 2007 aportarán 310.7 pesos (de 1997). En el caso de los trabajadores que ganan de tres salarios mínimos en adelante las cuotas tripartitas son menores bajo la nueva Ley. En el caso de los trabajadores que ganan tres salarios mínimos, en el viejo esquema pagaban 339.7 pesos (de 1997), mientras en el nuevo esquema pagaron 251.8 pesos en 1997, y en el año 2007 pagarán 310. 7 pesos (de 1997). El caso extremo son los trabajadores que ganan de 25 salarios mínimos. Bajo el viejo esquema debían pagar 2,831 pesos (de 1997). En cambio bajo la nueva Ley pagaron 1,864.4 pesos en 1997, y en el año 2007 pagarán una cuota de 623.3 pesos (de 1997). Al analizarse estas cifras debe tomarse en cuenta que entre más bajo es el salario de cotización se utilizan más los servicios médicos del IMSS. En cambio, entre más aumenta el ingreso la utilización de los servicios médicos del IMSS disminuye, al igual que la CF. (Tablas 3.5 y 3.9)

Finalmente, al indexar la CF al INPC existía el riesgo de cobrar en exceso a las empresas en épocas de salarios bajos. Sin embargo, también existe el riesgo de que al indexar la CF al salario mínimo, las ganancias en productividad de la economía (reflejadas en aumentos reales al SMGDF) eleven el ingreso y gasto global en salud, en lugar de canalizar ese ingreso disponible hacia el sector productivo. En las negociaciones para la aprobación de la nueva LSS los patrones promovieron la segunda alternativa por ser la que menos afectaba a sus intereses.

Incremento de la cobertura

Uno de los argumentos más importantes para modificar la estructura de financiamiento del SEM fue la necesidad de ampliar la cobertura a los trabajadores que no estuvieran cubiertos por algún esquema de seguridad social, y que tuvieran capacidad de pre-pago. En otras palabras, personas que pudieran cubrir las cuotas de un seguro médico subsidiado pero que no contaran con uno por su condición laboral, como en el caso de los autoempleados, los trabajadores de la economía informal. los agricultores y los que trabajan en otros países (para proteger a sus familias en México).

Con la reforma al financiamiento del SEM se trata de recuperar el ritmo de crecimiento de la afiliación, que anteriormente se encontraba por arriba del crecimiento de la PEA. El objetivo es llegar a beneficiar a toda la población urbana y rural en zonas densamente pobladas. Para hacerlo, el gobierno federal decidió aportar la misma cuota *per cápita* que otorga para los trabajadores del régimen obligatorio. De esta forma, el IMSS tendrá mayores ingresos, y margen de maniobra para incorporar a nuevos grupos e individuos. Antes de 1997 ya existían esquemas de afiliación voluntaria; sin embargo, no se tuvo el resultado por las altas cuotas de cotización que no hacían atractiva la afiliación. La reforma a los esquemas de afiliación voluntaria al IMSS buscó hacerla menos

costosa para el Instituto y los cotizantes, y facilitar con ello la incorporación de personas entre la clase media y estrato socioeconómico bajo que no se encuentran cubiertos.

En la nueva LSS se actualizaron los regímenes de afiliación voluntaria que ya existían en el pasado. A partir de 1997 existen tres figuras jurídicas de incorporación voluntaria: la incorporación voluntaria al régimen obligatorio, la continuación voluntaria y el régimen voluntario. Los sujetos que pueden incorporarse voluntariamente al régimen obligatorio se dividen en cinco clases, tres de no asalariados (1. trabajadores independientes, 2. ejidatarios, colonos y pequeños propietarios, 3. patrones, personas físicas) y en dos categorías de asalariados en "situación especial" (1. servicio doméstico 2. trabajadores al servicio de gobiernos estatales).[244] Los trabajadores no asalariados de la modalidad uno y tres tendrán derecho a prestaciones en especie del SEM, SIVCV y SRT pagando la CF que se cobra a los trabajadores que ganan un salario mínimo.[245] Los asalariados en "situación especial" cotizan de acuerdo a su nivel de salario. Este esquema permite la afiliación de manera individual y colectiva, porque se prevé que grupos gremiales (e.g. colonos, taxistas) puedan negociar con el IMSS la incorporación de sus miembros, y que los pagos también se realicen a través de la organización y no sólo de forma individual. (IMSS, 1996)

La continuación voluntaria va dirigida a los trabajadores que por alguna razón causaron baja en el régimen obligatorio y que desean seguir cotizando en el SIVCV del IMSS. En el caso del régimen voluntario, por un lado, se heredó de la legislación anterior la figura del "seguro adicional" que aplica únicamente a los trabajadores del IMSS y, por el otro, se creó una nueva alternativa para la población abierta denominada Seguro de Salud para la Familia (SSF).[246] Este seguro pue-

---

[244] Para los trabajadores no asalariados de la modalidad 2 sólo tienen derecho a las prestaciones en especie del SEM y del SIVCV. (IMSS, *Ley...cit.*, art 13, 14, 230, 235, 236. cit. en Goodrich, Riquelme y Asociados S.C (Despacho), "Nueva...*cit.*, p. 5.)

[245] Estudios económicos de la OCDE, *op.. cit.*, p. 114.

[246] Si bien en el pasado también existía la posibilidad de afiliarse de manera voluntaria al IMSS en la rama de enfermedades y maternidad con un seguro similar, el costo de hacerlo era casi cuatro veces mayor que el de SSF. (*loc.cit.)*

de contratarse con una aportación de 22.4% de un SMGDF (180 pesos de 1997) y no incluye prestaciones económicas ni pensiones de ningún tipo (cesantía, invalidez o riesgos de trabajo). Inicialmente, este seguro pretende atraer a la población con posibilidad de pago previo que por alguna razón no puede afiliarse en los otros esquemas voluntarios como, por ejemplo, los mexicanos que trabajan en Estados Unidos y que desean proteger a sus familias que viven en México. Con el tiempo existe la posibilidad de otorgar subsidios para incluir a grupos en condiciones de pobrezas y pobreza extrema para ampliar la dispersión del riesgo (*pooling*).[247]

Este seguro ha sido deficitario en sus primeros años de operación a pesar de que existen candados de afiliación y exclusión por preexistencias como en cualquier seguro médico privado. La falta de un mayor número de cotizantes para compartir el riesgo y la mayor tasa de utilización que se ha observado en este seguro hicieron que fuera deficitario en 1999 y el año 2000 (1,269 millones de pesos).[248] Este comportamiento se le ha atribuido a su carácter voluntario que promueve la selección adversa y a la creencia de que no se aplican efectivamente los controles internos (exclusiones y preexistencias).[249] Sin embargo, no son la causa principal del déficit en el SSF.

Con la nueva LSS, los trabajadores que en el pasado se incorporaron al régimen obligatorio del IMSS por decreto presidencial (e.g. ejidatarios, comuneros) ya no tienen que inscribirse de manera obligatoria al Instituto. Por lo tanto, se han ido transfiriendo a estos trabajadores al SSF para que sigan gozando de un seguro médico. Esta medida significó que a estos trabajadores que antes estuvieron en el régimen obligatorio del IMSS no pueden aplicárseles los controles de utili-

---

[247] Para que estas familias sin capacidad de pago previo, pudieran estar cubiertas por el SSF se podría utilizar la figura jurídica del "tercer pagador" en la que una instancia de gobierno (federal, estatal o municipal) puede subsidar parcial o totalmente a la población que no tiene acceso a la seguridad social para que adquieran este seguro médico. (IMSS, *Ley...cit.*, art. 14.)

[248] Por ejemplo, mientras que en el SEM 9% de los afiliados tiene más de 65 años, en el SSF este grupo de edad representa 25% de los miembros. (IMSS, *Perspectivas...cit.*, p.76.)

[249] Entrevista B.

zación que el SSF consideraba, provocando así el déficit en las finanzas de este seguro. Para el año 2000, se estimaba que cerca de 85% de los asegurados del SSF eran antiguos derechohabientes del IMSS y que sólo 15% de los afiliados eran nuevas contrataciones a quienes sí se aplicaban los controles, tiempos de espera y exclusiones.[250] Por lo pronto, este seguro está cerrado en las zonas donde ya no hay capacidad para atender nuevos derechohabientes, sin embargo, el potencial que ofrecer para ampliar la cobertura, promoviendo la incorporación masiva de asegurados (para dispersar el riesgo) sigue latente.

A pesar del comportamiento deficitario del SSF, el gobierno federal pretende que el ritmo de crecimiento de la cobertura, producto del desarrollo económico (régimen obligatorio) y de los programas de afiliación voluntaria, vuelva a situarse por arriba del crecimiento de la PEA. De acuerdo con las proyecciones oficiales, el número de afiliados podría crecer entre 3.5 y 4% al año, por lo que estaría entre 1.5 y 2% por arriba del crecimiento de la PEA.[251] Para el año 2005, se espera que la cobertura del IMSS sea superior a 40% de la PEA de ese año, lo que representaría entre 6 y 8 puntos porcentuales por arriba de su nivel en 1995. Aún así, siguen existiendo dudas sobre el número probable de nuevos afiliados.

En la actualidad, es muy difícil prever si el nuevo esquema de financiamiento del SEM y los programas de ampliación de la cobertura permitirán que se mantenga el equilibrio financiero en el futuro. Si bien el objetivo de ampliar la cobertura es deseable, también implica un alto riesgo financiero asociados a los costos de atención esperados de los nuevos derechohabientes. Una interrogante con respecto al aumento de la cobertura, es en qué medida este incremento se verá reflejado en una demanda excesiva de servicios médicos. En otros países, donde se crearon programas

---

[250] Entrevista A.
[251] Secretaría de Salud, *Programa...cit.*

de afiliación voluntaria similares a los del IMSS, hubo un incremento significativo de la demanda. Según la OCDE, la experiencia internacional sugiere que "la demanda de servicios de atención a la salud rebasará substancialmente los recursos disponibles".[252] Hasta el momento, el IMSS no ha especificado que pasaría si esto sucediera en México cuando la afiliación voluntaria fuera significativa. Por ejemplo, qué tipo de criterios se seguirían para racionar la demanda de servicios de salud en caso de ser excesiva. Lo más probable es que se limite la oferta, se incrementen las filas de espera (que es mecanismo muy ineficaz de racionamiento porque genera externalidades negativas), o bien se tendrá que redefinir la estrategia de ampliación de la cobertura.

FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PARA LOS PENSIONADOS

Uno de los puntos débiles de la reforma financiera al SEM fue la parte correspondiente a los servicios médicos para los pensionados. En la nueva LSS de 1995, se mantuvo el financiamiento de los servicios médicos de los pensionados mediante una cuota tripartita (gobierno, 0.075% empleados, 0.375% y patrón, 1.050%) equivalente a 1.5% del SBC, en las aportaciones que los derechohabientes hicieran al SIV. Esta cantidad se destina a un rubro especial del SEM para la atención médica de pensionados y sus familias, así como para el gozo de las prestaciones en especie de los asegurados en el SRT y SIV. El esquema de financiamiento sigue el principio de solidaridad intergeneracional que en el pasado funcionaba en las pensiones. Las generaciones trabajadoras de hoy pagan por la atención médica que reciben los jubilados en este momento. Cuando las generaciones aportantes se retiren en el futuro recibirán atención médica financiada con las generaciones que trabajan en ese momento.

---

[252] Estudios económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 122-123.

Hay que recordar que México vivirá la última etapa de la transición demográfica entre 2030 y 2050, como se explicó en el capítulo anterior. En esos años, la tasa de natalidad y la de mortalidad serán bajas; sin embargo, la generación que caracterizó la época de alta natalidad y baja mortalidad llegará a la tercera edad en los próximos 50 años. Con una tasa proyectada de crecimiento de 4% anual, para el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años. En ese entonces, la edad promedio de los mexicanos será de 45 años. Este cambio en el perfil demográfico de la población requerirá de mayores recursos para el tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas.

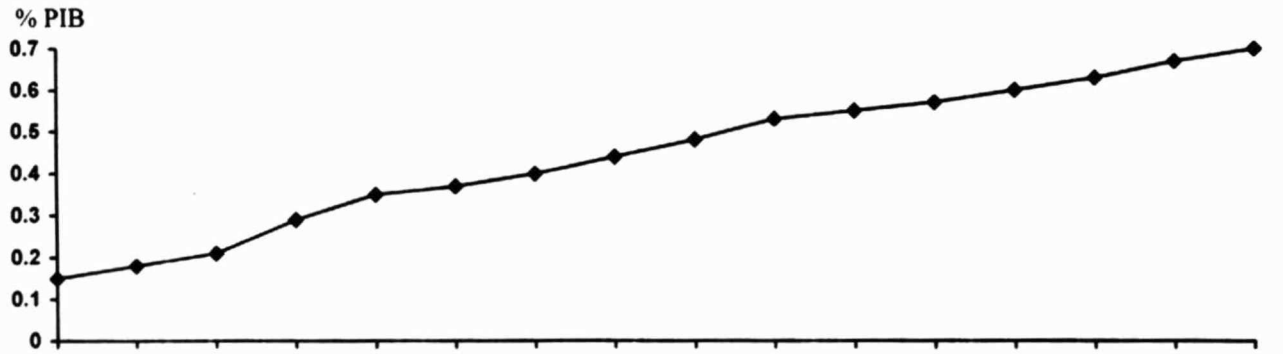
Con esta dinámica de crecimiento y cambio en el patrón morbológico de la población es muy probable que el gasto médico de los pensionados se incrementará a un ritmo exponencial en las próximas décadas. En otros países que en la actualidad viven la tercera etapa de la transición demográfica, se ha visto que el crecimiento de estos gastos es superior al crecimiento en los gastos de pensiones monetarias.[253] Hay que recordar que las personas en edad avanzada son las que utilizan en mayor medida los servicios médicos, por lo tanto, su gasto *per cápita* en salud es mayor que el de los jóvenes. Al mismo tiempo, debe recordarse que la inflación de los insumos y productos médicos ha superado considerablemente el crecimiento en los precios de otros productos.

En México, se piensa que el gasto nacional en salud por habitante crecerá por arriba del PIB en los próximos años. El gasto médico en pensionados aún bajo supuestos muy conservadores se duplicará cada 10 años. En 1995 este gasto ocupaba 0.15% del PIB, y se espera que en 2030 sean de 0.44%, en 2050 de 0.57% y en 2070 de 0.7%. (Fig 3.13) Es cierto debido al alto costo que implicaría la atención privada, que no existen otras opciones "realistas" de atención médica de los

[253] Los gastos en salud y seguridad social son los único rubros del gasto gubernamental que mantienen su tendencia creciente en el largo plazo. La crisis fiscal del Estado en los años 1970 redujo el ritmo de crecimiento del gasto público excepto en estas dos áreas. (Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care...cit.*, p.10)

pensionados más que el propio IMSS o instancias públicas de seguridad social.[254] Así que esta tendencia tendrá que confrontarse con el objetivo de control del gasto y déficit público que reduce la cantidad de recursos públicos adicionales que pueden destinarse al sector salud.

Fig 3.13 Evolución de gastos médicos para pensionados del IMSS



Fuente: IMSS (Aportaciones al debate)

Evaluación del financiamiento de los servicios médicos para pensionados del IMSS

La reforma al IMSS plantea el equilibrio financiero de los seguros del Instituto y desde 1989 prohibe los subsidios cruzados entre ellos. Por lo tanto, la administración de la atención médica de los pensionados depende de la adecuada proyección de los gastos e ingresos destinados a este rubro. Muchas de las variables que influyen en la función de gasto están fuera del control del propio Instituto, como la dimensión demográfica, el crecimiento económico o las aportaciones gubernamentales. A su vez, la fórmula de financiamiento es fija en el corto plazo y depende de las variables que influyen en el SBC. El propio IMSS reconoce que la aportación de 1.5% sobre el SBC destinada al financiamiento de la atención médica de los pensionados, "probablemente" será

[254] IMSS, *Aportaciones...cit.*, p. 81.

insuficiente para enfrentar el incremento de la demanda como consecuencia de la transición demográfica en la primera década del siglo XXI.[255]

En este apartado se hará una evaluación sobre el posible impacto de la transición demográfica y de la inflación sectorial en la sustentabilidad financiera del esquema vigente. Aquí, se parte de dos proyecciones del gasto en salud hasta el 2050 en función de las siguientes variables: crecimiento económico esperado, crecimiento de la PEA, ampliación de los cotizantes al IMSS, y evolución en los precios de la salud. A su vez, en las proyecciones de ingreso bajo el nuevo esquema de financiamiento se toman en cuenta los siguientes factores: evolución del salario promedio de cotización (SPC), incremento real del salario mínimo y las contribuciones de los cotizantes.

Proyecciones y supuestos

La primera proyección es la que estimó el IMSS bajo supuestos muy conservadores. En este cálculo se supone un nulo crecimiento de los costos por razones tecnológicas y cero impacto en la edad promedio de los pensionados (intensidad de la demanda). (Fig 3.13) La segunda proyección parte de la anterior, sólo que asume 2% de crecimiento anual promedio en los precios de los productos médicos. Los supuestos de los que se partieron para realizar esta evaluación fueron los siguientes: 1) que el crecimiento económico real en los próximos 50 años será de 3% anual en promedio, 2) que las estimaciones oficiales de crecimiento de la PEA, cotizantes y pensionados del IMSS se cumplirán (Fig 3.14),[256] 3) que la tendencia de crecimiento de 2% en los precios de

[255] *Ibid.*, p. 42.

[256] La estimación de crecimiento de la cobertura del IMSS después del 2007 es imprecisa, como ya se había mencionado anteriormente. El *Programa de reforma al sistema de salud mexicano* prevé que se mantendrá un ritmo de crecimiento superior al de la PEA. A su vez, el IMSS proyecta cubrir la totalidad de la población urbana y de áreas rurales densamente pobladas con el nuevo esquema de financiamiento. Con ambas proyecciones se calcula que la cobertura del IMSS aumentará de 35% de la PEA en el año 2000, a 70% en el año 2030 y a 90% en el 2050. A su

los productos de la salud (IPS), por arriba de la inflación general, continuará hasta el 2050 (Fig 3.15),[257] 4) que el SPC de 1998 (3.09 veces el SMGDF) se mantendría constante,[258] y 5) que habrá un crecimiento real del salario mínimo real de 1.9% anual en promedio.[259] Las aportaciones (A) de los cotizantes al IMSS se obtuvieron del producto del SPC por las estimaciones de crecimiento en el salario mínimo real (SMR), por la contribución de 1.5% del número esperado de cotizantes (C) en cada año.[260]

A: ((SPC(SMR)1.5%)C)

---

vez, las estimaciones del Centro de Estudios para el Desarrollo de la Seguridad Social (CEDESS) proyectan un aumento de 30% de la PEA entre el año 2000 y 2010, de 23% entre 2010 y 2020, de 13% entre 2020 a 2030, y de 2.5% entre 2030 y 2050. En lo que se refiere al número de pensionados del IMSS, en el año 2000 serán cerca de 2 millones, en el año 2030, 7.5 millones, y en el 2050 15 millones. Estas cifras indican que el ritmo de crecimiento de los pensionados del IMSS será mayor que el ritmo de crecimiento de la PEA adscrita al Instituto (Fig 3.15) (Secretaría de Salud, *Programa...cit.*, p. 24., IMSS, *Diagnósitco...cit.*, p. 14)

[257] Entre 1980 y 1995 los precios de los productos médicos se incrementaron 28% por arriba de la inflación general, que corresponde a 2.05% anual en promedio. En esta evaluación se estimó que esta tendencia se mantendría. (J. Frenk (ed), *op cit*, p. 190 y Banco de México, *Indice nacional de precios de la salud*, < www.banxico.gob.mx >, 1994-1999)

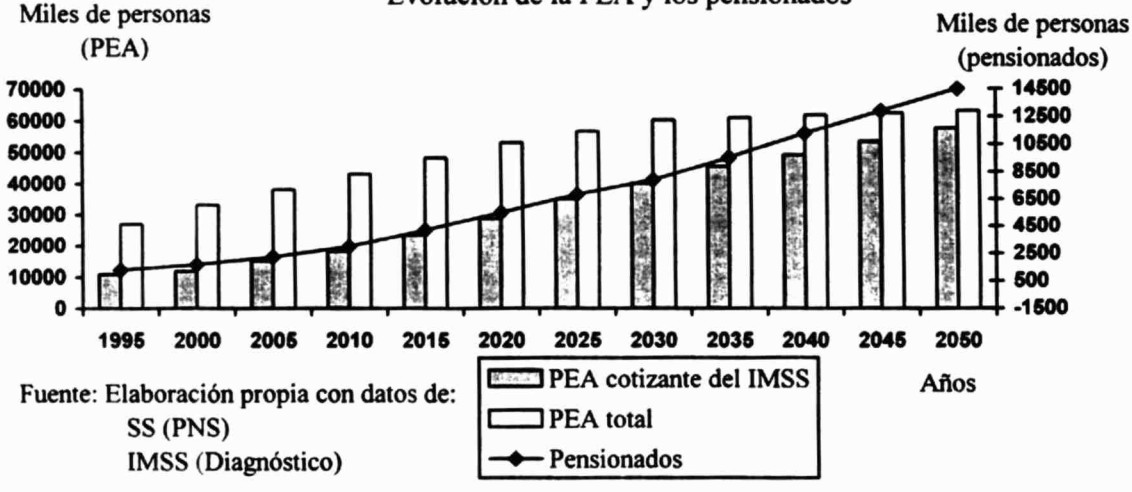
[258] Históricamente, el SPC aumenta cuando el salario real no crece o se mantiene constante. Como se supone un crecimiento real del salario mínimo en esta evaluación, el SPC se mantuvo constante hasta el año 2050.

[259] El 1.9 se obtuvo de la diferencia entre el crecimiento económico real supuesto (3%) y la tasa real de crecimiento demográfico (1.1%).

[260] Si bien las aportaciones al sistema de financiamiento para los gastos de los pensionados es a partir del SBC de cada cotizante, se encontró que en los primeros años de la reforma financiera existía una similitud importante entre la cifra total recaudada y el producto del SPC por aportación del número total de cotizantes. En 1998, en el primer caso la recaudación total fue 6,063 millones de pesos y en el segundo de 6,271 millones de pesos. En 1999, en el primer caso la recaudación total fue de 6,895 y en el segundo de 6,982 millones de pesos. Una posible explicación puede ser el alto número de aportantes al IMSS que ganan menos de 3 salarios mínimos. (70%) (IMSS, *Memorias... cit.*, p. 306 y 315)

Fig 3.14

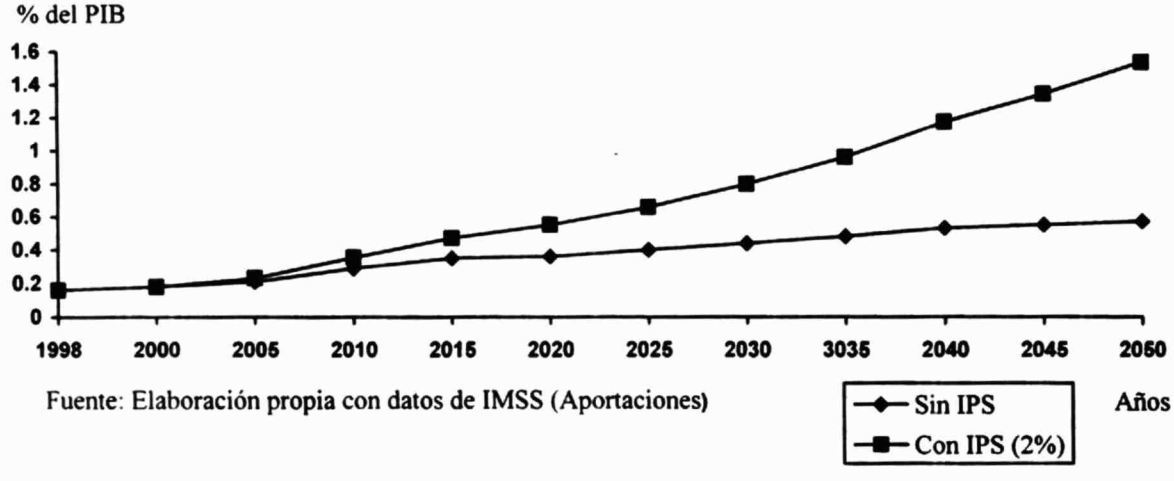
Evolución de la PEA y los pensionados



Fuente: Elaboración propia con datos de:
SS (PNS)
IMSS (Diagnóstico)

Fig 3.15

Gasto en salud en dos proyecciones



Fuente: Elaboración propia con datos de IMSS (Aportaciones)

Resultados

Una vez que se cruzaron las estimaciones de gastos e ingresos esperados, se observó que en el primer escenario donde la inflación de precios de la salud es igual a la inflación general de la economía (sin IPS), la aportación correspondiente a 1.5% del SBC es suficiente para cubrir los gastos de salud de los pensionados hasta el año 2005. A partir de entonces, y hasta el 2030, el balance

financiero es ligeramente negativo en la mayoría de los años.[261] Posteriormente, el crecimiento del gasto es consistentemente mayor que el del ingreso por aportaciones. Esta situación es congruente con las proyecciones de crecimiento demográfico, en las que se espera que la mayor parte del aumento de la población de la tercera edad ocurra a partir de 2030. Este escenario es sumamente conservador, si no es que irreal, dada la evolución histórica de los precios de la salud. (Fig 3.16)

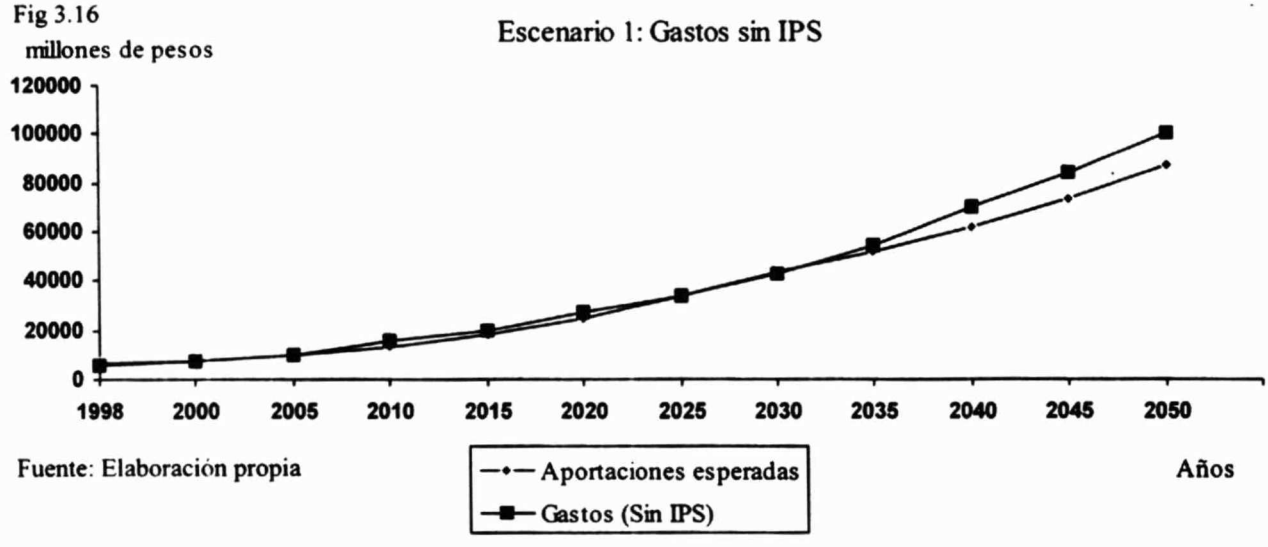
Como esta proyección subestima el aumento en los gastos, se utilizaron los mismos supuestos con el segundo escenario donde la inflación de los precios de la salud se incrementaría 2% por arriba de la inflación general de la economía (IPS de 2%). En esta proyección la aportación correspondiente a 1.5% del SBC es insuficiente entre el año 2005 y el 2010. A partir de entonces se observa una creciente disparidad entre los ritmos de crecimiento del ingreso y el gasto. La situación llega a ser insostenible en el año 2015, con déficits que alcanzan hasta el 100% en el 2045. Este escenario es más realista dada la evolución histórica del gasto en salud y la tendencia mundial. La proyección ilustra la insuficiencia del sistema de financiamiento vigente ya que éste no puede enfrentar los cambios demográficos e inflacionarios esperados. (Fig 3.17)

Lo que muestran ambos escenarios, es que en ausencia de una modificación en la fórmula de financiamiento, de un cambio drástico en las condiciones económicas del país o de una desaceleración improbable de los precios de la salud, el esquema actual de financiamiento está condenado a la bancarrota. El marco institucional no considera aún esquemas de financiamiento emergentes. Por lo tanto, habrá que buscar alternativas para cubrir el gasto que representarán los pensionados

[261] Debido a las generalizaciones que se asumieron para realizar el modelo, lo que muestra esta tendencia es que en mayor o menor medida la aportación de 1.5% sería suficiente para cubrir los gastos en salud de los pensionados (Sin IPS) hasta el año 2030.

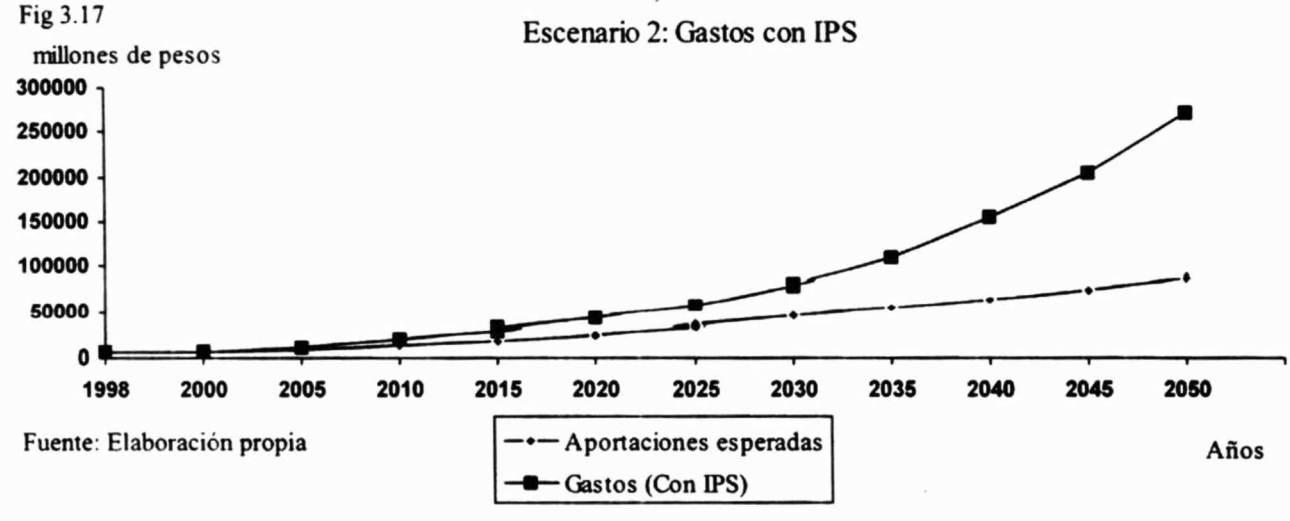
en el futuro, manteniendo los objetivos genéricos de la reforma como son la disciplina presupuestal y el servicio de calidad para los derechohabientes.

Fig 3.16



Fuente: Elaboración propia

Fig 3.17



Fuente: Elaboración propia

Simulaciones

Si se parte de la imposibilidad de alterar la transición demográfica o las tendencias inflacionarias del sector, un escenario de sustentabilidad financiera dependería de incrementos en el sala-

rio mínimo, o en la aportación individual del 1.5% sobre el SBC. Al realizar un análisis de sensibilidad con el salario mínimo (SM), se llega a la conclusión de que el incremento tendría que ser mayor al 1.9% anual promedio que se ha supuesto en el modelo en los dos escenarios analizados (con IPS y sin IPS). En la Tabla 3.18, puede observarse que el crecimiento anual promedio del salario mínimo, en caso de que la IPS fuera igual a la inflación general de la economía, tendría que ser de 2.25% para que la aportación del 1.5% sobre el SBC fuera suficiente para cubrir los gastos médicos de los pensionados desde el año 2000 hasta 2050. En el escenario donde el IPS crece 2% anual en promedio por arriba de la inflación general de la economía, el crecimiento del salario mínimo tendría que llegar a 4.15% anual en promedio, para lograr el autofinanciamiento de esta rama de aseguramiento entre los años 2000 y 2050. Ambos escenarios son poco factibles porque el crecimiento real supuesto del salario mínimo es bastante alto (1.9%). Aún así, este ejercicio trata de mostrar la magnitud del déficit esperado.

Al seguir el mismo proceso iterativo con la cuota de aportación como variable independiente, se obtiene que la aportación de 1.5% sobre el SBC que se hace actualmente tendría que aumentar a 1.75% para que se mantenga el equilibrio financiero de esta rama de aseguramiento entre 2000 y 2050, en caso de que el IPS fuera igual a la inflación general de la economía. Como este escenario es poco probable, una estimación más realista tendría que considerar un incremento del IPS superior a la inflación general de la economía. En el escenario en el que se considera 2% de incremento real anual en promedio de el IPS sobre la inflación general de la economía, la aportación de 1.5% sobre el SBC que se hace en la actualidad tendría que incrementarse hasta 4.65%, para que los gastos médicos de los pensionados pudieran financiarse entre los años 2000 y 2050. En ambas estimaciones se mantuvo el crecimiento real del salario mínimo constante (1.9%).

Tabla 3.18 Simulaciones con el SM y la aportación sobre SBC

Variable *Año*	*Crecimiento del SM (Sin IPS)*	*Crecimiento del SM (Con IPS)*	*Aportación sobre el SBC (Sin IPS)*	*Aportación sobre el SBC (Con IPS)*
2005	1.90%	2.15%	1.50%	1.65%
2010	1.93%	2.34%	1.52%	2.15%
2015	1.95%	2.43%	1.53%	2.32%
2020	1.97%	2.64%	1.54%	2.49%
2025	1.99%	2.89%	1.55%	2.86%
2030	2.00%	3.17%	1.61%	3.10%
2035	2.14%	3.35%	1.66%	3.45%
2040	1.18%	3.87%	1.70%	3.94%
2045	2.20%	4.05%	1.72%	4.28%
2050	2.25%	4.15%	1.75%	4.65%

Fuente: Elaboración propia

Estos resultados no están muy alejados de las estimaciones que ha realizado el IMSS y sus auditores. Según un cálculo que se realizó a 100 años, el Instituto estimó que la aportación para los gastos médicos de los pensionados debería incrementarse de 1.5% del SBC a 3.87% para que esta rama de aseguramiento fuera autofinanciable entre el año 2000 y 2100. En este mismo ejercicio, los auditores externos estimaron que la aportación sobre el SBC debía ser de 4.062%, para generar las reservas suficientes entre el año 2000 y 2030, y que permitan enfrentar el incremento de la demanda esperada con la transición demográfica entre 2030 y 2050, y con la demanda pos-

terior hasta 2100.[262] Al comparar estas estimaciones, puede observarse que no varían demasiado con el 4.65% sobre el SBC, al que se llegó en el modelo expuesto anteriormente.

ALTERNATIVAS PARA LOS PENSIONADOS

La evaluación anterior muestra la necesidad de una reforma adicional al sistema de financiamiento de los gastos médicos de los pensionados. Con seguridad, semejante reforma conduciría al aumento del porcentaje de aportación individual al sistema. Sin embargo, los efectos de este incremento en las aportaciones, deben sujetarse a un análisis costo-beneficio para determinar el impacto real en cada uno de los aportantes: gobierno, patrón y empleado.

El gobierno aporta en la actualidad 5% del total de las cuotas para este rubro. Si asumiera toda la carga adicional, habría una mayor presión fiscal que se sumaría a la que probablemente existirá con el aumento de la cobertura prevista, y en los compromisos que ha asumido en el pago de pensiones monetarias. Esta situación podría llegar a ser incompatible con los objetivos de control del gasto y deuda pública. Actualmente, los empleados aportan 25% de los recursos. El incremento en sus aportaciones se vería reflejado en menores incentivos a elevar la productividad del trabajo, fomentaría la economía informal y reduciría los niveles de consumo y ahorro, lo que supondría distorsiones importantes para toda la economía.

Los patrones son los que contribuyen más al sistema (70% de los recursos). En caso de que tuvieran que aumentar sus aportaciones, se incrementaría el costo del trabajo y se reducirían los incentivos para declarar la planta laboral y el SBC con veracidad, puntualidad y precisión. Asimismo, desincentivaría la demanda de trabajo generando externalidades negativas para el crecimiento, el ahorro, el consumo y el empleo. Un escenario de desempleo, subempleo o evasión de

[262] IMSS, *Evaluación financiera 1999*, mimeo.

cuotas haría mucho más dramático el costo social del financiamiento a los servicios médicos de los pensionados, sobre todo frente a la transición demográfica.

En la actualidad se estudian dos alternativas que podrían ayudar a solucionar este problema. En sus primeros años de operación, el SRT ha presentado superávits importantes. Los empresarios han estado presionando al IMSS para que se revise la fórmula de tal forma que pueda reducirse las aportaciones que hacen por concepto de riesgos de trabajo. El Instituto puede llegar a proponer a los empresarios una reducción en sus aportaciones al SRT por un aumento en las aportaciones que realizan en la parte correspondiente a los gastos médicos de los pensionados.[263] La segunda alternativa que se está considerando, es una reducción en las aportaciones al SIV una vez que el monto que tiene que aportar el Instituto para complementar las renta vitalicia que se contratan con una aseguradora privada se reduzca (cuando los recursos acumulados en las cuentas individuales de los trabajadores sean mayores). De esta manera, las cuotas que el IMSS recauda por esta vía pueden reducirse, y podría aumentar la aportación que se hace para los gastos médicos de los pensionados en la misma proporción.[264] Aún así, existe la posibilidad que las reducciones en las aportaciones que se hagan al SRT y al SIV, para incrementar en la misma proporción la aportación para los gastos médicos de los pensionados, sean insuficientes para cubrir el déficit en el financiamiento de esta rama de aseguramiento.

Por lo pronto, la contabilidad del SEM y la rama de gastos médicos de los pensionados es la misma. Así que los déficits que en los próximos años se presentarán en los gastos médicos de los pensionados los cubrirán las aportaciones que todos los cotizantes hacen al SEM. Sin embargo,

---

[263] Entrevista B.

[264] Los recursos no podrían transferirse de un seguro a otro directamente, porque la LSS prohíbe los subsidios cruzados. Así que primero deberían de reducirse las aportaciones en SRT y SIV, y posteriormente aumentar el 1.5% que se asigna por concepto de gastos médicos de los pensionados.

con el tiempo la presión fiscal será mayor y la demanda de servicios médicos tanto de los aportantes del Instituto como de los pensionados entrará en conflicto con el objetivo de ampliación de la cobertura, y la mejora en la calidad de los servicios médicos del IMSS. Si bien es cierto que es difícil estimar los gastos médicos de los pensionados, esto no debe ser razón para ocultar el desfinanciamiento de esta rama de aseguramiento y poner en peligro el equilibrio financiero del SEM en el largo plazo.

El financiamiento de los servicios médicos de los pensionados es similar al problema que se presentaba en las pensiones antes de 1995. En los próximos diez o quince años la situación podría ser sostenible al cubrir los déficits de los servicios médicos de los pensionados con las aportaciones que todos los cotizantes hacen al SEM, pero entre más pase el tiempo el costo fiscal de reformar el sistema de financiamiento de los servicios médicos de los pensionados será mayor. En síntesis, si no se toman las contingencias necesarias en este lustro para ir generando las reservas necesarias en los próximos treinta años para enfrentar la demanda de atención médica entre 2030 y 2050, los pasivos y el costo de oportunidad del dinero utilizado para reformar el sistema irá aumentado con el tiempo.

La discusión sobre el sistema de financiamiento de la salud para los pensionados es un debate inaplazable en México. El cambio social previsto debe llevar a una planeación oportuna y a la evaluación de los costos y beneficios desde una perspectiva distributiva. El envejecimiento será muy exigente para los aportantes de la PEA por medio de la solidaridad inter-generacional, la familiar y mediante los sistemas de seguridad social, por lo que sería conveniente diseñar mecanismos para brindar a la población de la tercera edad la atención médica de calidad que requerirán.[265]

---

[265] Véase R. Ham, *op. cit.*, cap. 8.

4. LA MODIFICACIÓN A LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL IMSS

La reforma a los servicios médicos del IMSS en 1997 fue principalmente financiera; aún así, se llevó a cabo junto con modificaciones adicionales en la provisión de servicios de salud con la intención de mejorar su calidad y administración. La nueva LSS de 1995 había confirmado el requerimiento del autofinanciamiento de cada rama de aseguramiento que se estableció en 1989. Para cumplir con este requisito fue necesario diseñar una nueva estructura financiera (Cap.3) que revirtiera el comportamiento deficitario que había caracterizado a la rama de enfermedades y maternidad desde su creación. Sin embargo, este nuevo esquema de financiamiento no sería de gran utilidad para procurar el autofinanciamiento sostenido del SEM si no se buscaba la manera de mejorar la gestión de los servicios médicos del IMSS. Esta reforma interna no sólo estaba dirigida a reducir los elevados costos de operación de los servicios médicos del Instituto, también buscaba remediar el problema de insatisfacción creciente de los derechohabientes con la atención recibida. Hacia el mediano y largo plazo, la contención de costos en el SEM, el crecimiento acelerado de derechohabientes y la reforma en la gestión de los servicios médicos del IMSS generarían un ambiente propicio para buscar nuevas formas de "competencia gestionada" entre diferentes proveedores de servicios de salud, para procurar mayor eficiencia microeconómica y una mejor calidad en la atención médica.

En los capítulos anteriores se vio cómo al establecer una nueva estructura financiera e iniciar la separación entre el financiamiento y la provisión de los servicios se ha tratado de corregir algunas de las *fallas de financiamiento* de los servicios de salud que provee el Instituto. En este capítulo se verán las acciones que se han llevado a cabo, o que se tienen planeadas, para corregir las *fallas*

de regulación, de oferta burocrática, de rigidez laboral, y en los sistemas de información que se han presentado tradicionalmente en el IMSS. Primero, se hará referencia a las fallas que el propio Instituto diagnosticó en sus tres niveles de atención. Posteriormente, se analizarán los proyectos más importantes que se han iniciado para reformar la gestión de los servicios médicos en el Instituto. Al concluir este capítulo se verá el tipo de falla de gobierno que se ha tratado de resolverse con cada proyecto.

Fallas en los diferentes niveles de atención

Antes de la reforma a la LSS, en el primer nivel de atención (1,499 unidades de Medicina Familiar) se utilizaban 26% de los recursos, se atendía 80% de los padecimientos de los derechohabientes y se empleaban a 55,000 trabajadores del IMSS.[266] Los pacientes recibían consultas en horarios fijos, estaban adscritos a una unidad específica y se les asignaba a un médico familiar, quien debía enviarlos al segundo nivel en caso de tener un padecimiento más complejo. En el diagnóstico que se realizó previo a la reforma, se observó que en este nivel de atención los principales problemas eran las "largas esperas para recibir consulta; diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico; falta de medicamentos; escasez y obsolescencia de equipos e insumos para las unidades médicas, falta de motivación del personal, despersonalización en la relación médico-paciente; insatisfacción del usuario y quejas tanto de trabajadores como de las empresas respecto a la asignación y pago de incapacidades; falta de control y abuso en la expedición de recetas médicas, incapacidades y órdenes de estudios de laboratorio y radiológicos".[267] La mayoría de estos problemas, que hasta la fecha se presentan en el IMSS, se deben principalmente a las *fallas de*

[266] IMSS, *Diagnóstico...cit.*, p. 41. e IMSS, *El IMSS hacia el siglo XXI, hechos y perspectivas*, IMSS, 1998, p.11.
[267] *Ibid.*, p. 42..

oferta burocrática y *de rigidez laboral*. Por un lado, los médicos no cuentan con incentivos para mejorar su desempeño, y por el otro, el usuario no tiene libertad de elección (dentro del Instituto) para premiar o castigar los servicios recibidos. Esta situación ha derivado en una creciente inconformidad por parte de los derechohabientes, en mayor desperdicio de recursos y en la congestión del segundo y tercer nivel de atención.[268]

En el segundo nivel de atención (215 hospitales generales y regionales) se atienden los padecimientos de mediana complejidad y que requieren de medicina especializada. En este nivel trabajan 130,000 trabajadores del IMSS y antes de la reforma aquí se consumía 54% del presupuesto total.[269] La problemática asociada a este nivel de atención se encontraba muy relacionada con la administración centralizada del Instituto antes de 1994, principalmente en lo que se refiere a los métodos de presupuestación y abasto de insumos.[270] Esta situación todavía se ve reflejada en "la obsolescencia de los equipos, falta de planeación en la compra (de éstos) y en la prestación de servicios médicos, subutilización de equipos costosos y complejos, personal de mantenimiento poco capacitado, largas listas de espera, saturación de servicios, falta de insumos, sobrecarga de trabajo para el personal agudizado por el persistente ausentismo de trabajadores".[271]

En el tercer nivel, se encuentra la medicina de alta especialidad (41 Hospitales).[272] En este nivel se empleaba a 45,000 trabajadores y se consumía 20% del presupuesto del Instituto. Los problemas principales que se diagnosticaron eran: el abasto inoportuno de medicamentos, rezago de equipos especializados, sub o sobreutilización de éste, capacidad limitada de los recursos hu-

---

[268] El diagnóstico estima que en el primer nivel se resuelven 80% de los padecimientos, siendo que el porcentaje recomendado es 85% (C.L. Moreno, *op. cit.*, p. 84)
[269] IMSS, *Diagnostico...cit.*, p. 46.
[270] C.L. Moreno, *op. cit.*, p. 84.
[271] IMSS, *Diagnóstico...cit.*, p. 46. De 360 días al año, los trabajadores del IMSS asisten en promedio 183. (*Reforma* "Polemizan subrogación", 27 de diciembre de 2000, p. 29.)
[272] IMSS, *El IMSS... cit.*, p. 11.

manos para dar mantenimiento adecuado, escasez de insumos y refacciones, y primordialmente la falta de algún registro sobre la efectividad del equipo médico ya que la adquisición y utilización de equipos costosos se llevaba a cabo sin tomar en cuenta ningún criterio de costo-beneficio. (IMSS, 1995)

Para tratar de resolver esta problemática se diseñó un plan de reforma a la gestión de los servicios médicos del IMSS con acciones de corto y mediano plazo. Este plan sirvió para solicitar la asistencia del BM, quien aprobó dos préstamos que suman $780 millones de dólares.[273] El proyecto de reforma interna del Instituto es consistente con los lineamientos de reforma que el BM ha promovido en los países en vías de desarrollo. En el corto plazo, se fortalecerá al IMSS para que pueda mejorar la "calidad y eficiencia" de los servicios que provee directamente a través de la desconcentración administrativa, la reestructuración de la organización de los servicios de salud y la introducción de un sistema de incentivos adecuado (BM, 1998). En el largo plazo, la intención es preparar al IMSS para coexistir en un escenario de "competencia gestionada", donde existan diferentes proveedores de servicios médicos que competirán por obtener los fondos del Instituto con el objetivo final de mejorar la eficiencia microeconómica del sector salud en su conjunto.

Como se verá a continuación, el proyecto de reforma interna comenzó desconcentrando las operaciones del IMSS para mejorar la estructura de decisión dentro del Instituto. Posteriormente, iniciaron las modificaciones al sistema de presupuestación para promover gradualmente una nueva estructura de incentivos en favor de la eficiencia y la calidad como se verá en el proyecto piloto para elegir a los médicos familiares. Paralelo a estos cambios ha sido necesario reformar los

[273] El préstamo para llevar a cabo la reforma fue por $750 millones de dólares. El otro préstamo fue por $30 millones de dólares y se utilizó para asistencia técnica para las modificaciones al IMSS. (World Bank, *Mexico-Health System Reform-IMSS Adjustment Loan*, Washington, WB, 1998. y World Bank, *Mexico-Health System Reform-IMSS Technical Assistance Loan*, Washington, WB, 1998.)

sistemas de información para detectar las áreas susceptibles de mejora y evaluar las modificaciones realizadas. En este caso destacan los grupos relacionados de diagnóstico y los indicadores de calidad. Por último, la reforma interna ha tratado de generalizar nuevos criterios administrativos para la contención de costos, como el de análisis costo-beneficio, la contratación externa de servicios de apoyo y la introducción de copagos en los servicios de salud y medicamentos.

DESCONCENTRACIÓN DEL IMSS

Como se vio anteriormente, antes de 1995 se atribuía la mayor parte de los problemas del Instituto (como proveedor directo de servicios médicos) a la centralización de su administración. El IMSS, el BM y analistas independientes reconocían que gran parte de la problemática que se presentaba en el Instituto se encontraba en su estructura de decisión.[274] El órgano central controlaba a las delegaciones regionales en materia de presupuesto, equipo e insumos médicos, en las inversiones que debían hacer y en gran parte de los lineamientos de atención de los servicios médicos. El propósito original de la centralización era obtener ahorros por la compra de equipo e insumos médicos a gran escala, así como, diseñar los programas de expansión y operación del IMSS a nivel nacional. Sin embargo, esta forma de administrar los recursos fue el origen de muchos de los problemas administrativos del Instituto. Al tener un sistema de abastecimiento centralizado, se presentaban fallas de información y control a lo largo de la cadena de adquisición y distribución que, por un lado, generaba problemas de exceso de inventarios y, por el otro, provocaba desabasto de ciertos insumos. (C.L. Moreno, 1995)

---

[274] Véase IMSS, *Diagnóstico..cit.*, p. 6, World Bank, *Mexico-Health System Reform-IMSS Adjustment... cit.*, p. 3, y C.L, Moreno, *op. cit.* p. 85.

Los problemas generados por el control centralizado en materia de inversiones se manifestaban en programas de expansión que generalmente no respondían a los requerimientos de las unidades operativas. Al órgano central le era más difícil conocer las necesidades locales y ajustarse a los cambios en la demanda que ocurrían en las diferentes regiones. Otros problemas asociados a la centralización de recursos humanos y materiales eran la baja calidad de los servicios médicos provistos y la insatisfacción, por un lado, de los patrones y derechohabientes por la atención deficiente; y por el otro, de los trabajadores del IMSS, por la falta de incentivos para mejorar su desempeño. Vale la pena mencionar que entre los años 40 y los años 60, cuando se expandieron los servicios de salud en todo el país, el control centralizado fue muy útil para que el Instituto pudiera llegar a regiones apartadas de la República donde antes no había atención médica, ya que así se pudieron homologar las prestaciones básicas de salud en casi todo el país. Sin embargo, conforme el IMSS fue creciendo más y prestando servicios de salud cada vez más complejos en las delegaciones regionales, las desventajas de mantener esta forma centralizada de control (altos costos y baja calidad) empezaron a superar sus ventajas.

En diciembre de 1994 se llevaron a cabo las reformas a la LSS, un año antes de que se aprobara la nueva Ley. Con estas modificaciones al órgano central se sumaron siete Direcciones Regionales, 36 delegaciones, y 139 Unidades Médicas (UM).[275] Esta división fue la base para desconcentrar muchas de las decisiones que antes le correspondían al órgano central del Instituto. En 1995, el Consejo Técnico del IMSS aprobó la nueva estructura con el objetivo de que "las decisiones operativas se tomen en el lugar donde surgen las demandas y necesidades de los usuarios y sólo las decisiones normativas ocurran en el nivel central".[276]

---

[275] IMSS, *Resumen informativo 1994-2000*, México 2000, p. 5 y *Laboralia*, "Nuevo reglamento de organización interna del IMSS", 1 de enero de 1999, pp. 1-13.
[276] IMSS, *Lineamientos ...cit.*, p. 43.

Este proceso se formalizó con la Comisión Ejecutiva de Reorganización del IMSS encabezada por el Director General del Instituto, y su ejecución formal concluyó en 1997. La desconcentración institucional otorgó mayor independencia de gestión a las UM, aunque reconocía que en cada programa se requería de una combinación de acciones regionales y del nivel central. En algunos casos tenían que mantenerse programas de apoyo desde el nivel central; en otros, era necesario que las decisiones las tomaran directamente los niveles regionales que eran los que tenían contacto con los derechohabientes. La administración por procesos fue el instrumento para determinar el nivel de decisión. El propósito era que al identificar adecuadamente un proceso (administrativo o médico) se pudieran determinar responsabilidades y asignar recursos para su cumplimiento.[277] (IMSS, 2000)

El principal objetivo de la desconcentración era dar flexibilidad a las diferentes UM para buscar métodos de gestión que fueran adecuados para resolver las *fallas de oferta burocrática y de rigidez laboral* según la realidad de las comunidades a las que atendían y la situación particular de la infraestructura hospitalaria disponible (Tabla 4.1).[278] Para facilitar el tránsito entre una estructura centralizada y una desconcentrada, se crearon Unidades de Apoyo a la Operación para ayudar a las UM a administrar adecuadamente sus nuevas facultades. (IMSS, 1997)

Hasta el momento, las estructuras administrativas del Instituto se están adaptando a la nueva administración desconcentrada. Si bien en sus primeros años se han hecho algunos ajustes al pre-

---

[277] En el ámbito operativo, se tuvieron que coordinar muchas de las funciones que realiza el IMSS tales como la administración de los procesos de cobranza, de auditoría a los patrones, de recaudación de las cuotas y el proceso de abastecimiento. En el ámbito médico, se establecieron 35 procesos operativos o facultades a desconcentrar en los niveles regionales y delegacionales. En el área de hospitales sobresale la desconcentración de autoridad en sus cuerpos de gobierno, la actualización de los indicadores del proceso de atención médica, la identificación y evaluación de las subespecialidades, y la identificación de las necesidades de equipo y la adquisición de aprovisionamiento. (IMSS, *Resumen ..cit.*, p. 6. e IMSS, *Perspectivas...cit.*, pp. 115-116.)

[278] Aún así, hasta el momento los derechohabientes se siguen quejando por el desabasto de medicamentos y la falta de insumos (material y reactivos) para la atención médica. (Véase IMSS, *Encuesta Nacional de Satisfacción*, México 1998 y 1999.)

sentarse ciertas fallas, éstos son inherentes a todo cambio administrativo. Con el tiempo, los mayores riesgos de la desconcentración administrativa serían: la polarización de las desigualdades regionales, que la baja coordinación en los procesos administrativos derive en acciones desagregadas, y que sólo se deleguen problemas a las unidades regionales y no recursos para resolverlos. Probablemente, las ventajas principales de la nueva estructura de decisión en el IMSS se verán en el futuro, cuando la nueva estructura de gestión del Instituto sea la base para llevar a cabo cambios administrativos más ambiciosos.

NUEVOS MECANISMOS DE PRESUPUESTACIÓN

Como parte de la desconcentración de procesos administrativos, a partir de 1995 se empezó a elaborar el presupuesto de gasto en cada una de las áreas operativas, según algunos lineamientos generales. El presupuesto de ingresos se siguió elaborando en el nivel central para mantener el equilibrio financiero y el flujo de efectivo necesario para distribuir los fondos adecuadamente. Esta nueva modalidad supuso la elaboración de presupuestos más realistas, adecuados a las necesidades de cada región y cada unidad. Para llevar a cabo este proyecto fue necesario reformar el sistema contable del Instituto, para que el registro y control de los movimientos financieros e interpretación de los estados contables respetara la autonomía de gestión de las áreas operativas, y también pudiera vigilarse desde las delegaciones y el nivel central.[279]

El proyecto para mejorar la eficiencia microeconómica del IMSS como prestador directo de servicios médicos se encuentra muy relacionado con la forma en que se presupuesta el gasto (Tabla 4.1). La intención de los que han llevado a cabo la reforma en los servicios médicos del Instituto es que en el largo plazo se puedan utilizar el presupuesto como herramienta para premiar

[279] IMSS, *Lineamientos .....cit.*, p. 45.

el buen desempeño de los proveedores de servicios de salud y así poder corregir algunas *fallas de regulación*.[280] Como parte de estas reformas se han introducido algunos incentivos para premiar el ahorro en las diferentes UM, sin embargo, todavía no se puede aprovechar todo el potencial de esta herramienta por restricciones internas y externas al IMSS. Por un lado, no se ha completado la construcción de los sistemas de información necesarios para poder evaluar adecuadamente las necesidades y el desempeño de cada UM; aunque, como se verá en el siguiente apartado, ya se han iniciado acciones para reordenar estos sistemas. Por el otro, existen restricciones legales importantes que superan el ámbito de competencia del IMSS y que han limitado el uso del presupuesto público para premiar la eficiencia microeconómica. Por ejemplo, los presupuestos se tienen que planear y ejercer de forma anual, impidiendo que se planeen proyectos importantes de largo plazo. Asimismo, la forma en que se negocian los contratos colectivos de trabajo limita el alcance de los incentivos que podrían diseñarse para premiar la productividad y el buen desempeño de los trabajadores. A partir de 1998, con la introducción de los Convenios de Desempeño, se ha tratado de superar ambas limitantes al permitir el diseño de incentivos para premiar el desempeño de los trabajadores y la presupuestación multi-anual de recursos para proyectos específicos.[281]

Como parte de la nueva LSS se previó la introducción de mecanismos de mercado para poder incrementar la eficiencia microeconómica, estableciendo las bases para que en el futuro se promueva la "competencia gestionada" de los servicios médicos del IMSS. Como lo indica el *modelo de contrato público* (Cap.1), esta competencia se gestionaría con el presupuesto del asegurador

---

[280] Como se vio en el primer capítulo, gran parte de las ineficiencias del gobierno como proveedor directo de servicios se encuentra en la falta de incentivos para que las instituciones públicas ahorren, y el IMSS no fue la excepción a la regla. En el pasado, si alguna UM generaba ahorros en un período, las autoridades centrales les recortan el presupuesto para el periodo siguiente, eliminando así todo incentivo a ser eficiente. (C.L. Moreno, *op. cit.*, p. 97)

[281] Véase IMSS, *Memoria...cit.*, pp. 121-135.

central, que en el caso de México sería el IMSS. Para introducir este tipo de mecanismos, se diseñó un nuevo modelo de Medicina Familiar que daría a los usuarios la libertad de elegir al médico de primer nivel.[282] Con este mecanismo, cambiaría la estructura de los incentivos para premiar el buen desempeño de los médicos con un salario mayor. En el largo plazo, se tiene previsto extender esta misma libertad de elección a las UM a la que el paciente quisiera pertenecer, premiando a las UM´s que tuvieran "un mejor desempeño en el control de costos, utilización de los recursos, capacidad de ahorro, calidad de los servicios, motivación del personal y satisfacción del derechohabiente", al asignar mayores recursos *per capita* a las UM´s que atrajeran un mayor número de usuarios y administraran mejor los recursos.[283] De esta forma, al promover la competencia entre médicos y UM por la adscripción de derechohabientes, se procuraría la eficiencia microeconómica mediante la libertad de elección dentro del IMSS y el presupuesto sería la herramienta para premiar a los mejores médicos y los mejores hospitales.

Plan piloto para la libre elección de médicos familiares

Hasta el momento, el IMSS sigue actuando como monopolista al asignar el médico familiar que debe atender a los derechohabientes.[284] El sistema actual no genera los incentivos suficientes para que los médicos ofrezcan una atención de calidad a todos los usuarios. En gran parte, por las *fallas de rigidez laboral*, ya que a todos los médicos de la misma categoría se les paga lo mismo,

---

[282] En este modelo también se pretende introducir otras herramientas del modelo de salud administrada como el énfasis en la medicina preventiva, la coordinación entre el personal médico (médicos de primer contacto, especialistas, enfermeras...), y las consultas por teléfono o *call centers*. (A Guarneros, "Atención primaria a la salud, modelo de medicina de familia" en *Memoria del seminario la cooperación México-Gran Bretaña: Una contribución al proceso de reforma del sector salud*, México, DFID, 2001, pp. 44-45.)

[283] Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social, *Reflexiones sobre la reformas en la seguridad social*, Serie Estudios 54, CEDESS-CISS, México, 1997 p. 46.

[284] Uno de los pronunciamientos que más ha entusiasmado a quienes han tratado de promover este mecanismo es el de Vicente Fox en su discurso de toma de posesión como presidente de México: "Si los mexicanos eligieron libremente a su presidente porqué no han de poder elegir a su médico de la misma manera".

sin importar la satisfacción del derechohabiente. Este comportamiento propicia que la relación entre el médico y el paciente sea fría e impersonal, ya que el paciente no tiene la posibilidad de premiar o castigar la atención de los médicos al no poder elegir entre diferentes alternativas.[285]

El proyecto para la libre elección de médicos familiares propone modificar la estructura de incentivos para poder mejorar el desempeño del personal médico y la satisfacción de los derechoabientes. Como su nombre lo indica, este plan consiste en que los pacientes puedan elegir a su médico familiar bajo el supuesto de que el usuario buscará una persona que le dé confianza para que atienda sus necesidades médicas. Los incentivos que tendrían los médicos para mejorar su desempeño serían de dos tipos. Por un lado, al tener una relación más cercana con sus pacientes, puede monitorear su salud, conocer mejor sus necesidades y procurar su satisfacción. Por el otro, tiene incentivos para llevar a cabo acciones preventivas que le permitan atender más pacientes y así poder ganar más dinero, ya que en este sistema se le paga a los médicos no por el número de horas trabajadas, sino en relación al número de derechohabientes adscritos a su "lista de pacientes". De esta forma, se premia a los médicos que ofrecen un mejor servicio y que son más productivos. Además, existen incentivos a reducir el riesgo moral de parte del médico y a promover intervenciones que son más costo-efectivas.

Esta reforma es muy delicada ya que se involucra con los salarios y la forma de operar del gremio médico, que son un grupo muy combativo y poderoso. Por ello, se planteó una estrategia gradual, que reduzca los riesgos de una oposición frontal a esta medida.[286] Primero, comenzará como un programa piloto en cada una de las delegaciones del IMSS. Posteriormente, se irá extendiendo en todo el Instituto.

---

[285] Sobre el pago a los médicos véase a P. Feldstein, *op. cit.*, pp. 170-214. y Ellis, R. y T. McGuire, "Optimal... *cit.*, pp. 375-377.

[286] World Bank, *Mexico-Health System Reform-IMSS Adjustment....cit.* p. 4.

En el año 2000 se inició un proyecto piloto en una Unidad Médica que se encuentra al sur de la Ciudad de México. En este proyecto se planteó que por cada paciente extra que un médico familiar atendiera por encima de la cuota que tiene asignada (2,400 pacientes) por contrato colectivo, se le pagaría un "estímulo".[287] Este pago estaría en relación directa con el porcentaje de "capitación", que es el porcentaje de pacientes que eligen a determinado médico por encima de la cuota que les corresponde.[288] En el proyecto piloto se determinó que el sueldo tabular del médico familiar podía incrementarse 20% si llegaba al tope de pacientes (3000) a los que podía atender (2,400 por cuota mas 600 por capitación). Para completar este pago, se diseñaron "indicadores de calidad" que los médicos debían cumplir para recibir su estímulo. Estos indicadores premiaban la detección de enfermedades en los pacientes y la ejecución de acciones preventivas. Aunque es difícil cuantificar los ahorros, se cree que los beneficios serán mayores que los costos. Este sistema no sólo sirve para incrementar la productividad y la calidad de la atención médica; sino que también es una mecanismo de ahorro para el IMSS al contratar menos médicos por paciente.[289] El otro ahorro significativo para el Instituto se originaría en los incentivos que existen para prevenir enfermedades en lugar de curarlas, lo cual resulta mucho más costoso.[290]

---

[287] La dificultad de atender a esta cantidad extra de pacientes dependerá de cada médico y los métodos que utilice para atraer a los pacientes que lo pueden elegir libremente. (Entrevista C.)

[288] A este sistema se le conoce como pago capitado, que consiste en dar un estímulo en relación a las personas atendidas. En Estados Unidos, por ejemplo, existen indicadores en los que se toma en cuenta la composición de la población a la que se atiende (adultos, niños, mujeres en edad fértil) y se establece una estructura de pagos de acuerdo con la composición poblacional de cada región. (P. Feldstein, *op. cit.*, p. 126 y Ellis, R. y T. McGuire, "Optimal... *cit.*, pp. 380)

[289] Para evitar que la libre elección de los médicos se cancelara en el momento en que todos los médicos llegaran al tope máximo de 3000 se buscó que en la zona donde se aplica el proyecto piloto siempre existiera un promedio de 2,700 pacientes por médico. (Entrevista C)

[290] Los "indicadores de calidad" tienen como objetivo que el médico se preocupe por prevenir, más que por curar a los pacientes que tiene asignados. Esto se debe a que el médico va a preferir "perseguir" a sus pacientes para que no se enfermen y así poder tener un mejor resultado en las evaluaciones. Los pacientes al ver la preocupación y la atención del médico para que no se enfermen, se sentirían más satisfechos. (Entrevista C)

A pesar de las ventajas del proyecto, esta medida ya se enfrentó a la oposición de muchos médicos del IMSS. En primer lugar, se discute que el contrato colectivo obliga a que todos los médicos de la misma categoría (según el tiempo que trabajan en el Instituto y su rango) ganen lo mismo. Este lineamiento ha generado conflictos con los médicos del segundo y tercer nivel que no están sujetos a elección por parte de los pacientes, y en general con el resto del personal que trabaja en el Instituto.[291] Detrás de este argumento se esconden otros intereses. Por un lado, se encuentra la protección gremial que busca mantener unidos a los médicos, y así poder defender sus intereses en conjunto. Por el otro, el proyecto de libre elección de médicos familiares ataca directamente las prácticas comerciales de muchos médicos que trabajan en el IMSS. Por lo general, los médicos en México inician su carrera trabajando en instituciones públicas como el Instituto. Una vez que adquieren práctica y prestigio en estas instituciones, establecen sus consultorios privados donde atienden a pacientes que pagan por sus servicios, generalmente de forma directa.[292] Aún así, gran parte de éstos médicos no dejan de dar algunas consultas en instituciones públicas, mientras sirven a su propia clientela en sus consultorios privados. En caso de generalizar el programa de libre elección de médicos familiares, en el largo plazo, muchos médicos podrían ofrecer consultas exclusivamente en sus consultorios privados a derechohabientes del IMSS y a pacientes de otros esquemas de aseguramiento, sólo que la mayoría de los pagos que recibirían

---

[291] Para solucionar esta situación también se consideró la creación de "indicadores de calidad" para dar estímulos a los médicos de segundo y tercer nivel de atención según su desempeño. Aunque aquí los pacientes no podrían elegirlos, los incentivos para la productividad y la prevención de tratamientos costosos estarían relacionados con el diseño de estándares de operación. Estos mismos "indicadores de calidad" podrían extenderse al resto del personal que trabaja en el IMSS. (Entrevista C)

[292] Recientemente, las aseguradoras privadas también contratan a estos médicos. Sin embargo, como se vio en el segundo capítulo, casi toda la atención médica privada en México es de pago por servicio (*Fee-for-service*). Este esquema de pago es muy ineficiente porque existen incentivos a aprovechar las asimetrías de información entre el médico y el paciente para cobrar y administrar tratamientos médicos en exceso.

estos médicos serían cuotas capitadas de las diferentes aseguradoras públicas y privadas, mientras que los pagos por servicio (*fee for service*) serían mínimos sino es que inexistentes.[293]

El problema relacionado a los pagos capitados (y que también se presenta frecuentemente en otros países donde se ha generalizado este modelo), son los posibles incentivos al comportamiento oportunista de los usuarios. Muchos pacientes podrían no elegir a su médico en función de su capacidad y desempeño, sino por los privilegios que pueden obtener de él. Por ejemplo, se puede elegir al médico que es más flexible en la emisión de incapacidades o recetas médicas. Muchos médicos podrían incurrir en este comportamiento con tal de atraer a un mayor número de pacientes y así poder elevar su ingreso. Asimismo, los médicos podrían segmentar su mercado al aceptar sólo a la población potencialmente sana, ya que es más fácil de atender y así pueden maximizar el número de pacientes en su "lista".

Para evitar este tipo de comportamientos se requiere de una supervisión adecuada para modificar los incentivos a incurrir en prácticas oportunistas. En el proyecto piloto de libre elección de médicos familiares en el IMSS se observaron algunos casos donde se presentaron comportamientos desviados. Por lo tanto, se reformó parcialmente el proyecto piloto al reducir el estímulo por capitación e incrementar el estímulo por cumplimiento de los "indicadores de calidad". En el nuevo proyecto, el primer año se paga 80% del sueldo tabular y el 20% de pago capitado.[294] A partir del segundo año, de acuerdo con los resultados de los "indicadores de calidad", se paga 60% por salario tabular, 20% por cumplimiento de los "indicadores de calidad" y 20% por pago capitado.[295] Aún así, habrá que ver qué estrategia se sigue para enfrentar la oposición de los mé-

---

[293] Para este proyecto también se piensa que el pago capitado de los médicos en el futuro puede ser superior al tope de 20%, y llegar a ser hasta de 100% del sueldo base. (Entrevista C)

[294] Esto quiere decir que 25% del salario del médico podría corresponder a la cuota por capitación en caso de que llegue al límite de pacientes que lo pueden elegir libremente (3000)

[295] Entrevista C.

dicos y los incentivos al comportamiento oportunista si es que llegara a generalizarse este proyecto.

CREACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN

Como se mencionó anteriormente, una parte fundamental para la desconcentración del IMSS fue la reforma al sistema contable del Instituto, lo que permitió dar autonomía a las UM en relación al presupuesto del gasto. Con la reforma a los sistemas de contabilidad se pudo estimar con mayor precisión el valor de algunos productos que provee el Instituto, lo cual daría la posibilidad de comercializar los servicios del Instituto con otras aseguradoras (públicas o privadas) en un escenario de "competencia gestionada". Esta información también fue de utilidad para detectar qué áreas son susceptibles de mejora y ver qué partes de la organización son eficientes en su administración.

Desde su creación, una característica del IMSS fue la generación de mucha información sobre su operación regular, tanto en la producción de indicadores, como en la memoria estadística del Instituto.[296] Sin embargo, esta información se acumuló de forma desagregada y no se utilizó para mejorar continuamente la gestión del IMSS. Por ello, se ha tratado de corregir algunas fallas en los sistemas de información al procesar adecuadamente la información disponible, y crear nuevas fuentes de información útiles (Tabla 4.1).

En un primer momento, se creó el programa de "Tablero de Control de Indicadores del IMSS". Este programa permite agilizar la producción, compilación y procesamiento de informa-

[296] Incluso, los consultores que en la actualidad se encuentran involucrados en la reorganización de los sistemas de información del IMSS se sorprenden de la cantidad de información útil que se acumuló a lo largo de la historia del Instituto y que no pudo utilizarse por la falta de un adecuado procesamiento de datos. (Entrevista D.)

ción, para su posterior utilización en los procesos de evaluación y toma de decisiones.[297] Posteriormente, se construyó el Sistema Integral de Información (SII) para unir todos los sistemas informáticos y las tres bases de datos del Instituto: *i*) Asegurados, Beneficiarios y Patrones; *ii*) Administración y finanzas; *iii*) Índices de Salud, Servicios Médicos y Prestaciones.[298] Para complementar el proceso de desconcentración, se tuvieron que reforzar las funciones de monitoreo y evaluación de las unidades regionales. Para ello, se desarrolló un nuevo sistema de indicadores complementarios donde se toma en cuenta la heterogeneidad regional.[299] (IMSS, 1996)

Los indicadores anteriores se centran más en la parte administrativa y no tanto en la parte sustantiva del SEM, la atención médica. Como ya se había mencionado, la salud es un área muy difícil de medir al depender directamente de las características de los pacientes. Esto hace que la estimación de costos esperados y los proyectos de largo plazo sean una tarea compleja y un tanto incierta. En los últimos años se han hecho esfuerzos para mejorar las técnicas de medición para poder hacer un mejor ejercicio de los recursos que se destinan a la salud. En este sentido, la reformas a los sistemas de información del IMSS también incluye la creación de estándares de "mejor práctica médica" para incrementar la eficiencia microeconómica de estos recursos.

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD's)

De acuerdo con el proyecto de reforma al IMSS apoyado con el crédito del BM, a partir del año 1999 se inició el programa de creación de GRD's, los cuales son indicadores para estandari-

---

[297] Para hacer este tablero, fue necesario establecer una red de telecomunicación nacional, integrada por tres zonas donde se llevan a cabo los procesos informáticos (IMSS, *Lineamientos....cit.*, p. 46.)

[298] Uno de las reformas más significativas de estos tres sistemas fue el de Administración y Finanzas, ya que el IMSS rediseñó por completo su sistema de administración de inversiones para poder obtener mejores condiciones en costo y rendimiento de los recursos que administra directamente. Además, esta información ahora es pública. (IMSS, *Lineamientos....cit.*, p. 51.)

[299] Estos indicadores pueden consultarse al final del año en las *Memorias Institucionales del IMSS* o regularmente en la página electrónica del Instituto (www.imss.gob.mx)

zar la atención hospitalaria y así utilizar los recursos disponibles de forma más eficiente. Los GRD´s sirven para clasificar pacientes en distintos criterios. El primero, las características clínica que presenta, y el segundo de acuerdo con los recursos que consume el hospital para atender al paciente. Así, en el momento en que llega un paciente con cierta enfermedad, se puede tener una estimación clara de cuántos recursos podría consumir. En otras palabras, los GRD´s sirven "para estimar la densidad del uso de los recursos en la producción de la atención médica".[300]

Para construir estos indicadores se registran las altas hospitalarias, el promedio de días de estancia, y se les asocia información relativa a las características del paciente: edad, sexo, diagnóstico principal, diagnóstico secundario, y otros datos. Al clasificar esta información se pueden identificar los tipos de casos que se atendieron en cada hospital, reduciéndolos a 494 categorías.[301] Esta información es útil ya que permite saber con exactitud qué tan compleja es la problemática que se presenta en un hospital y los recursos que cada UM podría requerir para enfrentar su demanda de atención médica. Asimismo, los GRD´s brindan información a la autoridad central para evaluar el desempeño de las diferentes UM. Por ejemplo, este indicador permitiría comparar si un paciente con las mismas características se atendió con menos recursos en un hospital que en otro. En este sentido, los GRD´s permiten identificar oportunidades de mejora dentro de los hospitales y entre diferentes hospitales. Además, al comparar personas con personas (*case mix*) se pueden establecer indicadores de eficiencia claros. Esta es la práctica que en el sector privado se conoce como *benchmarking*, la cual consiste en establecer estándares de calidad para hacer los procesos administrativos más eficientes.[302]

---

[300] IMSS, *Perspectivas...cit.*, pp. 109-111.

[301] Entrevista D.

[302] Los estándares de calidad son metas que se fija la organización tomando como ejemplo a otras organizaciones similares que son más eficientes. Estos estándares establecen las metas que deben cumplirse en los procesos administrativos que son más importantes para determinada organización (e.g. recursos humanos, contabilidad, satisfacción del cliente...entre otros) (Véase The Benchmarking Exchange, *Business Processes*, (www.benchnet.com))

Los GRD´s también sirven para mejorar la "gestión clínica", ya que permiten sistematizar y clasificar los procesos y procedimientos necesarios para el tratamiento de determinado síntoma. Así, pueden evaluarse las prácticas médicas que tengan una mejor relación costo-efectividad y se puede definir lo que en otros países se conoce como la "mejor práctica médica".[303] Como no todas las intervenciones se pueden evaluar de la misma manera, se establecen lineamientos de lo que podría considerarse como la práctica médica eficiente en cada enfermedad. En otras palabras, a partir de criterios de costo-efectividad se delimita el margen de acción de los médicos a través de la protocolización de la atención para ciertos padecimientos. De esta forma, se busca generar incentivos para que los médicos se ajusten a ciertos procedimientos homogéneos de atención para mantener la salud de los paciente sin escatimar o derrochar recursos.

En otros países, la "mejor práctica médica" es decidida por comités de médicos especialistas de acuerdo con el estado de la tecnología actual y suelen actualizarse frecuentemente. En un principio se delimitan estándares y, una vez asumidos éstos, se establecen estándares más ambiciosos (*gold standars*) de las mejores prácticas médicas.[304] En todos los países donde se han introducido este tipo de estándares se ha generado una oposición importante por parte de los médicos al limitar su margen de acción. Pero una vez superada la oposición, el uso de estos procedimientos ha permitido incrementar la eficiencia microeconómica, limitar el riesgo moral y reducir parcialmente el crecimiento en el gasto que se destina al sector salud.[305] En México, habrá que esperar la conclusión de la sistematización de GRD´s, para ver cómo empiezan a funcionar en las UM donde se apliquen. En el momento en que se establezcan las "mejores prácticas médicas"

---

[303] IMSS, *Perspectivas...cit.*, p. 112.
[304] *loc. cit.*
[305] Véase el caso británico en Mc. Guire, F. y Maythew, *Providing...cit.*, cap. 4.

habrá que prevenir la estrategia necesaria para enfrentar la oposición probable de los médicos del Instituto.

Inicialmente, se espera que esta herramienta sea de utilidad a los administradores de las diferentes direcciones regionales, delegaciones y UM para que puedan mejorar su capacidad de gestión. En el largo plazo, la intención de utilizar esta herramienta es mejorar los métodos de presupuestación, estimando costos más realistas.[306] Asimismo, como parte de las modificaciones a los métodos de presupuestación, los GRD´s también servirían para diseñar incentivos para premiar el la atención médica eficiente y menos costosa, en lugar de utilizar únicamente información sobre el volumen de derechohabientes a los que se brinda atención médica.

Como en el caso de la libre elección de los médicos de familia, esta medida también tiene asociados problemas de comportamiento oportunista en caso de ser utilizada como herramienta de presupuestación, como ocurre en algunos estados de Estados Unidos y en algunos países europeos. Los proveedores de servicios de salud pueden llegar a alterar los registros de información con tal de cubrir los estándares de calidad asociados a cada GRD y así maximizar el presupuesto que les puede asignar el gobierno o alguna agencia aseguradora.[307]

Indicadores de Calidad

Debido al descontento creciente de la población por la baja calidad de los servicios médicos que presta el IMSS, en los últimos años se han emprendido acciones para mejorar la satisfacción

---

[306] IMSS, *Perspectivas...cit.*, p. 110.

[307] Por ejemplo, un GDR puede establecer que un paciente con luxación de tobillo menor de 12 años debe permanecer un día en el hospital y consumir $20 dólares como máximo. Pero podría darse el caso de que un paciente con esas características se quedara por algún motivo 3 días en el hospital y consumiera $40 dólares en insumos médicos. El médico o el administrador del hospital podrían llegar a reportar al paciente en un GDR distinto (digamos intoxicación por alimentos, donde el GDR establece que el paciente puede quedarse 3 días en el hospital y consumir hasta $45 dólares), y así poder maximizar el presupuesto el próximo año.

del derechohabiente. En 1996 se crearon consejos delegacionales, regionales e institucionales de calidad para procurar la satisfacción de los usuarios; sin embargo, el resultado de estos grupos de trabajo fue desigual y no siempre sirvió de mucho para mejorar los procesos administrativos involucrados con la atención al usuario.[308] Paralelamente, se llevaron a cabo otro tipo de acciones para mejorar la percepción de los derechohabientes sobre los servicios médicos. En primer lugar, se diseñaron mecanismos de comunicación con los usuarios, para que pudieran canalizar sus quejas y demandas de atención con mayor efectividad y para que se les pudiera dar seguimiento.[309] En segundo lugar, se inició la impartición de cursos de capacitación y promoción de estímulos para motivar al personal que tiene contacto directo con la población (IMSS, 1997).

Al ser conscientes que las acciones anteriores eran insuficientes, en 1997 se creó el Plan Integral de Calidad con el objetivo de articular el esfuerzo en favor de la "calidad" en toda la institución.[310] Este plan tiene la intención de involucrar a los tres niveles de decisión de la estructura del IMSS, así como a la representación sindical.[311] Las metas de este programa son muy ambiciosas, al proponer un sistema de cambio de los procesos administrativos para ofrecer una mejor atención médica. Las acciones de este Plan están divididas en cuatro fases sucesivas que pueden resumirse en la evaluación de la situación, propuesta y análisis de cambios administrativos, aplicación de los cambios y evaluación.[312] Sin embargo, es probable que este Plan no tenga un gran impacto sobre la calidad de los servicios que ofrece el IMSS mientras se mantenga la posición monopolis-

---

[308] IMSS, *Plan integral de calidad 1996-2000*, mimeo, p. 4.
[309] Entrevista H.
[310] El concepto de calidad es difícil de definir ya que en las diferentes regiones se le identifica de distintas formas. (Véase D. J. Snower, *op. cit.*, p. 702.)
[311] En un principio el Sindicato no fue muy entusiasta con estas acciones, pero paulatinamente se ha involucrado más en estos esfuerzos (Entrevista H.)
[312] Véase IMSS, *Plan Integral...cit.*, p. 6.

ta del IMSS (frente al derechohabiente), ya que al no haber competencia no existen los incentivos suficientes para mejorar los servicios.

Aún así, una parte muy importante de este Plan es la elaboración de sistemas de medición y evaluación de la satisfacción del usuario con los servicios médicos del Instituto.[313] Estos nuevos sistemas de información son útiles en el sentido de que permiten detectar las áreas del Instituto que requieren de mayor atención, y además muestran la diversidad de demandas a nivel local. De esta forma, los tres niveles que componen el IMSS pueden diseñar estrategias bajo criterios más realistas para adaptarse continuamente a los cambios en las demandas de los derechohabientes.

MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE COSTOS

Uno de los objetivos principales de la reforma a la gestión de los servicios médicos del IMSS fue reducir los elevados costos de operación para poder ampliar la cobertura a bajo costo. El Instituto como muchas otras entidades de la administración pública tiene males crónicos, muchos de ellos relacionados con las *fallas por rigidez laboral*. Hay cierto consenso de que en el IMSS hay exceso de personal con salarios superiores al promedio de las instituciones de salud, que además no cuenta con las motivaciones suficientes para ser productivos.[314] Derivado de lo anterior, hay una falta de incentivos (competencia externa o interna) que podría cambiar los comportamientos ineficientes que caracterizan al personal. Un claro ejemplo de esto, es el problema del elevado ausentismo (programado y no programado) del personal del IMSS.[315]

---

[313] Esta información se recauda en todas las unidades médicas y se procesa de forma semanal, mensual y anual. La síntesis de estos indicadores se publica en la Encuesta Nacional de Satisfacción, que se ha realizado en dos años consecutivos. (1998 y 1999)

[314] Este exceso de personal puede verse en el elevado porcentaje que existe de personal administrativo alrededor de la atención médica, ya que 60% del total del trabajadores del IMSS es personal de apoyo a la UM. (IMSS, *Diagnóstico...cit.*, p. 16.)

[315] El ausentismo programado es de acuerdo con las concesiones establecidas en el contrato colectivo de trabajo, por ejemplo, los días económicos.

Tabla 4.1 **Ausentismo del personal en el IMSS.**
(% sobre días laborables)

Tipo	*Año*	*1995*	*1996*	*1997*	*1998*	*1999*
Programado	Confianza	15.5	10.5	11.0	10.8	11.4
	Base	18.2	12.7	12.8	12.7	12.2
No programado	Confianza	5.7	4.5	4.5	4.5	4.4
	Base	11.3	9.7	9.8	9.9	9.7
Total	Confianza	16.2	15.0	15.5	15.3	15.8
	Base	29.5	22.4	22.6	22.6	21.9

Fuente: IMSS (Memorias).

Con la desconcentración del IMSS, las unidades operativas han adquirido mayores facultades para administrar los recursos humanos. Así, se están sentando las bases para "adelgazar estructuras administrativas, simplificar procesos, compactar y reordenar estructuras", sin generar gran oposición.[316] Sin embargo, el Sindicato del IMSS ha impedido que por el momento se hagan ajustes importantes.[317] Esta posición es comprensible ya que tratan de evitar la división de su organización y la pérdida de su poder de negociación e influencia.

El Sindicato del IMSS, con cerca de 300 mil miembros, es uno de los más poderosos que existen en el país junto con el de los trabajadores petroleros y los del sector educación.[318] A pesar de que los trabajadores del Instituto aceptaron la nueva LSS después de una oposición frontal, en todo momento han estado a la defensiva. El propio BM reconoce que muchas de las reformas propuestas a los servicios de salud en el IMSS pueden no llevarse a cabo si no se cuenta con el apoyo de los trabajadores del Instituto. Incluso, el primer objetivo que mencionan en la descripción del proyecto de reforma a los servicios médicos del Instituto es "la internalización de la re-

[316] IMSS, *Lineamientos....cit.*, p. 14.
[317] Adolfo Martínez Valle "La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud" en Julio Frenk (ed), *Observatorio de la salud*, México, Funsalud, 1997, pp. 368-372.
[318] Entrevista B.

forma en el IMSS, para lograr que el personal de todos los niveles comprenda su objetivo y lo apoyen".[319]

Hasta el momento, la estrategia del gobierno ha estado encaminada a tratar de hacer más productivo al personal del Instituto. En los últimos años, se ha reducido el ritmo de crecimiento de trabajadores mientras continúa elevándose aceleradamente el número de derechohabientes. Como ya lo ha expresado el líder del gremio Sindical, Fernando Rocha, entre 1995 y 2000 los usuarios del Instituto se incrementaron 29%, sin embargo, en el mismo período la planta de trabajadores del Instituto (casi todos sindicalizados) sólo aumentó 5%.[320] (Tabla 4.2) A pesar de que el ritmo de crecimiento de trabajadores se mantiene muy por debajo del crecimiento de derechohabientes, entre 1994 y 1999 el porcentaje que ocupaba el costo del personal como porcentaje del ingreso total pasó de 50.3% a 56.8% (Tabla 4.3). En esta tabla también puede verse cómo el ritmo de crecimiento del costo de los trabajadores ha superado considerablemente el ritmo de crecimiento en las inversiones realizadas. De mantenerse esta tendencia los trabajadores del Sindicato tendrán que volverse más eficientes o bien modificar su postura de rechazo rotundo a otras formas más económicas de proveer servicios al Instituto.

Tabla 4.2

Crecimiento de trabajadores y derechohabientes del IMSS
(miles de personas).

Año	*1994*	*1995*	*1996*	*1997*	*1998*	*1999*	*2000*	*% Incremento 1994-2000*
Total de derechohabientes	36,554	34,324	37,261	39,462	41,942	44,557	47,100	28.9%
Total de trabajadores permanentes	306	308	309	311	318	321	322	5.2%
Derechohabientes por trabajador	119.4	111.5	120.37	126.6	131.9	138.8	146.2	22.4%

Fuente: Elaboración propia con datos de IMSS (Memorias).

[319] World Bank, *Mexico-Health System Reform-IMSS Adjustment...cit.*, p. 4.
[320] *Reforma*, "Polemizan ....*cit.*, p. 29.

Tabla 4.3

Costo del personal del IMSS
(cifras en millones de pesos corrientes)

Año	*1994*	*1995*	*1996*	*1997*	*1998*	*1999*
Ingreso total	$42,259	$48,040	$59,075	$71,436	$81,777	$100,787
Gasto personal	$19,388	$22,023	$26,461	$32,280	$38,815	$57,247
Costo como (%) ingreso	50.3%	50.8%	50.1%	49.8%	52.3%	56.8%
Total de inversiones	$1,165	$1,341	$1,798	$2,545	$3,591	$5,047
Costo como (%) ingreso	2.57%	2.79%	3.04%	3.56%	4.39%	5%

Fuente: Elaboración propia con datos de IMSS, (Memorias).

Criterio de Costo-Beneficio

En todas las reformas a la administración de los servicios médicos, provistos directamente por alguna instancia de gobierno, se otorga un énfasis especial a la introducción del criterio de costo-beneficio en la administración de las organizaciones y en los tratamientos que se ofrecen a los derechohabientes. Hasta el momento, en el IMSS se ha introducido paulatinamente este criterio con el objeto de reducir los costos de operación.[321] Por un lado, se ha reconocido que es necesario diseñar una estrategia de evaluación de proyectos y de financiamiento que permita crear los flujos de recursos necesarios para solventar las necesidades de inversión del Instituto. Por lo tanto, desde 1996 el IMSS ha tratado que las decisiones en materia de inversiones se sujeten a "un análisis costo beneficio que incorpore en forma adecuada los costos del capital a una más estricta evaluación de las posibilidades de utilizar infraestructura existente".[322]

Por el otro lado, también se ha tratado de que la administración de los tratamientos médicos se guíe por este mismo criterio al dar mayores recursos a la prevención de enfermedades que a la curación de éstas. Con los programas de Salud Comunitaria y de Medicina de Familia se ha tratado de conscientizar a los derechohabientes y a trabajadores del Instituto para que mejoren su cali-

[321] Véase *Laboralia*, "Reglas y Modalidades para los Servicios Médicos", 1 de septiembre de 1997, pp. 1-12.
[322] IMSS, *Lineamientos....cit.*,, p. 52.

dad de vida "al identificar y disminuir factores de riesgo, prevenir y controlar los daños y fomentar el autocuidado de la salud".[323]

Sin embargo, debido a las inercias históricas, la utilización del criterio costo-beneficio en la atención médica no se ha aprovechado al máximo en los tratamientos que se ofrecen en los tres niveles de atención del Instituto. Por ejemplo, si en el pasado el IMSS proporcionaba transplantes de órganos a los derechohabientes que lo requirieran y el único criterio para obtenerlo era apuntarse en una lista de espera, es muy probable que esta prestación no podría cancelarse unilateralmente con el argumento de que su beneficio marginal para la sociedad es muy bajo.[324]

Contratación externa e introducción de copagos

Dos aspectos que han sido recomendados por el BM son la contratación externa de servicios y la introducción de copagos en los servicios médicos, pero todo parece indicar que ambos proyectos se encuentran detenidos por dificultades políticas. La contratación externa se guía por el mismo criterio que caracteriza el análisis costo beneficio y consiste en concesionar a organizaciones privadas servicios generales y de apoyo si resulta más barato que producirlos directamente. Algunos de estos insumos podrían ser seguridad, mensajería, servicios de mantenimiento, intendencia, cocina, lavanderías y laboratorios. De todos estos servicios, el único que se ha podido concesionar por completo es el relativo a la seguridad (al igual que en gran parte de la administración pública federal). Aún así, se han hecho intentos por concesionar algunos servicios generales, pero todos ellos han sido infructuosos. Por ejemplo, los laboratorios del Instituto son muy obsoletos y el personal es muy improductivo y costoso. Sin embargo, cuando se trató de concesionar este servicio

---

[323] *Ibid.*, p. 32.

[324] Sobre este tipo de conflictos éticos con el criterio de eficiencia microeconómica (costo-beneficio) véase V. Fuchs, *Who Shall Live?* Nueva York, Basic Books, 1975, cap. 1.

para hacerlos más baratos, oportunos y de mejor calidad, el Sindicato del IMSS se opuso a la medida. Este mismo fenómeno ocurrió cuando se trató de concesionar los servicios de cocina, mensajería e intendencia, ya que el Sindicato hubiera perdido una buena parte de sus miembros si este tipo de medidas se hubiera generalizado.[325]

Hasta el momento, el IMSS sigue siendo una de las instituciones públicas más rezagadas en materia de contratación externa de servicios generales.[326] De seguir este comportamiento, es posible que el objetivo de "contención de costos" no llegue a cumplirse del todo. Además, la expansión de servicios médicos sería sumamente costosa y no podría crecer al ritmo necesario para responder al crecimiento de la demanda que se avecina con la transición demográfica y los planes de ampliación de la cobertura. Por lo tanto, el gasto en salud seguiría siendo ineficiente al contratar servicios que son muy costosos, siendo que hay alternativas en el mercado que permitirían ahorrar recursos necesarios para la atención médica de los derechohabientes del IMSS.

Por su parte, la otra medida recomendada para contener los costos en los servicios médicos era la introducción de copagos. Al comparar los sistemas públicos de otros países desarrollados y en vías de desarrollo, la gran mayoría de ellos han establecido copagos en los servicios y productos que ofrecen en sus sistemas de salud. Esta medida tiene el propósito de reducir los incentivos al riesgo moral por parte de los pacientes al establecer un cobro proporcional (8-10%) al servicio o producto médico adquirido. En el IMSS llegó a sugerirse la introducción de copagos en las me-

---

[325] El único servicio que se ha podido concesionar parcialmente es el de lavandería. De forma similar a los laboratorios, la prestación directa de este servicio es altamente costosa si se toma en cuenta el costo del personal y de mantenimiento del equipo obsoleto que tiene el IMSS. Aunque inicialmente el Sindicato del IMSS también se opuso a la medida, se negoció que el Instituto no dejaría de prestar directamente una parte de este servicio a través de su personal y utilizando su propio equipo, pero que todo el crecimiento de la demanda en el futuro lo atenderían las lavanderías privadas. Esto es una solución parcial, pero que podría ser un antecedente para concesionar un mayor número de servicios. (*Laboralia*, "Para documentar la controversia en torno a la subrogación de servicios del IMSS", 1 de junio de 1998, pp. 1-2.)

[326] En 1997, el ramo de Servicios Generales ocupaba 12.1% del total de gastos del IMSS. El gasto en servicios generales en otros países de América Latina, como Chile es de 8%, y en el caso británico llega a ser de 6%. (IMSS, *Memorias... cit.*, p. 313 y C. Mesa-Lago, *op. cit.*, cap. 3)

dicinas para tratar de moderar la gran demanda que existe por estos productos.[327] Sin embargo, hubo una gran oposición de los derechohabientes, lo cual hizo pensar a las autoridades que el costo político de introducir copagos probablemente no compensaría el beneficio económico que representaba esta medida.

LA RESPUESTA A LAS FALLAS DE MERCADO Y DE GOBIERNO

En este capítulo se mostraron las acciones iniciales y las que se tienen planeadas para corregir algunas de las fallas de mercado y de gobierno que se presentaban en la gestión de los servicios médicos del IMSS. En el caso de las fallas de mercado, la más significativa que se ha tratado de corregir es el *riesgo moral*, al promover intervenciones médicas costo-efectivas y darle un mayor énfasis a la salud preventiva. Por su parte, los GRD´s también ayudan a estimar el porcentaje de utilización de servicios y detectar así la posible sobreutilización de recursos. La medida que todavía está pendiente pero que probablemente sería la más efectiva para atacar esta falla de mercado es la introducción de copagos. Para tratar de corregir las *fallas de oferta burocrática,* se llevó a cabo la desconcentración administrativa del Instituto. Al reorganizar los procesos administrativos se busca facultar a las unidades locales y regionales para que puedan utilizar el conocimiento que tienen de la demanda, para innovar formas de administrar los recursos que tienen a su disposición, y así adaptarse más fácilmente a los cambios en su entorno (insumos, demanda, situación económica del país).

Para tratar de resolver algunas de las *fallas de regulación* se iniciaron las modificaciones al sistema de presupuestación. Estos cambios buscan premiar el ahorro y la innovación, en lugar de promover el gasto, como se hacia en el pasado. Aún así, el potencial que ofrece la presupuesta-

---

[327] Entrevista E.

ción para mejorar la administración de los recursos con los que cuenta el IMSS es todavía importante. En el futuro, de llegar a materializarse los mecanismos de mercado dentro del Instituto (como la libre elección de médicos familiares o UM), la presupuestación sería la herramienta básica para procurar la eficiencia microeconómica al interior del Instituto. Aún así, hasta el momento siguen existiendo duplicidades con otras instituciones de salud que impiden que los recursos puedan distribuirse de manera eficiente.[328] Por lo tanto, la corrección de las fallas de regulación más importantes sólo se podrán realizar al reformar el sistema de salud en su conjunto.

Otra reforma importante para mejorar el desempeño del Instituto como proveedor de servicios médicos fueron las acciones para corregir las *fallas en los sistemas de información*. En este aspecto, el IMSS había acumulado mucha información útil a lo largo del tiempo que no se utilizó para establecer indicadores de gestión para mejorar los criterios de decisión. Una acción significativa fue la transformación de los sistemas de contabilidad, que hoy permiten cuantificar el valor de algunos servicios que ofrece el Instituto y en el futuro podría servir para comercializarlo estos servicios en el mercado. Pero las modificaciones a los sistemas de información también se orientan a la creación de los indicadores y estándares necesarios para mejorar la eficiencia de la administración en los tratamientos médicos. Para ello, se están desarrollando los GDR´s para indicar dónde es posible hacer mejoras dentro del IMSS, y así poder establecer lineamientos de "mejor práctica médica" que eliminen muchos de los elementos de discrecionalidad que todavía generan un gran desperdicio de recursos.

---

[328] En el sexenio del presidente López Portillo se hizo la propuesta de crear un verdadero sistema nacional del salud, donde se fusionaran las instituciones de seguridad social y de provisión de servicios médicos. Sin embargo, el primer problema que enfrentó esta propuesta fue el diferencial de salarios que existe entre las diferentes instituciones, y la oposición de homologar los salarios de parte de los trabajadores más afortunados. (P. Ward, *op. cit.*, p. 623.)

Al seguir con la tarea de cuantificar y calcular el valor de todos los insumos y los productos que ofrece el IMSS, se podrá saber cada vez con mayor precisión los lugares donde es posible hacer mejoras administrativas, pero también, ver cómo han cambiado las condiciones en el entorno que rodea a la atención médica. En este sentido, la creación de indicadores sobre la satisfacción de los derechohabientes es muy significativa, ya que ayuda a detectar oportunamente las modificaciones en la oferta de insumos y en la demanda de atención. Así, se pueden hacer los cambios necesarios para proveer adecuadamente el tipo de productos que los derechohabientes necesitan.

La corrección de las *fallas de rigidez laboral* todavía no es muy clara, ya que el Sindicato del IMSS sigue protegiendo a muchos trabajadores que se encuentran en áreas no prioritarias para la atención médica, muchas de las cuales podrían concesionarse a organizaciones externas al IMSS. Sin embargo, es importante mencionar que la posición del Sindicato se ha ido flexibilizando con el tiempo, lo cual puede verse en el compromiso que han asumido con las acciones en favor de la calidad que se han llevado a cabo al interior del Instituto.

Un proyecto que podría ser muy útil para atacar la rigidez laboral en los mandos medios de la institución sería la expansión del proyecto de libre elección de médicos de familia. Este mecanismo generaría los incentivos necesarios para mejorar la atención médica y ayudaría a reducir los costos administrativos del IMSS. Este proyecto es parte del nuevo modelo de Medicina de Familia donde también se pretende dar énfasis en la atención preventiva y coordinar a los especialistas médicos para proporcionar una atención más eficiente y de calidad a los derechohabientes. Para poder enfrentar la probable oposición de los médicos tendrá que diseñarse una nueva estrategia para lograr que se comprometan con el objetivo de mejora en la atención médica sin que esto implique una mayor erogación de recursos.

Los mecanismos de mercado al interior del IMSS, junto con los cambios administrativos y presupuestales, pueden generar ganancias en eficiencia. Sin embargo, éste es sólo el primer paso para procurar la eficiencia microeconómica y la calidad en la atención médica que requieren los derechohabientes del Instituto. Las modificaciones analizadas en este capítulo son sólo los primeros pasos para que el IMSS funcione en un escenario de "competencia gestionada" donde exista una pluralidad de proveedores de servicios de salud que ofrezcan servicios a los derechohabientes de la seguridad social.

Las presiones competitivas serán los últimos pasos en el largo proceso de corrección de fallas de gobierno, ya que muchas de las ineficiencias que todavía se conservan en el IMSS derivadas de su poder monopólico, se acabarían si lograra establecerse un marco regulatorio adecuado para la competencia entre diferentes proveedores de salud. Como se verá en el próximo capítulo, este tipo de competencia también serviría para resolver muchas de las fallas de mercado que se presentan en los servicios médicos privados, al asignarle nuevas funciones al Estado como regulador y al mercado como mecanismo alternativo de financiamiento y prestación de servicios médicos.

Tabla 4.1 Respuesta a fallas de mercado y de gobierno dentro del IMSS

Falla	*Medida Correctiva*	*Status*	*Problemas Potenciales*
Fallas de Diseño Institucional 1/	-Elaboración de una nueva Ley para el IMSS.	A pesar de su vigencia, todavía es necesario reglamentar asuntos prioritarios como la reversión, la subrogación y el modelo de Medicina de Familia.	Probablemente existirá una profunda resistencia del Sindicato del IMSS, los médicos y otras organizaciones sociales. Es probable que la apoyarían los empresarios y los organismos internacionales
Fallas de Financiamiento 2/	-Diseño de un nuevo esquema financiero para el SEM .	Concluida: Hay incertidumbre con respecto al equilibrio financiero, la demanda esperada de servicios médicos y el efecto que tenga este nuevo esquema en la economía del país.	La cantidad que se asigna a la atención médica de los pensionados es insuficiente, y requiere de un nuevo esquema de financiamiento.
Fallas de Regulación	-Modificación al sistema de presupuestación.	Etapa Inicial: Potencial para utilizar el presupuesto como herramienta para regular la "competencia gestionada" en el IMSS	1) Incentivos al comportamiento oportunista de médicos y administradores de hospitales de no haber regulación adecuada. 2) Siguen existiendo duplicidades con otras instituciones de salud: necesidad de una reforma estructural del sistema de salud

Continuación Tabla 4.1

Falla	*Medida Correctiva*	*Status*	*Problemas Potenciales*
Fallas por Rigidez Laboral.	1)Incentivos a personal de base para mejorar su desempeño. 2) Libre elección de médicos familiares y UM. 3) Profesionalización de mandos medios.	1) Etapa inicial: Todavía existe potencial de mejora. 2) Proyecto Piloto: Etapa inicial en médicos familiares: En el caso de las UM a muy largo plazo. 3) Etapa inicial: Modelo de Medicina de familia.	1) Restricciones legales importantes: contratos colectivos muy rígidos que limitan el margen de maniobra. Problemas de agencia: Sindicato trata de maximizar su clientela. 2) Probable oposición de médicos a competir entre sí y reducir su ingreso esperado.
Fallas en oferta burocrática	1)Desconcentración del IMSS. 2)Propuestas para mejorar la calidad de los servicios. 3)Contratación externa.	1) Concluida: La descentralización ya se encuentra en la etapa de ambientación de los cambios. 2) Etapa inicial: A pesar del compromiso por mejorar la calidad, faltan los incentivos de la competencia, interna y externa. 3) No iniciada: Se siguen prestando directamente muchos servicios costosos.	1) Desigualdades regionales, acciones desagregadas, descentralización de problemas. 2) En caso de que no mejore la calidad, mayor insatisfacción de algunos derechohabientes y mala imagen pública de las autoridades federales. 3) Oposición sindical. En el futuro puede reflejarse en restricciones para extender la cobertura de los servicios médicos a los derechohabientes del IMSS.
Fallas en Sistemas de Información (SI)	1) Reorganización de SI en el área administrativa: SII. 2) Reorganización de SI en el área médica: GRD´s 3) Creación de indicadores de calidad y satisfacción.	1) Etapa avanzada: ambientación de los cambios. 2) Programa piloto: elaboración de los indicadores. 3) Etapa inicial: elaboración de los indicadores.	1-3) Acumulación de información que no sirva para llevar a cabo mejoras internas. 2) Posible comportamiento oportunista de médicos y administradores de hospitales.
Riesgo Moral	1) Mayor énfasis en salud preventiva y costo beneficio 2) Creación de GRD´s 3) Introducción de copagos.	1)Etapa inicial: Todavía pueden desarrollarse más. 2)Prog. Piloto: controlar el gasto y premiar el ahorro. 3) No iniciada: No existen copagos en el IMSS.	1-2) Probable oposición de algunos médicos y usuarios por restricciones en estudios y tratamientos médicos, por cuestiones de contención de costos, no por escasez. 3) Que se cancele por completo la introducción de copagos para limitar esta falla.
Mercado incompleto de Aseguramiento 2/	Seguro de Salud para la Familia.	Etapa inicial: seguro cancelado en zonas donde no hay infraestructura disponible. En el año 2000 fue deficitario por problemas de dispersión del riesgo.	En caso de no promover y subsidiar este seguro entre la población susceptible a inscribirse no se podría incrementarse el *pooling* de riesgo. Posible riesgo de reducir incentivos para ampliar la cobertura.

1/Véase Capítulo 2 y 5.
2/Véase Capítulo 3.

Fuente: Elaboración propia.

5. NUEVOS ESQUEMAS PÚBLICO-PRIVADOS EN EL SECTOR SALUD.

Uno de los aspectos más polémicos de la nueva LSS fue el intento de corregir muchas de las fallas de mercado que se presentan en los servicios de salud, al plantear una relación más flexible entre el IMSS y otros prestadores de servicios de salud. La nueva propuesta de coordinación pública-privada trataba de regular el deficiente mercado privado de la salud e introducir paulatinamente mecanismos de competencia entre diferentes proveedores para elevar la eficiencia microeconómica del gasto que se asigna al sector salud en México. Como pudo verse en el capítulo anterior, uno de los objetivos de la reforma interna del Instituto fue el de ir preparando a sus servicios médicos para responder a estas presiones competitivas. (Tabla 2.5) Aun así, por las características propias de este mercado, que se explicaron en el primer capítulo, esta competencia tendría que ser gestionada por el gobierno federal o por el propio IMSS con los recursos que se aportan al SEM. En otras palabras, las organizaciones privadas dedicadas a la salud (con o sin fines de lucro) competirían entre sí por obtener el derecho y los recursos para prestar servicios médicos a los derechohabientes del IMSS con las cuotas que éstos aportan al Instituto. El gobierno federal o el propio Instituto establecerían las reglas de competencia y las condiciones que deberían cumplir los proveedores privados para proteger a los usuarios de riesgos financieros indebidos, calidad deficiente en el servicio y de cualquier otro tipo de comportamiento oportunista de los agentes privados.

Desde los años 40, cuando se fundó el IMSS, la presión de algunos grupos empresariales (principalmente de la ciudad de Monterrey) obligó al Instituto a crear un mecanismo de "reversión de cuotas" por el cual se les regresa a los patrones un porcentaje (71.5% en la mayoría de los

casos) de los impuestos de seguridad social que pagan, a cambio de que ellos ofrezcan la prestación de servicios de salud a sus empleados. En la actualidad, la mayoría de las empresas que funcionan bajo este esquema pertenecen al sector bancario (95% del total de casos de reversión), el cual brinda seguro médico privado a su personal, financiado parcialmente con los recursos que les regresa el IMSS como parte de sus contribuciones obligatorias al SEM.[329] De las 700 mil empresas que conforman el padrón actual del Instituto, sólo 30 funcionan bajo este esquema, lo cual involucra a cerca de 220 mil trabajadores en todo el país.[330] Esta cifra sugiere que son empresas grandes.

Además de las empresas con contratos de reversión de cuotas, existen otras que también ofrecen servicios de salud privados a sus trabajadores sin que el IMSS les regrese algún porcentaje de sus cuotas al SEM más allá de la cantidad que las empresas pueden deducir de impuestos.[331] Esta situación ha hecho que algunas agrupaciones empresariales se manifiesten a favor de nuevos esquemas público-privados para ofrecer a sus empleados un servicio médico de mayor calidad y de menor costo que el ofrecido por el IMSS.[332] En el pasado, se ignoraron estas demandas ya que se creía que algún día los esquemas de seguridad social de los gobiernos federal y estatales podrían llegar a cubrir a la totalidad de la población. Sin embargo, después de la recesión de los años 80, cuando los recursos disponibles para ampliar la oferta pública de servicios de salud se estancaron

---

[329] El resto de las empresas que brindan servicios médicos privados a sus empleados financiados parcialmente con las aportaciones al IMSS son algunos corporativos regiomontanos. Gran parte de estas empresas ya ofrecía servicios médicos privados (prestación directa o contratación externa) a sus empleados antes de que naciera el IMSS. (*Laboralia*, "Para documentar la controversia en torno a la subrogación de servicios del IMSS", 1 de junio de 1998, p. 1.)

[330] Entrevista E.

[331] Las empresas ofrecen servicios médicos privados como una prestación a sus empleados por la percepción negativa que se tiene de los servicios médicos del gobierno; pero también, porque los gastos en seguros médicos para personas morales son deducibles de impuestos (lo cual no es válido para personas físicas). (Entrevista A) Esta situación podría cambiar en caso de que los diputados aprueben la deducibilidad de los seguros de gastos médicos mayores y de las ISES como se considera en la propuesta de reforma fiscal que el Ejecutivo envió al Congreso. (Véase *Reforma*, 10 de abril de 2001, p. 12.)

[332] Goodrich, Riquelme y Asociados S.C (Despacho), *op. cit.*, pp. 10-11.

y la demanda por estos servicios creció exponencialmente, la necesidad de ampliar el financiamiento y provisión de servicios médicos con fuentes alternas al gasto público ha sido cada vez mayor.

LA MEDICINA PRIVADA EN MÉXICO

Como se describió en el segundo capítulo, la falta de un esquema regulatorio adecuado para el mercado privado en México lleva a que los proveedores de servicios médicos, por la propia naturaleza del mercado, provean sus servicios de forma ineficiente e inequitativa. Por un lado, las asimetrías de información entre el personal médico y el paciente son el origen de muchos abusos hacia este último.[333] Por el otro, en el caso de los seguros privados, la falta de una adecuada regulación de la administración financiera, las condiciones de aseguramiento y los servicios médicos contratados por las aseguradoras, también son el origen de comportamientos ineficientes en la relación aseguradora-servicio médico-asegurado. Esto se debe a tres factores. En primer lugar, por la selección adversa de algunos pacientes que sólo buscan el aseguramiento cuando consideran que van a utilizar sus beneficios. En segundo, el engaño con respecto al tipo de servicios y calidad de la atención médica para los asegurados. Finalmente, la existencia del riesgo moral de los médicos y pacientes, por las restricciones legales y de mercado, que han obligado a las aseguradoras a ofrecer sólo coberturas en la rama de gastos médicos mayores y a privilegiar más la salud curativa.[334]

---

[333] En parte, la falta de regulación de alguna instancia de gobierno ha sido substituida por la regulación privada a través de las organizaciones formales e informales como el gremio médico o las aseguradoras; sin embargo, los lineamientos establecidos por estas organizaciones no siempre velan por el interés del paciente o el bienestar económico de todos los mexicanos. (Estudios económicos de la OCDE, *op. cit.*, p. 113.)

[334] El desarrollo de los seguros médicos privados en la rama de gastos médicos mayores se debió a la imposibilidad legal de promover un esquema integral de salud donde se ofreciera la detección y tratamiento temprano de enfermedades. Esta facultad sólo pertenecía a los esquemas públicos de atención médica hasta 1999. (Entrevista G.)

Independientemente de las fallas de mercado que se presentan en México por la falta de regulación pública, la mayor parte del problema del mercado de la salud se encuentra en el elevado número de usuarios de servicios médicos privados que no cuentan con un esquema de salud pre-pagada. La OCDE estima que en 1999 el gasto en servicios y seguros privados en México fue cercano a 54% (3% en seguros médicos privados, y 51% en pagos directos a proveedores privados) del total del gasto en salud, cifra que correspondió a 3% del PIB de ese año.[335] Esto significa que de la totalidad del gasto en salud en el sector privado, solamente 7% de este gasto está cubierto por esquemas privados de salud pre-pagados. El 93% del gasto restante corresponde a "pagos de bolsillo" que son los servicios médicos que se pagan de forma directa. El elevado porcentaje de pagos directos hace que entre 1.8 y 2.8 millones de familias sean susceptibles al empobrecimiento al enfrenar gastos catastróficos por el tratamiento de alguna enfermedad. Esta incertidumbre en los gastos médicos ha hecho que México sea catalogado por la Organización Mundial de la Salud en uno de los lugares más bajos (144 del mundo) en su Índice de Justicia Financiera.[336]

Las personas de estrato socioeconómico bajo, que no tienen acceso a algún esquema de seguridad social o que tienen acceso limitado a un servicio médico asistencial (publico o privado), son las más afectadas por el costo de alguna enfermedad en el mercado privado.[337] Con respecto a las clases medias, que podrían tener la posibilidad de contratar un esquema de salud pre-pagado, existen los problemas de falta de una cultura del aseguramiento o bien de la insuficiencia de oferta que resulta de las distorsiones públicas o por las fallas de información en el sector priva-

---

[335] Organization for Economic Cooperation and Development, *OCDE...cit.*

[336] Véase World Health Organization, *World Health Report 2000*, Ginebra, WHO, 2001, cap. 5.

[337] Además, suelen recibir una atención médica deficiente y costosa Por lo general, los médicos menos capaces son los que suelen practicar la medicina privada en las zonas donde predomina la población de escasos recursos, ya sea en la ciudad o en el campo. Es por ello, que este tipo de población no sólo pierde gran parte o la totalidad de su patrimonio a la hora de sufrir una enfermedad, sino que además la atención médica que reciben muchas veces es más deficiente que la ofrecida por hospitales públicos.

do.[338] Cuando no existen incentivos suficientes para recurrir al aseguramiento médico, los usuarios potenciales (de un esquema de salud pre-pagado) terminan haciendo pagos de bolsillo en el sector privado o recurriendo a un instituto público de salud cuando tienen que enfrentar una enfermedad costosa.

La seguridad social se creó para reducir esta incertidumbre en la variación del ingreso individual por los gastos ocasionados por alguna enfermedad. Sin embargo, hay sectores de la población que a pesar de tener acceso a la seguridad social prefieren sacrificar su ingreso y patrimonio con tal de atenderse en el mercado privado, aunque muchas veces la atención médica que hubieran recibido en el IMSS o en alguna otra instancia pública de salud hubiera sido mejor que la recibida en el sector privado.[339]

Dentro de los servicios médicos que más se demandan todavía predomina ampliamente la salud curativa. Entre los principales indicadores del gasto privado, el concepto de honorarios es predominante (36.7%), siguiendo el de medicinas (26.7%), hospitalización (20.2%), laboratorios y gabinete (9.4%) y aparatos ortopédicos (7%).[340] Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento consumen menos de 10% del gasto privado. La información de la Encuesta Nacional de

---

[338] El mercado de información de seguros puede estar incompleto y no permitir a las aseguradoras ampliar su oferta. Algunas distorsiones públicas que existían en el mercado mexicano eran la deducibilidad de pagos de bolsillo en lugar de la deducibilidad de seguros médicos. Otra distrosión era el énfasis en aseguramiento en gastos médicos mayores (Véase Cutler, DM. y RJ. Zeckhauser, *The Anatomy...cit.*).

[339] En México, existe una creencia entre muchos sectores de la población de que la atención médica privada es mejor que la que se recibe en hospitales públicos, lo cual no es necesariamente cierto en todos los casos. Si bien en los hospitales públicos hay muchas carencias de equipo y materiales que no se presentan en los hospitales privados (donde se le cobran al usuario) los mejores médicos del país trabajan en las instituciones públicas. Muchas personas de estrato medio y medio-bajo podrían encontrar un servicio más deficiente en el sector privado que en el público. Sin embargo, por la mala fama que se han ganado las instituciones públicas de salud, hay muchas personas que prefieren no arriesgar su salud, que es uno de los bienes más apreciados por los individuos, y deciden contratar servicios privados. (J. Frenk, J. Frenk, " Mesa Redonda: Retos de...*cit.*)

[340] Secretaría de Salud, *Encuesta...cit.*

Salud muestra que el gasto privado "de bolsillo" es regresivo en todos los conceptos, por ser mayor como proporción del ingreso en los hogares con menor ingreso del país.[341]

Los pagos directos que realizan los hogares de menores ingresos son superiores como proporción de su ingreso (5.8%), al que realizaron los hogares de ingresos superiores, tanto del sector rural como en el urbano (2.8%).[342] Los valores absolutos del gasto difieren en promedio diez veces entre los hogares urbanos de menor y mayor ingreso ($75 vs. $705 por trimestre, respectivamente). Mientras que en las zonas rurales esta diferencia se duplica, ya que llega a ser veinte veces mayor ($65 vs. $1294). En los últimos 10 años, el gasto privado en los hogares rurales se redujo a raíz del Programa de Ampliación de la Cobertura y el Progresa que ayudó a ampliar los servicios básicos de salud en las zonas rurales marginadas del país.[343] Sin embargo, este gasto se mantuvo en los hogares urbanos. (SS, 1995)

LOS INTENTOS POR MODIFICAR EL ESQUEMA ACTUAL

Hasta 1999, el problema de la atención médica en México podría resumirse en la falta de regulación pública en la operación de los agentes privados por las restricciones en el financiamiento, cobertura y calidad de los proveedores públicos. En los años 90, durante la discusión sobre la reforma al sistema de pensiones, el problema de la atención a la salud en el IMSS tuvo necesa-

---

[341] No todos los conceptos del gasto privado son igual de regresivos. El caso extremo son los aparatos ortopédicos, la atención del oculista y la compra de medicamentos donde existe una baja desigualdad en el gasto individual. Aquellos gastos que se elevan conforme el ingreso se incrementa son la atención obstétrica, la hospitalaria y la dental, donde hay una gran desigualdad. La consulta externa ocupa un punto intermedio junto con los servicios médicos durante el embarazo. En esta misma encuesta se registra que la mayoría de hogares dedicó parte de sus recursos a los conceptos de atención externa y hospitalización. El monto mínimo corresponde a los hogares de bajo ingreso y los hogares con mayor capacidad de pago elevan su gasto en cifras absolutas. Finalmente, además del gasto directo al recibir la atención de su salud, los hogares realizan gastos indirectos para acceder a los servicios médicos, que se expresan en tiempo de traslado y espera. (P. Hernández, *op. cit.*, pp. 131.)

[342] Este argumento no contradice el supuesto de que la salud es un bien superior, ya que en total los hogares ricos pagan más en salud que los hogares pobres, aunque la proporción que asignen de su ingreso sea distinta.

[343] Este plan también fue financiado por el BM, y se desarrolló principalmente de 1997 a la fecha. (Estudios económicos de la OCDE, *La reforma...cit.*, p. 117.)

riamente que tratarse. En primer lugar, porque las pensiones habían sido su principal fuente de financiamiento, en segundo, porque los déficits de cobertura y calidad en el servicio eran crecientes, y tercero, porque el mercado privado de la salud crecía de forma desordenada y en la ambigüedad jurídica.

Como ya se había mencionado en el segundo capítulo, la postura del BM y otros organismos internacionales era la de favorecer un nuevo esquema de coordinación público-privada, donde los esquemas públicos de atención garantizaran el servicio básico de salud a toda la población (mediante un organismo unificado que aprovechara las economías de escala), y los servicios más especializados de atención médica dejarlos a los proveedores privados, quienes competirían entre sí en un ambiente regulado por las diferentes instancias de gobierno. Así, desde los años 90 se fueron haciendo planes de reforma del SNS en México siguiendo los lineamientos generales establecidos por el BM.

Los primeros antecedentes de reforma al sector salud se encuentran en los primeros años de la década de los noventa cuando se estudiaron diferentes alternativas para reformar este sector a la par de los cambios en el sistema de pensiones.[344] En marzo de 1995 se creó un grupo técnico denominado "Proyecto Águila" a partir del diagnóstico del IMSS. Este grupo sugirió ampliar la participación del sector privado en el financiamiento y provisión de la atención médica, aunque también previó una fuerte oposición de los trabajadores del Instituto.[345] A partir de este proyecto se incluyó en las negociaciones de la iniciativa de reformas a la LSS una propuesta para modificar y generalizar la reversión de cuotas. Entre las propuestas que se discutieron estuvo la opción de abrir el mecanismo de reversión de cuotas a las grandes empresas y a grupos numerosos

[344] Entrevista I.

[345] *Proceso* "Elaborado en marzo por un grupo técnico, el proyecto Águila es el sustento de los cambios propuestos para el seguro social", 19 de noviembre 1995, p. 2.

(sindicatos, gremios etc...), pero no a los individuos. Esta propuesta incluía nuevas regulaciones del IMSS para supervisar niveles mínimos de capitalización y normas de calidad, así como períodos mínimos de permanencia en un plan de salud. De igual forma, se pensaba utilizar fondos especiales para financiar enfermedades crónicas. Ante todo, se reconocía que un "enfoque gradual" sería uno de los principios estratégicos para avanzar en este aspecto de la reforma.[346]

Al discutirse la propuesta de la nueva LSS, el Sindicato del IMSS se opuso a las reformas propuestas en materia de salud a diferencia de su posición con respecto a la de pensiones, donde su oposición no fue tan radical. La apertura al sector privado en el sistema de pensiones no afectaba demasiado la posición del Sindicato, así que la oposición a este nuevo sistema fue meramente retórica. En cambio, con la reforma al sistema de salud, que es intensivo en mano de obra, se abría la posibilidad de hacer ajustes importante al número de empleados que controlaba el Sindicato al surgir nuevas empresas con trabajadores que no se afiliarían a él.[347] Esto no significaba que fueran a liquidar a los trabajadores del IMSS o que el Sindicato fuera a desaparecer, ya que las nuevas empresas junto con el Instituto absorberían el crecimiento futuro de la demanda. Sin embargo, el problema del Sindicato era de agencia ya que no podría maximizar su clientela.

---

[346] Este punto también se menciona en el préstamo que el BM otorgó a México para reformar la gestión interna del IMSS. En el documento que acompaña a este préstamo (cuyos objetivos ya se describieron en el capítulo anterior) también se menciona "la introducción gradual de competencia, entre los proveedores de servicios de salud dentro y fuera del IMSS". En este documento se incluye la figura de "Prestador de Servicios" o proveedor y la de "Administradora de Servicios". En el primer caso, puede ser una persona física (e.g. médico) o moral, nacional o extranjera, que cuente con infraestructura propia para prestar servicios de atención a la salud. En el segundo, se trata de una "persona física o moral contratada por el patrón, que organiza y administra la provisión de servicios integrales de atención a la salud". En los anexos del documento se incluyen los contratos modelos entre las Organizaciones Administradoras de los Servicios de Atención a la Salud (similares a las HMO'S en EUA) y los proveedores, y entre estos mismos. También, los lineamientos generales para evaluar a quiénes pretendan prestar servicios al IMSS mediante la subrogación. (World Bank, *Mexico-Health System Reform-IMSS Adjustment....cit*, síntesis ejecutiva)

[347] Para enfrentar la oposición del sindicato de trabajadores de la salud en Chile, Pinochet tuvo que utilizar la fuerza y la represión para poder transformar el sistema de salud. En otros países de América Latina que han llevado a cabo reformas similares (Perú, Colombia) tuvieron que enfrentar una gran oposición de los sindicatos y una ardua lucha política (*The Economist*, "The Americas: Shift Toward Private Health Care", 8 de mayo 1999, pp. 27-28.)

El Sindicato y otros opositores a la nueva Ley se escudaron en el argumento de la "privatización de la seguridad social" para oponerse a la reforma del sistema de salud del Instituto.[348] Como se mencionó en el segundo capítulo, entre las negociaciones para buscar la aprobación de la nueva Ley de 1995 se tuvieron que hacer cambios en algunos puntos. Los principales fueron los de los relativos a los mecanismos de prestación indirecta de servicios. Se negoció que en estos aspectos no se modificarían ni se extenderían en el corto plazo, quedando como estaban antes de la reforma. La única modificación fue la facultad del Consejo Técnico del IMSS para hacer en el futuro un reglamento para la operación de la reversión de cuotas y la subrogación de servicios. Los promotores de la nueva LSS sabían que si no cedían en la reforma a la atención médica, seguramente el Sindicato se opondría a la nueva LSS en su conjunto, lo que su vez habría impedido el saneamiento financiero del nuevo sistema de pensiones. Así que se acordó postergar la reforma a la atención médica para el futuro (la nueva LSS dejaba la puerta abierta a su reglamentación) y llevar a cabo la reforma estructural del sistema de pensiones. Sin embargo, como alguna vez lo expresara Gabriel Martínez, Secretario de Finanzas del IMSS, "lo más fácil fue privatizar los fondos de pensiones, ahora viene lo duro".[349]

La subrogación y la reversión de cuotas

La subrogación es el mecanismo que da la posibilidad al IMSS de contratar a otras organizaciones (públicas, privadas con fines de lucro o privadas sin fines de lucro) para prestar servicios a sus derechohabientes bajo diferentes modalidades. A grandes rasgos la subrogación puede divi-

[348] Se debe tomar en cuenta el momento en que se aprobó esta Ley, en diciembre de 1995, cuando se cuestionaban severamente los efectos de las privatizaciones realizadas en el sexenio anterior. El postulado de la "privatización" de la seguridad social era un punto a favor del Sindicato del IMSS y de algunos diputados del PRD (particularmente del ex director del IMSS, Ricardo García Sainz).

[349] *Proceso* "Ante la privatización del IMSS", México, 5 de abril de 1998, p. 23.

dirse en subrogación sin reversión de cuotas y subrogación con reversión de cuotas.[350] Como ya se ha definido, la reversión de cuotas es el mecanismo mediante el cual se le reintegra al patrón una parte de la cuota patronal y obrero-patronal (no la cuota que aporta el gobierno) cuando éste se hace responsable de la prestación del servicios de seguridad social (servicios médicos y de guarderías), ya sea que los preste directamente o a través de otras organizaciones. La subrogación sin reversión sería cuando el IMSS paga directamente a un tercero por los servicios médicos y no médicos (e.g. guarderías) que se prestan a sus derechohabientes.

La posibilidad de generalizar la subrogación con reversión de cuotas a toda empresa que así lo solicite está cancelada por la falta de una reglamentación adecuada para expandir esta actividad.[351] Sin embargo, bajo el marco jurídico actual, la subrogación con reversión no es muy atractiva para algunos empresarios, principalmente para los que ya gozan de esta posibilidad. Algunos bancos y empresas con contratos de reversión han manifestado su inquietud al IMSS de incrementar el porcentaje revertido de 70% hasta el 100%. Algunas empresas incluso sugieren que el Instituto debe regresarles toda la cuota, con una aportación adicional (la CF que hace el gobierno), ya que los costos de la atención médica que enfrentan son cada vez mayores y la cantidad revertible es menor bajo la nueva Ley.[352]

---

[350] IMSS, *Ley...cit.*, art 89 y 264.

[351] En 1999 la fracción parlamentaria del PAN y del PRD aprobaron una propuesta de Ley en la Cámara de Diputados para modificar la LSS en lo concerniente a la reversión y la subrogación de servicios. En lo relativo a la reversión, se propuso eliminarla por completo, y con respecto a la subrogación permitirla únicamente en los "casos de extrema urgencia". Esta ley pasó al Senado donde sigue en espera de ser atendida. En su momento, generó una gran oposición de los empleados del sector bancario y de trabajadores que gozan de servicios médicos privados a través de la reversión de cuotas. Ahora que el PAN se ha convertido en el partido en el gobierno federal seguramente cambiará su posición. Por lo pronto, los pronunciamientos del nuevo Secretario de Salud, Julio Frenk, han sido en favor de generalizar la práctica de subrogación de servicios para administrar los recursos de manera eficiente. (*Reforma*, 22 de diciembre 1999, p.1. , *Reforma*, 25 de noviembre 2000, p. 6. y Consultaría Jesús Estenio López y Asociados, "Iniciativa de reformas en materia de seguridad social", *Entorno Laboral*, 1 de enero de 2000, pp. 1-4)

[352] No podría revertirse el 100% o más como lo han propuesto algunas empresas, primero porque la LSS lo prohibe, pero también porque esto amenazaría la salud financiera del ramo de enfermedades y maternidad.

En sus argumentos, las empresas con contratos de reversión suelen compararse con el resto de las empresas. Como ya se discutió en el tercer capítulo, para muchas empresas grandes con trabajadores con SBC superiores a los tres salarios mínimos se redujeron las cuotas que hacen al SEM en términos reales. Las empresas que cuentan con contratos de reversión argumentan que es necesario que se les otorgue un trato similar y que se reduzcan sus costos de atención médica. Sin embargo, las empresas inconformes omiten en sus argumentos que un buen número de empresas grandes con trabajadores que ganan más de tres salarios mínimos vieron reducir sus aportaciones reales al SEM, aún así, muchas veces tienen que pagar seguros de salud privados para sus trabajadores sin que el IMSS les reintegre una parte de sus gastos.

En los últimos años, se han estudiado otras formas de utilizar la subrogación, con y sin reversión de cuotas, para procurar una mayor eficiencia microeconómica en la administración de los servicios médicos del IMSS. En otras palabras, que el Instituto contrate a una organización pública o privada para prestar cualquier servicio si resulta más barato que proveerlo directamente. Desde 1995 se han hecho algunos planes piloto dentro del IMSS, para saber cómo instrumentar la subrogación. Un anteproyecto muy interesante consideró la prestación de servicios médicos dentro de las instalaciones del Instituto, con personal y equipo institucional, pero administrado por empresas privadas. Este modelo sigue el que ya funciona regularmente en las guarderías participativas (del SGPS), donde el IMSS provee de equipo y recursos, y los padres de familia administran directamente las guarderías. Esta práctica hasta el momento ha permitido ampliar la cobertura de guarderías a muy bajo costo, y ha mejorado la satisfacción de los usuarios con los servicios que brindan algunas guarderías subrogadas.[353]

[353] IMSS, *Encuesta ...cit.*, Resultados de la primera y segunda aplicación, octubre 1998 y 1999.

Para entender mejor la extensa gama de posibilidades en las que se podría utilizar la subrogación (con o sin reversión) deben considerarse los diferentes niveles de atención y el criterio de distancia. Por ejemplo, podría llevarse a cabo la subrogación en el primer nivel de atención y que los servicios de segundo y tercer nivel los preste directamente el IMSS en zonas donde existe capacidad instalada. En otras zonas del país podría ser factible que también se subroguen servicios de segundo y tercer nivel para evitar la duplicidad innecesaria de funciones y aprovechar mejor las economías de escala relacionadas con los tratamientos médicos complejos. Por ello, una proyecto de reglamentación de la subrogación requeriría de la participación de los servicios de salud estatales, el ISSSTE, el ISSFA, PEMEX y los proveedores privados para buscar la manera de hacer más flexible la relación entre ellos y responder mejor a los cambios en la oferta y la demanda de servicios médicos.[354]

En los últimos tres años, se han incrementado los pagos que el IMSS realiza a terceros (hospitales públicos y privados) por la atención médica de sus derechohabientes. Generalmente, estos pagos se justifican por la carencia de algún material o recurso, sin embargo, el verdadero criterio detrás de estas contrataciones externas es el de costo-beneficio.[355] Hasta el momento, los casos de subrogación externa son aislados, aún así, ya se vienen sentando las bases para extender los criterios de subrogación de servicios en el futuro y así utilizar los recursos que se asignan a la salud de forma más eficiente.

Los tres aspectos prioritarios que deberán tomarse en cuenta en el momento en el que se reglamente la subrogación tendrían que ser la supervisión de los proveedores de servicios, el finan-

---

[354] La idea de flexibilidad también implicaría que el IMSS pudiera comercializar los servicios médicos que administra directamente, en caso de que en algún momento llegaran a estar subutilizados. Esta idea implicaría que todo tipo de aseguradoras ya sean públicas o privadas pudieran pagarle al Instituto para que se prestara atención a sus asegurados (personas que no cotizan en el IMSS) en las instalaciones del IMSS. Para ello, sería necesario determinar con excactitud el valor de mercado en el que podrían comercializarse estos servicios.

[355] Entrevista B.

ciamiento del SEM y la preservación de los subsidios que caracterizan a la seguridad social. En cuanto a la supervisión de los proveedores, el IMSS requiere desarrollar un aparato regulatorio muy eficaz, que vigile el cumplimiento de las condiciones establecidas por el Instituto. Por su parte, la prestación indirecta de servicios también debe procurar que se incremente el financiamiento de la salud con recursos alternativos al SEM. En este sentido, la subrogación debe generar los incentivos necesarios para que el patrón aporten dinero de su propio bolsillo. De esta forma, se incrementarían los recursos que el sector salud podría captar por fuentes privadas y los recursos captados se utilizarían de forma más eficiente. Por último, los esquemas de subrogación de cuotas tendrían que procurar que se preserven los subsidios que caracterizan a la seguridad social para la solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos se mantengan a pesar de que los proveedores de servicios sean muy diversos.

Propuestas de reglamentación de la medicina pre-pagada

En septiembre de 1997, a la par de la publicación de un estudio de la Fundación Mexicana para la Salud donde se estimaba que 25% de los cotizantes del IMSS en el régimen obligatorio optaría por buscar su atención médica en el sector privado, se distribuyó entre varias dependencias un documento donde analizaba las principales características del mercado de la salud y las líneas de política a seguir. En ese entonces, se formó un grupo de trabajo buscando la reglamentación básica para ordenar el desarrollo y crecimiento de la medicina pre-pagada. Esta comisión estuvo integrada por la SS, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), el Banco de México, el IMSS y, como órgano rector, la Presidencia.

Las expectativas que había generado la reglamentación de los mecanismos indirectos de atención médica del IMSS habían hecho que muchos empresarios mexicanos buscaran alianzas estratégicas con empresas proveedoras de servicios de salud, principalmente de Estados Unidos y España. Frente a la indefinición del marco jurídico para la operación de estas empresas, el sector privado interesado en participar en este nuevo mercado comenzó a presionar por las reglas mínimas de operación. Al mismo tiempo, algunos clientes de las empresas de medicina pre-pagada que empezaron a operar también manifestaron su inconformidad por el incumplimiento de los contratos derivado del mal cálculo de la prima. Ambas situaciones fueron el origen de una regulación alternativa del mercado de los seguros médicos sin que el objetivo prioritario fuera la reglamentación de la subrogación de cuotas en el IMSS.[356]

En 1998 se elaboró un nuevo Reglamento de Operación de Organizaciones Administradoras de Servicios Integrales de Salud (OASIS) como parte de Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) donde la CNSF regularía los aspectos financieros y posteriormente se concentrarían los esfuerzos del grupo de trabajo en la regulación médica.[357] Durante el segundo semestre de 1998 se analizaron las diferentes alternativas para reglamentar las actividades de medicina pre-pagada en la parte médica. Los involucrados en este proyecto concluyeron que la modificación a la Ley General de Salud (LGS) requerían de tiempo y que no podrían concluirse antes de que terminara el sexenio. Asimismo, se dudó sobre la posibilidad de incluir las OASIS en un reglamento. Por lo tanto, este proyecto no prosperó.

---

[356] En 1998 un área del Instituto elaboró un proyecto de reglamento donde se consideraban las figuras de *i*)subrogación de servicio, *ii*)subrogación de servicios con reversión de cuotas y *iii*)reversión de cuotas, así como los lineamientos que deberían cumplir los interesados en celebrar este tipo de convenios con el IMSS. Sin embargo, esta propuesta de reglamentación no se promovió. (Véase *Laboralia*, "IMSS, opción abierta a contar con servicios de entidades privadas". 1 de julio de 1998.)

[357] G. Sotelo, "Indispensable, certificar la calidad de los servicios médicos", 7 *Cambio*, 1 de septiembre de 1998, p. 34.

INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS EN SALUD (ISES)

A finales de 1998, la CNSF propuso otra alternativa para lograr un marco regulatorio básico para la operación de los seguros médicos al proponer la modificación de la LGISMS. A partir de enero de 1999 se elaboró una propuesta en donde la CNSF se haría cargo de la regulación de instituciones que se crearían *ex profeso* para la prestación de servicios médicos pre-pagados, y para lo cual se solicitó el apoyo regulatorio de la SS sobre los aspectos de tipo médico.

Esta nueva propuesta modificó varios artículos de la LGISMS aclarando muchas de las condiciones de operación del ya existente "ramo de salud". En el artículo 3 de esta Ley se especifica que cualquier empresa que esté interesada en participar en el mercado de la medicina pre-pagada deberá constituirse como una aseguradora del ramo de salud y, si así lo desea, también del ramo de gastos médicos mayores.[358] A estas nuevas empresas se les llamó Instituciones de Seguros Especializados en Servicios de Salud (ISES). La CNSF sería la encargada de supervisar las finanzas y reservas de las nuevas instituciones, así como el capital mínimo de garantía con el que deberán contar las aseguradoras de la salud. La SS sería la encargada de realizar la supervisión operativa de carácter médico de las nuevas instituciones, regulando la calidad y suficiencia de los servicios médicos provistos.

El 13 de abril de 1999 el presidente Zedillo envió con carácter de "urgente" a la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados, la iniciativa de reforma a la LGISMS donde se incluía la creación de las ISES. Estas instituciones que serviría como marco legal para la entrada en vigor del capítulo XIV del Tratado de Libre Comercio, donde se establecía que a partir de enero de

[358] Reglas de operación para la operación del ramo en salud, "Ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros", mimeo, p. 24.

2000, las aseguradoras extranjeras, incluidas las del ramo de salud, tendrían ingreso pleno al mercado mexicano.[359]

El 27 de abril de 1999 se sometió a votación esta Ley en la Cámara de Diputados y se aprobó esta iniciativa con 430 votos a favor y cuatro abstenciones. En ese entonces se creyó que en el Senado, donde el PRI tenía mayoría, no habría ningún problema para aprobar esta Ley. En la Cámara Alta, un senador del PRI por Durango, Samuel Aguilar, se opuso a la votación acelerada de esta iniciativa. Para él, el costo político de esta medida era muy alto, ya que permitiría la llegada de la "medicina gerenciada" donde las empresas aseguradoras controlarían todos los servicios de salud privada.[360]

El 30 de abril de 1999 se clausuraron los trabajos ordinarios así que esta propuesta se revisó siete meses después. La Secretaría de Salud llamó a los últimos cinco ex-presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Nacional de Cirugía para que opinaran sobre las nuevas condiciones planteadas en la Ley. Algunos de estos miembros se sumaron a la oposición de los sindicatos del sector salud y del senador Aguilar argumentado que tanto clínicas como médicos privados tendrían que ajustarse a las condiciones establecidas por las aseguradoras para dar su servicio, y que ya no les sería posible ejercer "libremente" sus actividades médicas. También suponían que se contratarían masivamente médicos sin experiencia (que son más baratos), y que se antepondría la visión financiera a la del médico. Finalmente, también manifestaron su preocupación de que el seguro médico integral con cobertura en lo preventivo, curativo y de rehabilitación que se consideraba en la nueva Ley competiría con los servicios de seguridad social

---

[359] J. Munguia, "Las presiones de Hacienda para entregar la medicina privada a las aseguradoras", *Milenio*, 6 de diciembre 1999, p. 5.
[360] *Ibid.*, p. 6.

provistos por organismos públicos, que hasta ese entonces eran las únicas instancias legales para proveer los servicios médicos preventivos. (Munguia, 2000)

Inicialmente, también hubo oposición de clínicas pequeñas (e.g. Clínica Londres) que pensaban que su posición peligraba frente a los servicios médicos que contratarían las grandes aseguradoras. En parte temían que no pudieran cumplir con los requisitos de fondeo exigidos por la CNSF, y con los de calidad requeridos por la SS. Sin embargo, después del cabildeo de la Secretaría de Hacienda se le hicieron algunos cambios a la Ley y se regresó a la Cámara de Diputados donde fue aprobada. La fecha límite para solicitar la autorización para operar como ISES fue el 29 de diciembre de 2000 y se espera que entren en operación durante el segundo semestre de 2001. Por lo pronto, en una lista de quince empresas que han solicitado su dictamen provisional, la mitad aproximadamente las han conformado empresas aseguradoras.[361] El resto son empresas especializadas en la prestación de servicios médicos (redes médicas y hospitales) que han creado áreas especiales de seguros para ofrecer planes de medicina pre-pagada.[362] Según las estimaciones de la CNSF, para el año 2004, las ISES abarcarán una tercera parte del mercado asegurador mexicano y representarán 0.5% del PIB.[363]

La operación de las ISES

Las ISES están facultadas para operar seguros privados y voluntarios que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado, en forma directa con re-

[361] Entre los más interesados en participar están Grupo Nacional Provincial, Comercial América, Banamex, Inbursa y BBV-Bancomer. (*El Economista*, "Completa autoridad la normatividad de la operación de las ISES", 26 de septiembre de 2000)

[362] En esta clasificación se encuentra el Hospital Durango y administradoras de servicios médicos que prestan servicios a los grupos financieros y a personas que viven en la frontera norte. (*loc.cit*)

[363] *El Economista*, "Incrementa México servicios privados de salud", 20 de septiembre de 2000.

cursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos.[364] La cobertura que estos planes ofrezcan tiene que hacerse efectiva mediante el cobro de una cuota fija en forma anticipada como ocurre en los seguros de gastos médicos mayores (derivado de accidentes y enfermedades graves) que también se ofrecerán de forma complementaria a los servicios incluidos en las ISES.

Los cambios aprobados a la LGISM establecen que la SS está facultada para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia sobre los servicios y productos de salud que presenten las ISES. Para cumplirlo, deberán emitir varios dictámenes (provisional, definitivo y anual) en los cuales se describirá si la institución de seguros cuenta con los elementos necesarios para ofrecer estándares de calidad en materia de salud. Para supervisar directamente estas instituciones se creó la nueva figura de "contralor médico" que será el enlace entre la SS y cada ISES.[365] Para dar inicio a sus operaciones, la institución deberá sumar al dictamen favorable de la SS, un segundo dictamen favorable del CNSF, como resultado de la visita de inspección que le practiquen para evaluar que cuente con los sistemas e infraestructura administrativa necesaria para brindar los servicios propuestos a sus clientes. Además, se deberá verificar que cuentan con capital mínimo pagado, cuyo monto expresado en UDIS se dará a conocer durante el primer trimestre de cada año, para avalar la capacidad financiera de la institución. Finalmente, se requiere hacer el trámite ante la SHCP, quien decidirá si se puede conformar determinada institución de medicina prepagada.

---

[364] Reglas de operación del ramo de salud, *op. cit.*, p. 9. Véase también Consultoría Jusús Estenio López y Asociados, "Arrancan formalmente los seguros de salud (ISES)", *Entorno Laboral*, 5 de junio de 2000, pp. 1-6.

[365] El Contralor Médico también tendrá que elaborar un reporte cuatrimestral relativo al cumplimiento de sus obligaciones y cuando detecte anomalías. Esta persona deberá ser independiente del responsable del área médica de cada ISES, y tendrá a su cargo la supervisión de políticas y mecanismos de carácter médico. Este Contralor será nombrado por el Consejo de Administración, a cuyas sesiones deberá asistir, participando al menos con voz, y tendrá que ser ratificado por la Secretaría de Salud. Asimismo, será el responsable de supervisar el funcionamiento de la red de servicios médicos de la institución a fin de que se cumpla con los requisitos de suficiencia, buen desempeño médico, calidad en la atención, utilización de los servicios, reclamaciones y cumplimiento de Normas Oficiales Mexicanas en Salud. El Contralor está imposibilitado legalmente de tener un nexo patrimonial con la institución. (*Ibid.*, p. 11)

A diferencia de los ramos de accidentes y enfermedades que en el pasado cubrían los seguros privados de salud, las ISES, independientemente de responder a las consecuencias médicas procurarán mantener la salud del asegurado mediante acciones tanto de prevención como de restauración. El objetivo es la detección temprana de enfermedades, por medio de pruebas con base en factores de riesgo epidemiológico, así como el seguimiento de la salud de los asegurados, particularmente en el caso de enfermedades crónicas, donde su control oportuno permite evitar el surgimiento de complicaciones posteriores. Finalmente, cada usuario estará al cuidado de un médico de primer contacto quien dará continuidad y coordinará las acciones de salud conjuntamente con otros especialistas que requiera el asegurado. Para promover cierta libertad de elección del asegurado, las instituciones están obligadas a ofrecer, al menos, algunos planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos de la red que haya conformado, mediante el pago diferenciado entre el tabulador de la institución y el costo del servicio que preste el médico. Estos planes deben ser del conocimiento del usuario y estar registrado en el folleto explicativo (Reglas, 2000).

En el marco normativo también se especifican los derechos de los asegurados, que se resumen en "un acceso expedito a los servicios; un trato respetuoso tanto en los servicios como a su privacidad; decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas, a seleccionar el médico y al hospital para su atención, a solicitar otras opiniones sobre sus padecimiento conforme a lo pactado en el contrato de seguro; a ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas".[366] A los médicos se les exige que cuenten con cédula profesional a fin de acreditar sus conocimientos técnicos y, en caso de que existan consejos de certificación de especialidad, contar con la certificación otorgada por los mismos. A los hospitales se les

[366] *loc. cit.*

exige que además de contar con las autorizaciones y permisos necesarios, tengan el certificado del Consejo de Salubridad General en el que se evalúe su calidad (Reglas, 2000).

La nueva Ley también menciona que la SS deberá establecer las disposiciones de carácter general para que las ISES se apeguen a tres programas de operación. El primero, es el de "Capacidad y Suficiencia" donde se vigila la cobertura de los servicios para que la oferta de servicios médicos sea congruente con los lugares donde se comercializan y suscriben los contratos de seguros. Además, que los servicios que se ofrezcan sean suficientes para evitar su saturación por un mal control de la capacidad disponible. El segundo, es el de "Control de la Utilización" de los servicios médicos donde se deben incluyen mecanismos para detectar y corregir problemas "de acceso, idoneidad y eficiencia" de los servicios prestados, así como adecuados niveles de utilización de los mismos.[367] En pocas palabras, este programa busca que cada institución busque la mejor forma de corregir el riesgo moral que se presentan en los servicios de salud y contener los costos asociados a la curación de una enfermedad. El tercer programa es el de "Mejora Continua en la Prestación", para elevar la calidad de la atención y desarrollar gradualmente indicadores que permitan evaluar su avance y desempeño como los GRD´s que se están introduciendo en el IMSS. Este programa también tiene el objetivo de promover el desarrollo de sistemas de información y de medir la satisfacción de los asegurados con los servicios recibidos.[368]

En lo que se refiere a la inversión de los recursos captados por las instituciones, y los mecanismos para el cálculo de riesgos, cada ISES deberá contar con un Comité de Inversiones para cerciorarse que se observan niveles de riesgo adecuado, y que los valores que se adquieren son seguros. Cada institución deberá enviar a la CNSF las notas técnicas en que se sustenten cada una

---

[367] Consultoria Jusús Estenio López y Asociados, "Arrancan... *cit.*, p. 5.
[368] *loc cit.*

de las coberturas, planes y primas así como los contratos que realicen con otras entidades para la prestación de servicios. Adicionalmente, deberán registrar los contratos de adhesión que ofrezcan al público en general, donde queden explícitos los términos y condiciones aplicables a la contratación de las ISES. (Reglas, 2000)

Otro aspecto que también se regula es la publicidad, ya que se deberá "expresar de forma clara y precisa a efecto de que no exista confusión entre el público usuario"[369]. Para ello, la publicidad se sujetará a las normas que establezca la CNSF quien tendrá la facultad para modificar o suspender la propaganda. Además, con el objeto de que el usuario esté informado sobre los derechos que adquieren, las instituciones deberán entregar junto con la póliza, un folleto explicativo que incluya una descripción del plan de seguros, los beneficios contratados, coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, períodos de espera y otras especificaciones. Asimismo, deberá incluir las formas para tener acceso a los servicios médicos con los que tiene convenios la ISES. Estas instituciones están obligados a informar a los asegurados por escrito de los cambios que tuviera la red hospitalaria y de lo que ocurriera en caso de que "por razones de saturación, falta de disponibilidad del servicio o error en el diagnóstico" el asegurado necesitara de servicios fuera de la red. Cuando se presenten urgencias médicas, la ISES deberá reembolsar el costo en que haya incurrido el usurario de acuerdo con lo establecido en su contrato. (Reglas, 2000)

Un aspecto significativo de esta propuesta es el esclarecimiento de cuándo un padecimiento es preexistente, para efectos del alcance de los contratos. De igual forma se señalan los términos bajo los cuales las instituciones estarán obligadas a cumplir con la prestación de los servicios una vez que se haya terminado la vigencia del contrato. En este sentido, las ISES deben establecer en las pólizas si existe o no la renovación obligatoria y la edad máxima de renovación. En estos ca-

[369] Reglas de operación del ramo de salud, *op. cit.*, p. 21.

sos "no se podrán utilizar criterios arbitrarios para la renovación de los planes que permitan la discriminación selectiva de asegurados".[370] Por último, las modificaciones también incluyen mecanismos para canalizar las quejas de los usuarios, y las posibles sanciones y multas en caso de incumplimiento.[371]

Para facilitar el ajuste de los seguros médicos que existían antes de las modificaciones a la LGISM, se dará un plazo que varía entre seis meses y dos años para que se adapten a la nueva normatividad. Por lo anterior, tendrán que modificar la contabilidad de sus operaciones, las reservas de inversión, el sistema estadístico, la tramitación de los registros de nota técnica y la documentación contractual. Para las personas que hubieran contratado un seguro médico antes de la creación de las ISES se garantizarán los derechos adquiridos del asegurado, su antigüedad y preexistencia. Lo cierto, es que las organizaciones médicas (redes de médicos y hospitales) que ofrezcan planes de medicina pre-pagada y que no tengan convenios con alguna aseguradora, tendrán por Ley que crear su propia ISES, sumarse a una o cancelar sus servicios, ya que no se podrá ejercer la medicina pre-pagada si no se funciona bajo los lineamientos de las modificaciones a la LGISM.

Los objetivos de las ISES

El primer objetivo de las ISES es ordenar y promover el desarrollo del mercado privado de medicina pre-pagada, y dar certidumbre jurídica a los usuarios e inversionistas de estos servicios.[372] El segundo, es aumentar significativamente el porcentaje de gasto en salud a través de

---

[370] *Ibid.*, p. 22.

[371] Aún así, habrá que ver si el mecanismo legal para resolver los probables conflictos en la relación aseguradora-médico-paciente podrán resolverse adecuadamente bajo el marco de operación actual de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Procuraduría General del Consumidor.

[372] SHCP, *Adecuación a la legislación en materia de seguros y fianzas*, Iniciativa de modificación a la Ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros y a la Ley federal de instituciones de fianzas, mimeo.

aseguradoras, para reducir paulatinamente el "gasto de bolsillo" del usuario.[373] Bajo el nuevo esquema, las aseguradoras tendrán mayores incentivos a promover esquemas de salud pre-pagados, lo cual hará que la principal fuente de ingresos de los hospitales privados ya no sean los pagos directos de los usuarios, sino los reembolsos que hagan las aseguradoras. Finalmente, el último objetivo sería elevar la eficiencia de los recursos que se destinan a la medicina pre-pagada al introducir mecanismo de competencia y de libertad de elección dentro de los planes de aseguramiento.

Un aspecto que destaca de la operación de las ISES es la capacidad legal que tienen estas instituciones para ofrecer un esquema "integral" de atención médica, en el que se incluya prevención, curación y rehabilitación, y no sólo la cobertura de siniestros que llevaban a cabo los seguros de gastos médicos mayores. Los seguros de salud ofrecidos por las ISES podrán incluir un Plan Básico Integral, que ofrezca los servicios de atención del primer nivel de atención. A partir de esta oferta mínima se pueden ofrecer planes complementarios de servicios que incluyan posibles contingencias que requieran el uso del segundo y tercer nivel de atención.

Para mantener la salud de los asegurados con un énfasis especial en la atención de primer nivel, las ISES buscarán "privilegiar la atención primaria a través de acciones de promoción y educación para la salud, incluyendo el fomento de los cambios de estilos de vida para preservar la salud".[374] En otras palabras, se pretende atacar factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, falta de ejercicio físico, sobrepeso, niveles altos de colesterol, entre otros. En cierto modo se tra-

---

[373] Las autoridades de la SHCP estiman que en el primer año de operación el número de asegurados puede crecer de 3 a 5 millones, y en cinco años alcanzar los 10 millones de asegurados. Esta cifra significaría que el gasto que se asigna a los servicios de salud privados a través de seguros médicos podría pasar de 3% que es actualmente a 16%. La reducción del "gasto de bolsillo" (84% restante) sería más lenta, ya que involucraría el gasto que realizan personas sin capacidad de pre-pago. (Entrevistas G y F.)

[374] SHCP, *op. cit.*, p. 31

tará de educar al paciente para llevar a cabo estudios y tratarse regularmente, y no sólo ir al médico cuando se sienta enfermo.

La atención preventiva es una característica necesaria de un mercado privado donde predomina los esquemas pre-pagados, ya que van a existir mayores incentivos a promover este tipo de atención, para que las empresas aseguradoras minimicen sus gastos en atención curativa (que es más cara), y puedan maximizar sus utilidades. Como forma de evitar el posible riesgo moral por parte del usuario, también se consideran los co-pagos dependiendo de la frecuencia y tipo de servicios que el individuo llegue a utilizar.[375] (SHCP, 2000)

Por lo pronto, es prematuro analizar las desventajas de un esquema que todavía no empieza a funcionar. Sin embargo, a partir de las Reglas de Operación puede observarse que probablemente la mayor desventaja será la posibilidad de la selección adversa, ya que las aseguradoras podrán manipular su oferta para atraer personas sanas y además no cubrirán preexistencias.[376] La SS o la CNSF no pueden evitar que exista la selección adversa debido a que las pólizas que ofrecen las ISES son un contrato entre privados. En caso en algún momento se orientaran recursos públicos a estas instituciones, el gobierno podría establecer condiciones para evitar esta falla de mercado y así procurar una mayor dispersión del riesgo.

Recientemente, algunos interesados en constituir sus empresas en ISES han manifestado que el costo de hacerlo es muy alto por el elevado capital mínimo de garantía (cerca de cuatro millones

---

[375] Por ejemplo, el plan de seguros puede establecer que el paciente tiene derecho a dos consultas con su médico al año, sin costo adicional al de su prima. Pero si el paciente considera necesario ver con mayor regularidad a su médico, se pueden establecer pagos extras por parte del paciente, que estarán compartidos con la aseguradora. Sin embargo, estos pagos extras son necesarios para hacer conscientes a los pacientes de los costos que acarrea la salud y así evitar el sobreconsumo de atención médica.

[376] En el caso que se lleguen a acuerdos con las empresas para asegurar a los trabajadores de manera colectiva, se reduciría la posibilidad de las ISES para practicar la selección adversa. Sin embargo este mecanismo restringiría la elección de los trabajadores que desearan inscribirse en alguna ISES o bien duplicaría la cobertura de los individuos que no sólo coticen en una sola institución de seguros.

de pesos) que se requiere. Esta cifra se obtuvo del ramo de gastos médicos mayores únicamente como marco de referencia para los primeros años de operación. Sin embargo, se espera que con el tiempo se reduzca este capital mínimo derivado del control de la utilización de los servicios médicos por parte de las ISES. Por el momento, esta restricción ha reducido los incentivos para que algunos empresarios decidan constituirse en una entidad de medicina pre-pagada.

El tercer problema potencial de las ISES es la falta de regulación de las administradoras de servicios médicos que no asumen riesgos financieros. Hasta el momento, las regulaciones de la SS con respecto a la capacidad y suficiencia, control de utilización y calidad de los proveedores de servicios médicos sólo es posible para las empresas de medicina de pre-paga. Sin embargo, existen otras administradoras de servicios médicos que al no ofrecer esta alternativa de pago no asumen ningún riesgo financiero y por ello la autoridad no está facultada para regular su oferta de servicios. En este caso se encuentran las redes de médicos y proveedores que ofrecen servicios de salud a algunas empresas que gozan de la reversión de cuotas (e.g. bancos).[377] Las modificaciones a la LGISMS dejaron pendiente la modificación a la LGS donde es necesario incluir la figura de "salud administrada" para poder regular todo el espectro de organizaciones proveedoras de servicios de salud.

Por último, un factor clave que va a determinar el éxito de las ISES, en el corto plazo, es la posibilidad de que sean deducibles de impuestos. Hasta el momento, los pagos de bolsillo son los únicos que pueden ser deducibles. Como ya se mencionó es un mecanismo bastante ineficiente, ya que son regresivos y promueven el riesgo moral. Para tratar de modificar esta situación, el proyecto de reforma tributaria ha planteado que las ISES puedan ser deducibles de impuestos para las

[377] En este caso los bancos contratan a una red médica y hacen pagos directos por la atención de sus trabajadores. En caso de que el dinero se agote antes del próximo pago, la red médica le solicita al banco mayores recursos. En este caso el único que asume el riesgo es la empresa contratante y la administradora. (Entrevista E.)

personas físicas. En caso de que llegara a aprobarse esta propuesta habría incentivos para que los consumidores de servicios privados de salud prefirieran la compra de seguros médicos en lugar de recurrir a los gastos de bolsillo. Al promoverse y desarrollarse el mercado de las ISES en el largo plazo se podrían plantear otro tipo de incentivos fiscales como la subrogación de cuotas de la seguridad social.

ISES ¿Un camino alternativo para la prestación indirecta de servicios de salud en el IMSS?

Algunos de los críticos de las ISES argumentan que los diputados del PRD y el PAN aprobaron la reversión de cuotas del IMSS sin darse cuenta.[378] Otros consideran que ante la oposición política hacia la prestación indirecta de servicios médicos en el Instituto era necesario un esquema regulatorio mínimo para la operación del creciente mercado de servicios médicos pre-pagados, que hasta ese entonces crecía de forma "anárquica, anticompetitiva y sin los elementos necesarios para proteger a los usuarios e inversionistas de este tipo de servicios".[379]

Como se mencionó en el segundo capítulo, desde los años 80 ha crecido rápidamente la demanda de servicios privados de salud que ofrezcan mejores opciones en calidad y costo para las empresas y segmentos de la población que cuentan con capacidad de pre-pago. Incluso, algunas empresas que cuentan con un contrato de reversión de cuotas con el IMSS han elegido a empresas especializadas en medicina de pre-pago para prestar los servicios médicos a sus trabajadores y así reducir costos. Por ello, era necesario el establecimiento de un marco jurídico claro para la operación de estas empresas.

---

[378] J. Munguía, *op. cit.*, p.4.
[379] SHCP, *op. cit.*, p.32.

A la par de la decisión que se tome con respecto a la subrogación de cuotas (con y sin reversión) en el IMSS, en el corto plazo, el sector privado ha mostrado interés en invertir y desarrollar el mercado de los seguros médicos, ya que ve en la creciente demanda por estos servicios, una oportunidad de desarrollo. Como lo resume un empresario del sector, este es "un nicho de mercado muy prometedor, y todavía queda pendiente el tema de la reversión de cuotas".[380]

Por lo pronto, la regulación del mercado privado de la salud le corresponde a la SHCP y a la SS. Hasta el momento, no existe nexo formal entre la operación de las ISES y la reforma a los servicios médicos del IMSS. Sin embargo, es cierto que la regulación de la medicina privada es un elemento previo y necesario para cualquier decisión en materia de prestación indirecta de servicios en el Instituto, ya que va fortaleciendo la capacidad reguladora de las instancias públicas y se ordena el mercado privado de la salud para que amplíen su margen de acción en el futuro (Véase Tabla 3.14).

A partir de la aprobación de las modificaciones a la LGISM, se ha especulado sobre el posible vínculo entre los mecanismos de prestación indirecta del IMSS y el desarrollo de las ISES. Algunos suponen que conforme las empresas grandes y los individuos de ingreso medio y alto contraten los servicios de las ISES, cada vez se irá presionando más al gobierno para llevar a cabo la subrogación de cuotas del IMSS sobre la base de las ISES.[381] Hay incluso, quienes piensan que éste ya es un hecho y sólo es cuestión de tiempo instrumentarla. Para llevar a cabo este vínculo en los próximos años, tendrá que desarrollarse el mercado de las ISES y reducir sus costos de operación.

---

[380] Entrevista a Roberto Aroyo Santistebán, Director de Beneficios de Aon Risk, "Reposicionamiento del mercado asegurador", II parte, *Ejecutivos en finanzas*, 1 de mayo de 2000. p. 21.
[381] Véase las declaraciones de algunos empresarios en *Reforma*, "Polemizan...*cit.*, p.29.

La clave para construir este vínculo se encontrará en el mecanismo de prestación indirecta que se elija. La subrogación de cuotas con reversión es una alternativa, aunque legalmente no se puede reintegrar al patrón la totalidad de la cuota tripartita para la contratación de servicios médicos para sus trabajadores. Por su parte, la subrogación de cuotas sin reversión, sólo permite al Instituto contratar servicios médicos específicos para sus derechohabientes. Aunque en este caso sí podría utilizarse la totalidad de la cuota tripartita (gobierno, patrón y trabajador). Lo cierto, es que ambas alternativas permitirían que el IMSS estableciera especificaciones que las ISES deberían cumplir para poder atender a sus derechohabientes.

En el artículo 264 de la nueva LSS, la subrogación de cuotas considera el "pago de una cuota a una organización prestadora de servicios médicos, que se comprometa a prestar servicios, tanto en su naturaleza como su cantidad, que otorga el Instituto en forma directa.....para que éstas procedan a la atención de un grupo determinado de derechohabientes".[382] Como las ISES ya están facultadas para ofrecer esquemas integrales de atención, es factible que pueda subrogarse una parte de las cuotas aportadas por un conjunto de trabajadores de alguna organización o gremio (e.g. trabajadores de la construcción) para contratar los servicios de alguna institución de seguros.

La subrogación de cuotas para contratar ISES requeriría de aportaciones adicionales de recursos. En primer lugar, para que el IMSS pueda mantener los subsidios entre cotizantes.[383] En segundo, para que exista cierta flexibilidad entre los diferentes planes de salud que se podrían ofrecer a los trabajadores. Por ejemplo, el IMSS podría subrogar en una ISES los servicios de primer nivel para cierto grupo de derechohabientes. Posteriormente, tanto patrones como trabajadores

---

[382] IMSS, *Ley... cit.*, vol. 2, p. 34.

[383] Este subsidio sería más entre individuos sanos y enfermos que entre gente rica y pobre. Por ejemplo, si hay un convenio del IMSS con determinada ISES para atender a los trabajadores del sector educativo se daría una cuota fija por trabajador atendido (pago capitado) a la institución privada. De esta forma, las aseguradoras tendrían que aceptar a todos los miembros, y los subsidios serían entre trabajadores del grupo u organización subrogada.

determinarán si los servicios de segundo o tercer nivel los mantienen en el IMSS o bien realizan una aportación extra para adquirir un plan de cobertura amplia que les ofreciera la misma ISES u otra aseguradora de gastos médicos mayores. Con este esquema de co-aseguro se podría reforzar la regulación de las ISES a través de las cuotas que los derechohabientes aporten al Instituto; además de que se podría liberar una parte de la demanda de los servicios médicos del IMSS y se mantendrían los subsidios cruzados.

Lo que será primordial en el establecimiento del vínculo entre el IMSS y las ISES serán los criterios de elegibilidad de los servicios privados de salud. En este aspecto se pueden distinguir qué tanta posibilidad de elegir tienen los individuos y las aseguradoras. En Chile, por ejemplo, donde ya funcionan esquemas similares a los ICES, se ha visto que si las aseguradoras privadas puede elegir a los individuos susceptibles a incorporarse en sus planes y éstos además tienen la alternativa de asegurarse en un esquema público de atención, la selección adversa de las compañías privadas hará que los individuos más costos (enfermos crónicos, adultos mayores) los termine atendiendo el esquema público.[384] En cambio, en otros países como Holanda, los criterios de elegibilidad están establecidos por ley. Por ejemplo, los trabajadores de cierto nivel de ingresos o que pertenezcan a cierta organización no pueden elegir ser atendidos en los servicios públicos de salud, y están obligados a ser atendidos por algún seguro privado. Esta medida reduce los incentivos a que las aseguradoras privadas practiquen la selección adversa, ya que están obligadas a asegurar a todos los individuos que por ley no pueda tener acceso al esquema público de atención.[385]

---

[384] Sobre las experiencias latinoamericanas (Chile y Colombia) en este sector véase B. P Ramírez, *La seguridad...cit.* cap. 4 y 5. y Cruz-Saco, M.A. y C. Mesa-Lago, *Do Options ....cit.*

[385] Wynand Van Den Ven, "Análisis comparativo de las experiencias europeas en el financiamiento del sector salud", Seminario: *Reforma ...cit.* Sobre el modelo holandés de salud véase P. Diamond, "Organizing the Health Insurance Market", *Econométrica*, 60(6), pp. 1233-1254.

Esta medida al parecer ha logrado distribuir mejor las cargas (riesgos y costos) de atención médica que enfrentan las organizaciones públicas y privadas.

Al discutirse los criterios de elegibilidad de planes en México tendrá que tenerse en cuenta, que si un individuo tienen la libertad de elegir entre el IMSS o las ICES, o la aseguradora privada puede elegir entre individuos de bajo o alto riesgo, probablemente ocurra una situación similar a la chilena. En cambio si estos criterios de elegibilidad se delimitan en la Ley o a convenios celebrados con las ICES para asegurar a organizaciones o gremios (no a individuos) habrá mayor oportunidad de distribuir adecuadamente los costos de atención entre las ISES y el IMSS.[386] Además, con este criterio, podrían establecerse que aquellos derechohabientes del Instituto que hubieran recibido servicios médicos de una ISES durante toda su vida laboral (o por cierto tiempo), también tuvieran que recibir atención médica de la aseguradora privada en el momento de retirarse de la vida laboral. De esta forma, se podría reducir un poco la elevada carga que representará para el Instituto el problema de financiamiento de los servicios médicos de los pensionados, que se analizó en el tercer capítulo. Sin embargo, habrá que esperar las propuestas de reglamentación de este vínculo entre el IMSS y las ISES en el futuro.[387]

LA RESPUESTA A LAS FALLAS DE MERCADO EN LA SALUD.

En este capítulo se expusieron los intentos por plantear una nueva relación entre el sector público y el privado. El primero ampliaría su margen de acción en la regulación, ordenamiento y

---

[386] Por ejemplo, podría establecerse que un grupo de derechohabientes del IMSS de determinado ingreso o gremio, sólo pudiera asegurarse en una ISES. En este caso no podría elegir entre los servicios privados y los servicios médicos del IMSS, ya que habría incentivos para que la ISES excluyera a los trabajadores de alto riesgo para que el IMSS los atendiera directamente. Aquellos individuos que no coticen en el IMSS y que deseen comprar un seguro médico privado podrán hacerlo de forma individual, aunque en este caso será más fácil seleccionar los riesgos.

[387] Por lo pronto, Ismael Gómez Gordillo, quien participó activamente en el proceso de aprobación de las ISES en el Congreso (como titular de la Procuraduría Fiscal de la Federación) es el actual Director Jurídico del IMSS.

promoción de la competencia de los agentes privados, y el segundo, ampliaría su participación en el sector salud al proveer de inversión adicional e incentivos para incrementar la eficiencia microeconómica y la calidad en la atención médica para los derechohabientes del Instituto. Sin embargo, por cuestiones políticas esta parte estructural de la reforma a los servicios médicos del IMSS sigue pendiente. Una reforma de esta naturaleza necesariamente afecta los intereses del Sindicato, de los médicos y de otras organizaciones sociales, que al ser grupos muy poderosos han logrado detener los intentos por ordenar el mercado médico.

Los opositores a la reforma utilizan la retórica de la "privatización" de la seguridad social, buscando su asociación con el fracaso de algunas privatizaciones recientes, como los bancos o las carreteras. El término privatización se utiliza como palabra para descalificar la política pública, ya que se le asocia con corrupción, rescate de parte de gobierno y con acciones correctivas que muchas veces son muy costosas. Además, los opositores a la reforma se escudan en los fines solidarios que se asocian a la seguridad social para reprochar la búsqueda de lucro de parte de las organizaciones privadas.[388]

Esta postura es por supuesto debatible. En primer lugar, la participación del sector privado es necesaria para cumplir con las necesidades de atención a la salud en los próximos años. Si bien es cierto que el único sector en el mundo donde habrá crecimiento real de recursos públicos es el

---

[388] Al analizar las empresas dedicadas a la salud, hay una mayor presencia de organizaciones privadas sin fines de lucro que las que buscan el lucro. En Estados Unidos, el ejemplo paradigmático de medicina privada, más de 70% de las organizaciones proveedoras de servicios médicos son fundaciones privadas sin fines de lucro, lo que significa que cobran por sus servicios, pero sólo para cubrir sus costos y sus programas de expansión. En los últimos años se ha discutido sobre la conveniencia de transformar las organizaciones sin fines de lucro en asociaciones lucrativas, ya que se ha visto que estas últimas son más eficientes en la administración de los recursos, ofrecen precios más bajos y los derechohabientes están más satisfacción. Si bien esta propuesta ha incomodado a muchos, por el valor especial que tiene la salud, al parecer la búsqueda del lucro en la provisión de salud podría beneficiar más a la sociedad en su conjunto. (Véase B. Weisbrod, *The Not-for-Profit Economy*, Cambridge, Harvard UP, 1988. D. Cutler y J. Horwitz, *Converting Hospitlas from Not-for-Profit to For-Profit Form: Why and What Effects?*, Cambridge, National Bureau of Economics, 1988, y R. Frank y D. Salkever, "Nonprofit Organizations in the Health Sector", *Journal of Economic Perspectives*, 8(4), pp. 129-144.)

sector salud y de seguridad social, esta cantidad adicional de gasto no será suficiente para atender las necesidades de atención que se avecinan con la transición demográfica y epidemiológica. En segundo lugar, la participación del sector privado es necesaria para introducir incentivos a la competencia que permitan hacer un uso más eficiente de los recursos que se asignan a la salud. Así, los recursos públicos disponibles podrían utilizarse para garantizar servicios básicos a toda la población, y dejar que los servicios más complejos sean provistos organismos privados que suelen ser mejores administradores que el gobierno. (WDR, 1993)

Es muy cierto que si las diferentes instancias de gobierno no diseñan o hacen cumplir un esquema regulatorio adecuado para el desarrollo del mercado privado de la salud, la participación privada puede volverse oportunista y fracasaría como ha sucedido en otros sectores (e.g. carreteras o bancos). Lo que si debe quedar claro es que en ningún momento se ha sugerido una entrega de todos los servicios de salud a las fuerzas del libre mercado. Como ya se ha explicadò, esto sería altamente ineficiente e inequitativo. Lo que se busca es aprovechar las fortalezas del sector privado y la facultad del gobierno para regular las áreas donde el libre mercado falla.

Al postergarse la reglamentación de la subrogación de servicios médicos en el IMSS, el gobierno federal tuvo que buscar un camino alternativo para regular el mercado privado de la salud. En el futuro probablemente servirá como antecedente para promover los mecanismos indirectos de atención médica en el Instituto. En este nuevo esquema, el gobierno federal ha plantado un marco regulatorio de los servicios médicos pre-pagados con la intención de establecer un marco normativo que proteja a productores y consumidores. Además, procura un uso más eficiente de los recursos que se asignan a este sector, al promover la prevención de enfermedades (criterio costo-efectividad), la competencia entre ISES y la libertad de elección dentro y fuera de las instituciones.

Al analizar el marco de operación de las ISES uno puede encontrar que existe la intención de corregir algunas de las fallas de mercado que se presentan en el mercado privado de la salud. En lo que se refiere al *riesgo moral* el nuevo marco normativo considera esquemas de co-pago, donde se trata de limitar la posible sobre-utilización por parte de los usuarios de los servicios médicos a los que podrían tener derecho. Con respecto al riesgo moral por parte de los médicos, la SS ya emitió los lineamientos de un programa de control de utilización donde se establezcan los mecanismos para controlar esta falla de mercado. Seguramente en los programas que planteen las aseguradoras, habrá mecanismos para que los médicos no aprovechen la asimetrías de la información que genere la sobre-utilización de recursos, ya que existen incentivos a contener costos.[389]

En lo que se refiere a la *selección adversa* de parte de las aseguradoras, la normatividad que regirá a las ISES establece que éstas deberán utilizar criterios claros para la exclusión, renovación de la póliza, y edad límite que podría llegar a cubrir el seguro. Con esta cláusula se trata de evitar los errores que han ocurrido en otros países, particularmente el de Chile, donde las aseguradoras privadas trataban de atraer gente sana y cuando envejecen o se les detecta una enfermedad crónica buscan la forma de regresarlas a los esquemas públicos de atención.[390] Sin embargo, la falta de dinero público todavía impide que el gobierno trate de corregir esta falla de mercado.

Lo que no se podrá evitar es la *percepción subjetiva del riesgo* de parte de los individuos. La propuesta de las ISES parte del supuesto de que hay una gran demanda por medicina pre-pagada a la que hay que atender. Sin embargo, ignora a aquellos sectores con capacidad de pre-pago que

---

[389] En todos los sistemas de salud controlados por las aseguradoras existe el incentivo a la suboferta de servicios de salud. Un médico podría omitir determinada acción médica (bajo el temor de que se considere riesgo moral) por el temor de que la aseguradora lo vete como un médico "costoso". (M.S. Sparer, "Myths and misunderstandings: health policy, the devolution revolution, and the push for privatization", *The American Behavioral Scientist*, 43(1), p. 10.)

[390] Este tipo de fallas ha inspirado que el gobierno del Presidente Lagos haya diseñado una nueva propuesta de reforma al sector salud de ese país. Ésta podría ser el inicio de la segunda generación de reformas en América Latina (Rolando Zúñiga, "La experiencia de Chile", Seminario: *Reforma ...cit.)*

todavía no cuentan con una cultura del aseguramiento. El gobierno, por lo pronto no puede obligar a los individuos a inscribirse a un seguro privado (por existir el IMSS) así que las ISES serán las únicas responsables de convencer a los individuos mediante sus campañas publicitarias y sus precios para asegurarse voluntariamente. Lo cierto, es que al aumentar el número de individuos asegurados (*pooling*) se diversificaría el riesgo, existiría la posibilidad de reducir las cuotas a los asegurados, y así podría abarcarse a individuos con una menor capacidad de pre-pago.

El éxito de las ISES también dependerá de los incentivos fiscales y la capacidad regulatoria de la SS y la CNSF. En caso de que estas instituciones pudieran ser deducibles de impuestos, como se ha propuesto en la iniciativa de reforma tributaria, se promovería la compra de seguros médicos y se reducirían los incentivos a realizar pagos de bolsillo. Esta medida podría ser útil para corregir algunas *fallas de financiamiento* de los servicios médicos al promover la cultura del aseguramiento frente a situaciones inciertas. Aún así, todavía quedaría pendiente el nexo entre ISES e IMSS para procurar un mecanismo más eficiente de pago por los servicios de salud, donde se eliminen los pagos múltiples a diferentes proveedores de servicios y sean explícitos los subsidios que existen entre diferentes grupos sociales.

En cuanto a la regulación de estas instituciones por lo pronto han existido algunas quejas con respecto al elevado costo de constituirse en institución de medicina pre-pagada por el capital mínimo de garantía. Sin embargo, se espera que este costo se reduzca cuando se tenga información sobre el comportamiento de las ISES. Donde sí podría hablarse de una *falla de regulación* con respecto a las organizaciones administradoras de la salud es la falta de un marco normativo para supervisar a las articuladoras de servicios médicos que no ofrecen planes de pre-pago. Este vacío legal impide que alguna instancia de gobierno pueda regular la calidad, capacidad y suficiencia, control de la utilización o la satisfacción de los usuarios en estas articuladoras. Por ello, a la par

de la reglamentación de la subrogación de servicios en el IMSS también será necesario modificar la LGS para poder regular todas las modalidades de administradoras de servicios médicos.

El nuevo esquema de coordinación público-privada que entró en vigor con la inclusión de las aseguradoras como las responsables de proveer servicios médicos cumple con los requisitos del *modelo de aseguramiento voluntario con contratos entre aseguradores y proveedores,* que si bien no procura por completo la eficiencia y la equidad (al ser voluntario y haber selección adversa) es mejor que el *modelo voluntario sin aseguramiento* que existió en México hasta el año 2000 (Véase Capítulo 1). Este cambio de esquema trata de eliminar el énfasis en la salud curativa y en los pagos de bolsillo que han caracterizado a la medicina privada hasta ahora, para promover uno que se acerque al objetivo de la seguridad social, que es evitar la incertidumbre en las variaciones de ingreso familiar e individual por los costos que puedan surgir de una enfermedad. En caso de que el IMSS logre subrogar determinados sectores de la población a las ISES, México se acercaría más al *modelo de contrato público* que, como se vio en el primer capítulo, es el que tiene más ventajas de todos los modelos de intervención pública.

En síntesis, las modificaciones a la LGISM plantean un nuevo esquema que concilia los aspectos médico financieros de la atención a la salud, ya que a la par de la búsqueda del lucro, hay incentivos a la competencia, a la contención de costos, a utilizar servicios médicos costo-efectivos, a la atención médica de calidad y al establecimiento de reglas para la solución de controversias. Sin embargo, los empresarios todavía buscan la subrogación de cuotas. Gran parte de los proyectos actuales de inversión en las ISES ven como un área de oportunidad la posibilidad de que en el futuro puedan ser un proveedor de servicios médicos del IMSS. Si bien, por el momento la situación política del Instituto ha coartado los proyectos de prestación indirecta, tarde o temprano la seguridad social tendrá que apoyarse en el sector privado por razones financieras y de

satisfacción de sus derechohabientes. Aún así, será necesaria la concientización de los opositores, para negociar su posición sin sacrificar los servicios de salud para los derechohabientes de la seguridad social en el largo plazo.

Tabla 5.1 Respuesta a las fallas en el mercado privado de la salud.

Falla	*Medida Correctiva*	*Status*	*Problemas Potenciales*
Fallas de Regulación	Modificaciones a la LGISM para regular el mercado de la medicina pre-pagada	Las ISES comenzarán a operar en el año 2001.	No se pueden regular articuadoras de servicios médicos que no ofrezcan planes de pre-paga.
Fallas de Financiamiento	Deducibilidad de impuestos de las ISES.	Su aprobación todavía está pendiente.	En el largo plazo puede crecer la inconformidad de empresas e individuos por la duplicidad de pagos y coberturas de quienes cotizan en un seguro médico privado y uno público.
Selección Advera	Hacer claros los criterios de exclusión de las ISES.	Aunque no se limita la selección adversa, se protege al usuario.	Que los recursos institucionales no sean capaces de proteger a los inconformes con las ISES.
Riesgo Moral	Programa de control de utiliación para evitar la sobre y la sub utilización de servicios.	Fase inicial: La Secretaría de Salud debe aprobar los planes de cada ISES	Las aseguradoras tendrán incentivos a subutilizar servicios médicos para reducir costos.
Mercados Incompletos / Percepción del Riesgo	Quedará exclusivamente en manos de las aseguradoras	No se puede obligar a individuos a incorporarse.	Que las aseguradoras no atraigan a suficientes individuos con capacidad de pre-pago.

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

La reforma a los sistemas de seguridad social (salud y pensiones) es un asunto prioritario en todo el mundo. En los próximos años, será la política más importante que los gobiernos tendrán que promover en aquellos países donde la población mayor de 65 años es el grupo de edad que está creciendo más rápidamente. El esquema tradicional de seguridad social, originado en el Siglo XIX, es inadecuado para responder a las necesidades futuras. Por un lado, su vinculación con el empleo formal ha originado los déficit de cobertura que se presentan en algunos países; por el otro, el financiamiento inter-generacional de prestaciones elevaría considerablemente la carga para las generaciones más jóvenes frente al envejecimiento crónico de la población mundial. Las reformas a los sistemas de seguridad social son costosas en términos políticos y económicos, sin embargo, entre más tiempo se deje pasar, los costos de reformar se irán incrementando por los pasivos que se siguen acumulando y por el costo de oportunidad del dinero que se utiliza para mantener los viejos sistemas.

Las modificaciones en el área de salud de los sistemas de seguridad social han tratado de cumplir con tres objetivos básicos: incrementar la eficiencia productiva y dinámica de los seguros médicos, garantizar la equidad en el acceso y financiamiento de un paquete básico de prestaciones (las que tienen mejor relación costo-efectividad) y detener el crecimiento innecesario en costos. El mercado de la salud, a diferencia de otros, viola los supuestos básicos de la libre competencia. El comportamiento oportunista de los agentes genera fallas de mercado (riesgo moral, selección adversa, asimetrías de información....) que se reflejan en una producción ineficiente de servicios médicos. Por su parte, la intervención de los gobiernos también genera fallas (diseño institucio-

nal, representación política, oferta burocrática etc...) que se relacionan con las limitaciones financieras y políticas que rodean a la administración pública.

Las fallas de mercado (en los países donde predomina la provisión privada de servicios médicos) y las fallas de gobierno (donde predomina la provisión pública), así como los cambios demográficos, económicos y epidemiológicos, han inspirado reformas a los sistemas de salud en el mundo. En estas modificaciones se promueve una mayor injerencia de los gobiernos en el área de la regulación, y de las organizaciones privadas como fuentes alternativas de financiamiento y provisión de servicios. Lo cierto es que el área de salud no puede quedar a expensas del libre mercado, ya que la intervención pública es necesaria para que la competencia entre proveedores de servicios médicos conlleve a un nivel de producción eficiente.

En México, la seguridad social abarca prestaciones en dinero, atención médica y otras prestaciones en especie como las guarderías. Por muchos años, el sistema de pensiones fue la fuente principal de financiamiento de los servicios médicos que se ofrecían a la población derechohabiente. Sin embargo, el incremento en el número de pensionados y la baja tasa de retorno de las inversiones realizadas hicieron que con el tiempo se fueran agotando las reservas de los fondos de pensiones. Las perspectivas demográficas, económicas y epidemiológicas del país, así como los problemas generados por la organización vertical del SNS inspiraron una primera propuesta de reforma al IMSS y a la Secretaría de Salud en 1995, dejando pendientes las modificaciones a otros sistemas de seguridad social para los trabajadores del Estado (ISSSTE, PEMEX, ISSFA).

Como parte de las reformas al IMSS se creó un nuevo sistema de pensiones basado en cuentas individuales y se reformó el estructura financiera del SEM. La rama de enfermedades y maternidad del IMSS había sido deficitaria desde su nacimiento. A partir de 1989, al prohibirse los subsidios cruzados entre seguros del Instituto, se tuvieron que buscar alternativas de financiamiento

de esta rama de aseguramiento para procurar su capacidad de respuesta en el largo plazo. Con la reforma financiera al SEM en 1995 aumentó la participación del gobierno federal y se redujo la de los trabajadores y patrones como conjunto. Aún así, el efecto es diferenciado según el nivel de salario, ya que la cuota tripartita aumentó para los trabajadores que ganan menos y disminuyó para los trabajadores que ganan más. Este esquema cumple con el objetivo de equidad en el financiamiento (según capacidad de pago individual), aunque se ha cuestionado su componente de solidaridad (subsidios entre ricos y pobres, sanos y enfermos) que caracteriza a la seguridad social.

El nuevo esquema de financiamiento probablemente reducirá las distorsiones económicas de los impuestos a la nómina y facilitará la recaudación; aun así, es todavía incierto que estas modificaciones sirvan para cumplir con los objetivos de autofinanciamiento del SEM y con la estrategia de ampliación de la cobertura. En sus primeros años de operación, uno de los mecanismos más importantes para extender la cobertura, el Seguro de Salud para la Familia, ha sido deficitario. Esto se debe a que 85% de sus miembros son antiguos derechohabientes de los seguros facultativos del IMSS a quienes no se pueden aplicar los controles y restricciones de este seguro. Si bien es prematuro hablar de su fracaso, probablemente será necesario reformar la estrategia de ampliación de la cobertura para lograr una mayor dispersión del riesgo entre la población.

Uno de los aspectos más relevantes que no se tomó en la reforma de 1995 fue el financiamiento de los servicios médicos para los pensionados. Las perspectivas demográficas del país muestran la clara insuficiencia del esquema de financiamiento actual para proveer de servicios médicos a la población pensionada por el Instituto. De no diseñar un mecanismo para generar reservas que permitan enfrentar los costos de atención futuros, las generaciones más jóvenes tendrán que pagar

los elevados gastos médicos de los adultos mayores, o bien los pensionados tendrán que recibir atención médica insuficiente y de baja calidad.

La reforma financiera del SEM vino acompañada de una propuesta de reforma a la gestión de los servicios médicos del IMSS para que los recursos que se destinan a este seguro sean suficientes y se utilicen de forma eficiente. Si se deseaba extender la cobertura, necesariamente se tenían que reducir los costos de operación del Instituto y había que regular el deficiente mercado privado de la salud para corregir las fallas de mercado y reducir el énfasis en los pagos directos. Al final lo que se buscaba era una mayor coordinación entre el sector público y privado para extender, a bajo costo, los servicios de seguridad social a un mayor número de mexicanos.

El primer intento por reformar los servicios médicos del IMSS se hizo cuando se modificó el sistema de pensiones. En ese entonces, el Sindicato del Instituto y varias organizaciones sociales se movilizaron en contra de la medida. Si bien las modificaciones al sistema de pensiones no afectaba directamente la base de poder sindical, al ser una reforma financiera, los cambios propuestos a los servicios de salud promoverían la creación de nuevas empresas que competirían el IMSS. Estas movilizaciones lograron detener el proyecto de reforma a los servicios de salud en 1995 y las autoridades lo aceptaron frente al riesgo de no aprobarse las modificaciones al régimen de pensiones. Sin embargo, desde 1997 se han buscado alternativas para reformar la gestión de los servicios médicos del IMSS.

La estrategia que aparentemente se siguió en los últimos seis años fue iniciar la reforma interna del IMSS, mientras se desarrolla el mercado privado de la medicina pre-pagada para atender el crecimiento futuro de la demanda. En el Instituto se han tratado de corregir algunas de las fallas de mercado y de gobierno a través de un programa de reforma interna financiado por el BM. En un primer momento, se llevó a cabo la descentralización de procesos, que si bien ya ha concluido,

probablemente será la base para llevar a cabo modificaciones administrativas más ambiciosas en el futuro. Posteriormente, se iniciaron programas piloto para transformar los sistemas de presupuestación e información con el fin de ir preparando al IMSS para responder a presiones competitivas. En cuanto a las modificaciones a los sistemas de información, destaca la creación de indicadores que servirán para estandarizar la mejor práctica médica y evaluar el desempeño de los proveedores de servicios de salud (GRD`s), y de nuevos indicadores para medir la satisfacción de los derechohabientes del Instituto.

En cuanto a la nueva estructura de incentivos para hacer más eficiente el gasto en salud y elevar la calidad de los servicios se encuentra la libre elección de médicos familiares, que será el primero de los mecanismos de mercado que podrán utilizarse dentro del Instituto. Este proyecto forma parte de un nuevo modelo de atención médica denominando Medicina de Familia donde se propone privilegiar la medicina preventiva y la coordinación de especialistas para atender a los derechohabientes del IMSS. Este modelo de atención es muy similar al que utilizarán las ISES, lo que es una muestra de cómo los criterios de administración de la salud eficiente que se promueven en la actualidad tienden a ser muy parecidos para los proveedores públicos y privados. Sin embargo, al tratar de generalización estos proyectos piloto se debe ser muy cuidadoso, ya que tanto la libre elección de médicos como la utilización de GRD´s para pagar a los proveedores, conllevan asociados probables comportamientos oportunistas de usuarios y administradores.

Otra parte primordial del proyecto de reforma interna ha sido la contención de los costos en la administración y la atención médica a través del criterio costo-beneficio. Aún así, no se podrá procurar un uso más eficiente de los recursos disponibles si no se promueve gradualmente la competencia entre diferentes proveedores de servicios médicos. Un paso previo para procurar esta competencia es el desarrollo de un mercado privado de la salud ordenado y eficiente, donde se

promueva la salud preventiva y la cultura del aseguramiento. En 1999, el Congreso de la Unión aprobó por unanimidad la creación de las ISES. Estas instituciones de seguros son nuevos planes de medicina pre-pagada que podrán ofrecer a sus asegurados planes completos de aseguramiento con cobertura de servicios médicos preventivos (los más costo-efectivos), y una variedad de pólizas voluntarias de gastos médicos mayores.

La SS, la SHCP y la CNSF son los organismos involucrados en la regulación de estas instituciones y que, al menos en el proyecto, tratarán de corregir las fallas inherentes a este mercado. Hasta el momento, no existe un vínculo formal entre las ISES y los mecanismos indirectos de prestación de servicios en el IMSS (subrogación de cuotas). Sin embargo, legalmente es factible que en el futuro pueda establecerse un vínculo entre ambos. En caso de que llegue a realizarse, las autoridades del IMSS tendrán que buscar el consentimiento de sus trabajadores y derechohabientes, lo cual será una tarea difícil sobre todo por la probable oposición de algunos trabajadores del Instituto. Además, en la discusión futura sobre la prestación indirecta de servicios al IMSS a través de las ISES se deberá tener muy en cuenta los criterios de eligibilidad entre los organismos públicos y privados, la regulación de las instituciones de seguros para evitar las fallas de mercado, y los mecanismos para mantener los subsidios cruzados que caracterizan a la seguridad social.

A pesar de la relevancia de los cambios en el IMSS y del desarrollo del mercado de la medicina pre-pagada, todavía es necesario integrar estas reformas al conjunto de modificaciones al sector salud. Hasta el momento, los cambios en este sector han sido aislados y todavía se siguen presentando los inconvenientes inherentes a la organización vertical del SNS. Al no existir criterios claros de subrogación entre las instituciones del sector público y de éstas con el sector privado, no se pueden aprovechar las economías de escala que se relacionan con los servicios médicos. De forma similar, la contratación externa de servicios generales todavía se encuentra muy rezagada

así como la utilización de copagos. Así, muchos de los recursos que podrían utilizarse para ampliar la cobertura y calidad de los servicios médicos se siguen perdiendo en la duplicación innecesaria de funciones y recursos.

Los logros del SNS en los últimos setenta años son loables. La cobertura casi universal del paquete básico de salud es un logro importante de los últimos gobiernos. Sin embargo, se debe ver hacia adelante y estar conscientes de que la mitad de la población (48%) no cuenta con acceso a ningún esquema formal de seguridad social, ya sea a un seguro médico básico o a una pensión mínima. Las autoridades de salud deben concentrar sus esfuerzos en superar la etapa de las prestaciones básicas de salud, para buscar la manera de ofrecer coberturas más amplias que protejan la utilidad individual de los mexicanos frente a contingencias diversas. Asimismo, deben ser conscientes que el país atraviesa por transiciones económicas, demográficas y sociales que alterarán las necesidades futuras de atención médica. Para responder a ambas situaciones en un escenario de escasez de recursos será necesario reformar la organización vertical del SNS para aprovechar mejor los recursos que los mexicanos aportan a la salud ya sea a través del sector público o el privado.

El tránsito de una organización vertical hacia una organización horizontal de servicios de salud requerirá de tiempo y recursos, pero también de habilidad política para integrar a los sindicatos del sector, a los médicos y demás organizaciones sociales que han manifestado su rechazo. La reforma al sector salud ya no podrá llevarse a cabo con violencia y represión como se hizo en otros países similares a México, sino con negociaciones y búsqueda de consensos. Al final, lo que todos los actores involucrados deberán tener en mente es la gran responsabilidad que tienen frente a la atención médica de las generaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

Aaron, H. *Serious and Unstable Condition,* Washington, Brookings Institution, 1991.

Aguilar, L.F. *El Estudio de las políticas públicas*, Antología de política pública, México, MAP, 1992.

Altenstetter, C. y J. Warner (coord), *Health Policy Reform, National Variations and Globaliza tion*, Londres, Macmilan-IPSA, 1997.

Arrow, K. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 8(2), pp. 941-973.

Baker, L.C. y K.S. Corts "The HMO Penetration and the Cost of Health Care: Market Discipline or Market Segmentation", *The American Economic Review*, 86(2) pp. 389-394.

Banco de México, *Indice nacional de precios de la salud*, (www.banxico.gob.mx)

Baumgardner, J.R. "The Interaction Between Forms of Insurance Contract and Types of Techni cal Change in Medical Care", *Rand Jounal of Economics,* 22(1), pp. 36-45.

Besley, T. y S. Coate, "Public Provition of Private Goods and the Redistribution of Income", *The American Economic Review*, 81(4), pp. 980-981.

Bobadilla, J.L. y C. Possas, *How the Epidemiological Transition Affects Health Policy Issues in Latin America*, Washington, World Bank, 1991.

Borzutzky, S. "Social Security and Health Policies in Latin America: The Changing Roles of the State and the Private Sector", *Latin American Research Review*, 28(2), pp. 254-265.

Brachet, V. y M. Sherrard, "Political Change and the Welfare State: The Case of Health and Food Policies in Mexico (1970-93)", *World Development*, 22, 1994, pp. 1295-1312.

Burgess, R. y N. Stem, *Social Security in Developing Countries: What, Why, Who and How?,*

Londres, LSE, 1989.

- - - - -, *Providing Health Care*, Oxford, OUP, 1991.

Carreras L. y C. Matute "Seguridad Social: Elementos para su diagnóstico y reforma", *Revista del Colegio de Ciencia Política y Administración Pública, no.6*, 1996.

Consejo Nacional de Población, *La demanda de servicios de salud en México*, México, 1995.

- - - - - -, *Proyecciones de población 2000-2050*, (www.conapo.gob.mx)

Coase, R.H. "The Problem of Social Cost", *The Journal of Law and Economics*, 12(3), pp. 1-44.

Cochrane, J. "Time Consistent Health Insurance", *Journal of Political Economy*, 103(3), pp. 445-473.

Consultoría Jesús Estenio López y Asociados, "Iniciativa de reformas en materia de seguridad social", *Entorno Laboral*, 1 de enero de 2000, pp. 1-4.

- - - - - , "Arrancan formalmente los seguros de salud (ISES)", *Entorno Laboral*, 5 de junio de 2000, pp. 1-6.

Cromwell, J. y J. Mitchell, "Phisician-Induced Demand for Surgery", *Journal of Health Economics*, 5, 1986, pp. 293-331.

Cruz-Saco, M.A. y C. Mesa-Lago, *Do Options Exist?, The Reform of Pension and Health Care systems in Latin America,* Pittsburgh, PUP, 1998.

Cutler, D.M "A Guide to Health Care Reform", *Journal of Economic Perspectives*, 8(3), pp. 3-29.

- - - - - y J. Horwitz, *Converting Hospitlas from Not-for-Profit to For-Profit Form: Why and What Effects?,* Cambridge, National Bureau of Economics, 1988.

- - - - - , *Public Policy for Health Care*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 1996.

- - - - - , y S. Raber, "Paying for Health Insurance: The Tradeoff Between Competition and Adverse Selection", *Quarterly Journal of Economics*, pp. 435-466.

- - - - - , y R.J. Zeckhauser, *The Anatomy of Health Insurance*, Cambridge, Harvard University/National Bureau of Economic Research, mimeo, 1998.

- - - - - , "The Incidence of Adverse Medical Outcomes Under Prospective Payment", *Econometrica*, 63(1), pp. 29-31.

Dahrendof, R. *Eassy in the Theory of Society*, Stanford, SUP, 1968.

Dávila, E. y M. Guijarro, *Evolución y reforma del sistema de salud en México*, Santiago,CEPAL, 2000.

Diamond, P. "Organizing the Health Insurance Market", *Econométrica*, 60(6), pp. 1233-1254.

Drache, D. y T. Sullivan (coord), *Health Reform, Public Success, Private Failure*, Londres, Routledge, 1999.

Ellis, R. y T. McGuire, "Optimal Payment Systems for Health Services" *Journal of Health Economics*, 9(4), pp. 375-396.

--------- y ---------, "Providing Behavior Under Prospective Reimbursement: Cost Sharing and Supply", *Journal of Health Economics*, 5(2), pp. 129-152.

--------- y --------, "Supply Side and Demand Side Cost Sharing in Health Care", *Journal of Eco nomic Perspectives*, 7(4), pp. 135-151.

Enthoven, A. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Lectures in Economics, 9, North Holland, Amsterdam, 1991.

Estudios económicos de la OCDE, *México 1998, Reformas al sistema mexicano de salud*, Paris, OCDE, 1998.

Faundez, J. "Legal Technical Assistance" en *Good Government and Law: Legal and Institutional Reform in Developing Countries*, Nueva York, MacMillan, 1996.

Feldstein, P. *Health Care Economics*, Delmar, Nueva York, 1993.

- - - - - - , "Should Social Security Benefits be Means Tested?", *Journal of Political Economy*, 95(3), pp. 468-484

Ferlie, E., L. Fitzgerald, *et al., The New Public Management in Action,* Oxford, OUP, 1996.

Frank, R. y D. Salkever, "Nonprofit Organizations in the Health Sector", *Journal of Economic Perspectives*, 8(4), pp. 129-144.

Frenk, J. (ed) , *Economía y salud*, México, Funsalud, 1994.

- - - - - - (cord), *Observatorio de la salud*, México, Funsalud, 1997.

Fuchs, V "Economics, Values and Health Care Reform", *The American Economic Review*, 86(1), pp. 1-24.

- - - - - *Who Shall Live?* Nueva York, Basic Books, 1975.

Garber, A. (ed), *Frontiers in Health Policy Research*, vol. 1, Cambridge, MIT Press, 1998.

Goodrich, Riquelme y Asociados S.C (Despacho). "Nueva ley del seguro social: Análisis", *Práctica Fiscal*, 1 de junio de 1997, pp. 1-17

Graig, L. *Health of Nations*, Washington, Congressional Quarterly, 1993.

Ham, R. *The Elderly in Mexico: Another Challenge for Middle Income Country*, Malta, INIA/CIRED, 1995.

Hermet, G. *En las frtonteras de la democracia*, México, FCE, 1989.

Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática, *Censo general de vivienda 1990*, México, 1991.

- - - - - , *Encuesta nacional de ingreso-gasto de los hogares*, México, 1996.

IMSS, *Aportaciones al debate*, México, 1997.

- - - - -, *Diagnóstico*, México, 1994.

- - - - -, *El IMSS hacia el siglo XXI, hechos y perspectivas*, México 1998.

- - - - -, *Encuesta nacional de satisfacción*, México, 1998 y 1999.

- - - - -, *Evaluación financiera 1999*, mimeo.

- - - - -, *Ley del seguro social comentada*, México, 1996. vol. 1,2,3.

- - - - -, *Lineamientos estratégicos (1996-2000)*, México, 1997.

- - - - -, *Memorias institucionales 1999*, México, 2000.

- - - - -, *Perspectivas para el debate*, México, 2000.

- - - - - , *Plan Integral de calidad 1996-2000*, mimeo.

- - - - -, *Reporte de gestión*, (www.imss.gob.mx)

- - - - -, *Resumen informativo 1994-2000*, México 2000.

Jenkings, GP. y AC. Harberger, *Cost-Bnefit Analysis of Investment Decisions*, Manual, Program of Investment Appraisal and Management, Harvard IID, 1998.

Kinsella, K. "Demographic Dimensions of Global Aging", *Journal of Family Issues*, 21(5), pp. 541-558.

Kotlikoff, L. "Social Security" en J. Eatwell, M. Milgate, *et al., The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, vol 4., Londres, Macmillan, 1987.

Kremer's, M. "Creating Markets for New: Vaccines: Rationale", *Innovation Policy and Economy*, por publicar, cit en (www.post.economics.harvard.edu)

Kronenfeld, J.J. *Controversial Issues in Halth Care Policy*, Londres, Sage, 1993.

Memoria del seminario la cooperación México-Gran Bretaña: Una contribución al proceso de reforma del sector salud, México, DFID, 2001, pp. 44-45.

Mesa Lago, C. *Changing Social Segurity in Latin America*, Boulder, Lynne Rienner, 1994.

Metcalfe, L. y S. Richards, *Improving Public Management*, Londres, Sage, 1990.

Moreno, C.L. *La política social de atención a la salud en México. El caso del IMSS*, Tesis, México, El Colegio de México, 1995.

Munguia, J. "Las presiones de Hacienda para entregar la medicina privada a las aseguradoras", *Milenio*, 6 de diciembre 1999. pp. 1-6.

Newhouse, J. "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Selection versus Efficiency in Production", *Journal of Economic Literature*, 34(3), pp. 1260-1263.

- - - - - -, "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), pp. 3-21.

Nguyen, N.X. *Social Security Issues and Elements of Reform*, Washington, World Bank Working Papers, 1994.

Ogus, A. *Public Interest Grounds for Regulation*, Oxford, Clarendon Press, 1994.

Oliver, T R."The Dilemmas of Incrementalism: Logical and Political Constraints in the Design of Health Insurance Reforms", *Journal of Policy Analysis and Management*, 18(4), pp. 652-683.

Organization for Economic Cooperation and Development, *A Caring World, The New Social Policy Agenda*, Paris, OCDE, 1999.

- - - - -, *Ageing in OECD Countries. A Critical Policy Challenge*, Paris, OECD, 1996.

- - - - -, *Health Care Reform, Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Paris, OCDE, 1994.

- - - - - , *The Reform of Health Care*, Paris, 1992.

- - - - -, *OCDE Health Data (1999)* (www.oecd.org).

Pauly, M. "Taxation, Health Insurance, and Market Failure in Medical Care", *Journal of Economic Literature*, 24(2), pp. 629-675.

Peterson, P.G. "Gray Dawn: The Global Aging Crisis", *Foreign Affairs*, 1, 1999, pp. 42-55.

Presidencia de la República, *Sexto informe de gobierno,* México 2000.

Puffert, D.J. *Social Security Finance in Developing Countries,* (www.worldbank.org/sources)

Queisser, M. *The Second Generation Pension Reform Lessons From Latin America*, Paris, OCDE, 1999.

Ramírez López, B.P. *La seguridad social, reformas y retos*, México, MAP-IIE., 1999.

Reglas par la operación del ramo en salud, "Ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros", mimeo, pp. 32.

Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social, *Reflexiones sobre la reformas en la seguridad social*, Serie Estudios 54, CEDESS-CISS, México, 1997.

Ron, A., B. Abel-Smith, *et al., Health Insurance in Developing Countries, the Social Security Approach*, Ginebra, OIT, 1990.

Rothschild M., y J. Stiglitz "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information", *Quarterly Journal of Economics*, 90(4), pp. 629-650.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Adecuación a la legislación en materia de seguros y fianzas*, Iniciativa de modificación a la Ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros y a la Ley federal de instituciones de fianzas, mimeo.

Secretaría de Salud, *Encuesta nacional de salud II*, México, 1996.

- - - - -, *Programa de reforma del sector salud*, México, 1995.

Serrano, C. *Social Security Reforms in Mexico*, Tesis, Berkely, 1999.

Snower, D.J. "The Future of the Welfare State", *The Economic Journal*, no.418 Mayo 1993, pp. 100-117.

Solís, F. y A. Villagómez (coord), *La seguridad social en México*, México, FCE-CIDE, 1999.

Sotelo, G. "Indispensable, certificar la calidad de los servicios médicos", *7 Cambio*, 1 de sep tiembre de 1998.

Sparer, M.S. "Myths and Misunderstandings: Health Policy, the Devolution Revolution, and the Push for Privatization", *The American Behavioral Scientist*, 43(1), pp. 138-154.

Stiglitz, J. *Economics of the Public Sector*, Nueva York, Norton, 1986.

- - - - - *More Instruments and Broder Goals: Moving Toward the Post-Washinton Consensus*, The 1998 WIDER Annual Lecture, Helsinki, enero 7, 1998.

Taracena, H. *Implicaciones de la reforma al seguro social en un contexto dinámico*, Tesis, México, ITAM, 1996.

The Benchmarking Exchange, *Business Processes*, (www.benchnet.com).

United Nations Secretariat, *Sex and Age Distribuition of the World Population: 1998 Revision.* Nueva York, 1999.

Villagómez, A. *et. al.*, *Pension System Reform: The Mexican Case*, Washington, National Bureau of Economic Research, 1996.

Ward, P. "Social Welfare Policy and Political Opening in Mexico", *Journal of Latin American Stitudies*, 25, 1993, pp. 613-628.

Warner, J. (coord), *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, Londres, Macmilan-IPSA, 1997.

Waterson, M. *Regulation of the Firm and Natural Monopoly*, Londres, Basil Blackwell, 1988.

Weiler, P. *Medical Malpractice on Trail*, Cambridge, Harvard UP, 1991.

Weisbrod, B. *The Not-for-Profit Economy*, Cambridge, Harvard UP, 1988.

- - - - - - . "The Health Care Qudrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment", *Journal of Economic Literture*, 29(2), pp. 523-552.

Wholy, J.B. Christiansen et al., "The Effects of Physician and Corporate Interests on the Forma tion of Health Maintenance Organizations", *American Journal of Sociology*, 99(1), pp. 164-200.

World Health Oranization, *WHO Statistical Information Systems* (www.who.int)

- - - - -, *World Health Report 2000*, Ginebra, WHO, 2001.

Wilson, G. "Social Regulation and Explanations of Regulatory Failure", *Political Studies*, 32(4), pp. 203-225.

Wimer, D.L. y A.R. Vining, *Policy Analysis, Concepts and Practice*, New Jersey, Prentice Hall, 1992.

World Bank, *Mexico-Health System Reform-IMSS Adjustment Loan*, Washington, WB, 1998.

- - - - - -, *Mexico-Health System Reform-IMSS Technical Assistance Loan*, Washington, WB, 1998.

World Development Report, *Investing in Health*, New York, Oxford University Press y World Bank, 1993.

Zeckhauser, R. "Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff Between Risk Spreading and Appropiate Incentives", *Journal of Economic Theory*, 11(2), pp. 10-26.

Zelman, W.A. y R. A. Berenson, *The Managed Care Blues and How to Cure Them*, Washington, Georgetown UP, 1998.

Zerbe, R.O. y H.E. McCurdy, "The Failure of Market Failure", *Journal of Policy Analysis and Management*, 18(4), 1999, pp. 558-578.

Fuentes hemerográficas:

Periódicos:

Excelsior, 1 de enero de 2000.

El Economista, 20 y 26 de septiembre de 2000

El Financiero, 11 de diciembre de 1995.

Reforma, 22 de diciembre 1999, 25 de noviembre, 27 de diciembre de 2000 y 10 de abril de 2001.

Revistas:

Ejecutivos en Finanzas, 1 de mayo de 2000.

Laboralia, 1 de septiembre de 1997, 1 de junio de 1998, 1 de enero de 1999.

Práctica Fiscal, 1 de agosto de 1998.

Proceso, 19 de noviembre 1995, y 5 de abril de 1998.

The Economist, 8 de mayo 1999.

Congresos:

Seminario: *Reforma a los sistemas de salud: Financiamiento y equidad*, CIDE-CEPAL, 25 de enero de 2001.

Coloquio: *Perspectivas económicas del sistema de pensiones y de la atención a la salud para la población envejecida*, Colegio Nacional de Actuario, 30 de octubre de 2000.

Entrevistas:

A. realizada a Carlos Soto, Titular de la Unidad de Servicios Actuariales del IMSS, 8 de agosto de 2000.

B. realizada a Héctor Argüelles, Jefe de la División de Servicios Actuariales de la Coordinación de Planeación del IMSS, 22 de agosto de 2000.

C. realizada a Alberto Garza, Jefe de la División de Planeación y Evaluación del Programa de Inversión de la Coordinación de Planeación del IMSS, 22 de agosto de 2000.

D. realizada a Mariana Barraza, Asesora del Coordinador de Planeación del IMSS, 22 de agosto de 2000.

E. realizada a Katya Lucio, Jefe de la División de Proyectos y Gestión Presupuestal de la Coordinación de Planeación del IMSS, 6 de septiembre de 2000.

F. realizada a Mauricio Bailón, Director General de Protección Financiera de la Secretría de Salud, 3 de octubre de 2000.

G. realizada a Mauricio Reyes, Titular de la Unidad de Enlace de la Secretaria de Hacienda, 26 de octubre de 2000.

H. realizada a Rosa Ma. Ramírez, Titular de la Coordinación de Atención al Derechohabiente del IMSS, 9 de noviembre de 2000.

I. realizada a Carlos Arce, Ex Asesor del Director del ISSSTE, 13 de noviembre de 2000.

J. realizada a Carlos Matute, Ex-Asesor del Director Jurídico del IMSS, 10 de agosto de 2000 y 17 de enero de 2001.